

Revista Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE II.

Bogotá, Febrero 26 de 1875.

NUMERO 23.

REVISTA EXTRANJERA
POR EL DOCTOR PIO RENGIFO.

ACCION DEL ALCOHOL.

(BRITISH. MED. JOUR ABRIL 4. 1874.)

A juzgar por la generalizacion del alcohol como alimento y como medicina, sin tomar en cuenta su empleo por los bebedores á quienes con demasiada frecuencia olvidamos, era natural esperar que su lugar y su poder hubieran sido devidamente establecidos, y que su modo de accion se hubiera determinado. La experiencia de cada dia, sin embargo, nos demuestra que esto no es así; y muy pocos, aun aquellos que han dedicado mayor atencion al asunto, saben con seguridad cuanto alcohol puede administrarse á un hombre sano, ó á un enfermo, sin inconveniente, ni conocer el efecto del uso en cantidades moderadas. Damos la bienvenida, por consiguiente, á la publicacion de experiencias, como la que el doctor Parkes ha comunicado recientemente al "Royal Society."

El objeto que se propuso fué cerciorarse de la influencia del alcohol ordinario ó de etilá sobre la temperatura, el pulso y la respiracion de un hombre sano. Obligó á un soldado jóven y sano á tomar exactamente la misma cantidad de alimento y á hacer el mismo ejercicio diario por algunos dias consecutivos, y registró escrupulosamente la temperatura, el pulso y la respiracion. En los primeros seis dias no tomó alcohol, pero en los cinco dias siguientes, el soldado tomó cierta cantidad diaria de brandi. Como su alimentacion y el ejercicio no variaron, debe atribuirse á la accion del alcohol todo cambio en la temperatura, el pulso y la respiracion. Almorzaba todos los dias á las siete de la mañana, y se acostaba hasta las dos de la tarde, levantándose entónces á hacer ejercicio; á las nueve de la noche se acostaba de nuevo. Tomaba el brandi á las once de la mañana, cuatro horas despues del almuerzo. El primer dia tomó una onza de brandi puro, equivalente á media onza de alcohol; el segundo dos onzas, el tercero cuatro, el cuarto seis y el quinto, tambien seis.

Los resultados de estas experiencias, y de otras anteriormente comunicadas al "Royal Society" demostraron que la temperatura de la axila y del recto apenas se alteraban por el alcohol. Nunca aumentó; y aunque parecia levemente reducida, no hay seguridad de esto; si alguna reduccion se presentó, no excedió de 0.35° Fahr. y no puede haber sido más de 0.07°. En estas experiencias la temperatura se habia levantado por el alimento tomado en el almuerzo, y habia comenzado á disminuir cuando la digestion estaba casi completa. Cuando se administraba el alcohol durante el reposo y la abstinencia, reducia la temperatura de un modo más notable, pero siempre levemente, pues siempre la disminucion jamás pasó de medio grado de Fahrenheit. Llegaba al *minimum* una ó dos horas despues de la dosis, y evidentemente se comenzaba á disipar se tres horas despues. Administrado el alcohol con el alimento y acompañado del ejercicio habitual ó de algo más, no produjo efecto alguno sobre la temperatura, aun cuando la cantidad fuese de cuatro á ocho onzas de alcohol absoluto, igual á doble cantidad de brandi, en las 24 horas. En nin gun caso aumentó la temperatura. Cuando el hombre estaba en reposo, el pulso sufría una aceleracion de cinco á diez latidos por minuto despues de la digestion del alcohol, conservando ésta por algun tiempo; y el aumento de la rapidez del pulso era mayor cuando estaba en movimiento. Cuando el efecto del alcohol se habia disipado, el pulso descendía de lo normal, de modo que el número de pulsaciones en las 24 horas, solo aumentaba cuando la cantidad de alcohol era considerable y repentina. El pulso se ponía más lleno y blando al tacto, y era evidente tanto por los trazados esfigmográficos, como por la coloracion de la piel, que habia relajacion y dilatacion de los capilares cutáneos y de la arteria radial. La respiracion no era más frecuente; en algunas

experiencias, en verdad, el número de movimientos respiratorios disminuyó y cada acto era más profundo, pero el efecto no fué muy marcado. Segun estas experiencias, son exactas, el alcohol apenas obra sobre la respiracion, y muy poco sobre la temperatura la que reduce ligeramente y que nunca aumenta. Su efecto sobre el corazon, puede decirse que es estimulante, pero no fortificante, y puede compararse racionalmente á la espuela aplicada á un caballo, acelerando sus movimientos por algun tiempo; pero no aumentando su fuerza como un pienso de grano lo haria.

Siendo estos los resultados obtenidos por el doctor Parkes, los médicos deben pensar seriamente hasta qué punto deben usarse los estimulantes en el tratamiento de las enfermedades; pues todo el mundo sabe que muchos caballos que habrian llegado al fin del viaje (a paso de caracol, es cierto, pero con seguridad) se cansan completamente en el camino á consecuencia de aplicarles la espuela con demasiada frecuencia; y es muy posible que más de un corazon que podria haber mantenido la circulacion débil y lángidamente hasta atravesar la crisis de la enfermedad, puede haberse agotado, y deje de latir por habérselo hecho trabajar por dias ó por horas bajo el estímulo del alcohol, más de lo que su fuerza permitia. Cuando quiera que la circulacion se va debilitando y amenaza ser insuficiente para sostener la vida, es necesario administrar inmediatamente el alcohol, cuya influencia benéfica será pronto evidente; pero las observaciones del doctor Parkes arrojan alguna duda sobre el beneficio que de él debe esperarse, mientras el corazon aun conserva suficiente energía. Es sin embargo, muy difícil el hacer una aplicacion correcta de los resultados de las investigaciones fisiológicas al tratamiento de la enfermedad; y los problemas que tenemos que resolver son tan complicados que la experiencia al pié de la cama debe modificar nuestras deducciones. El efecto casi imperceptible del alcohol sobre la temperatura del cuerpo en estas experiencias, parece á primera vista muy extraordinario, sobre todo si recordamos la costumbre tan generalizada de tomar licor en tiempo frio para calentarnos, y en tiempo de calor para refrescarnos. Las condiciones en que fueron hechas las experiencias, nos suministran, sin embargo, una pronta explicacion de este resultado. Los individuos permanecian en cama tanto antes como despues de tomar el brandi, y es muy probable que los cobertores de la cama impidiesen la pérdida de calor por la superficie de sus cuerpos. Todo cambio de temperatura del cuerpo, depende de la modificacion de la relacion entre el calor que produce y el que emite. Si se produce más calor, la temperatura se eleva; si ménos, decrecerá siempre que el calor irradiado ó emitido de la superficie del cuerpo permanezca la misma. Por otra parte, la cantidad de calor producido puede ser invariable, y sin embargo la temperatura descenderá si se sustrae calor más rápidamente por la piel y se elevará si éste se pierde más lentamente. La condicion de los vasos cutáneos, forma una de las bases más importantes del gran mecanismo regulador que preserva en el organismo el equilibrio entre la pérdida ó el aumento de temperatura. Cuando esta se eleva, los vasos se dilatan como lo observamos en el tinte encarnado de la fiebre ó despues de un ejercicio activo, y exponiendo la sangre caliente de una gran superficie á la influencia del aire, cubierta con sólo una capa delgada de tejido, la enfrian rápidamente, de un modo parecido á aquel con que enfriamos el té derramándole sobre un plato. El frio tiene exactamente un efecto opuesto; produce la contraccion de los vasos cutáneos, arroja la sangre de la superficie al interior del cuerpo ó impide así el descenso de la temperatura. La piel puede así adquirir el frio del hielo, pero los órganos vitales quedan al abrigo de la baja temperatura. El alcohol ejerce una influencia muy importante sobre el mecanismo regulador mencionado. Como el doctor Parkes lo ha establecido, dilata las arterias y los capilares, permitiendo una corriente de sangre al traves de los vasos cutáneos, y comunicando un color encendido á la superficie. A consecuencia de esto es que una copa de un licor espirituoso en un dia frio permite que la sangre caliente del interior del cuerpo circule por la superficie y caliente transitoriamente las extremidades adorme-

cidas por el frío; pero tan sólo calienta la parte exterior á expensas de la interior, y la sangre enfríada volviendo á los órganos vitales, pronto causa un enfriamiento que destruye las sensaciones pasajeras de bienestar. Esto es tan notable que los habitantes de las montañas en Escocia rebusan un trago de whiskey bajo pretexto de que es demasiado frío; y los viajeros en las regiones árticas únicamente condenan el uso del licor mientras que dura la exposición al frío. Pero muy diferente es el caso cuando se ha alcanzado el abrigo, que los vestidos mojados se han quitado y que el individuo se encuentra sentado al-lado de un buen fuego. Los vasos cutáneos, después de su larga contracción se dilatan lentamente, de manera que la sangre llega con dificultad á la superficie, aunque sea el calor el que se le aplica en lugar del frío. En consecuencia, mucho tiempo pasa antes de que el calor penetre al interior; y en otras palabras, se necesita de un intervalo largo para calentarse. Si una pequeña cantidad de alcohol se toma en estas circunstancias, favorece materialmente la difusión del calor; dilata los vasos; y la sangre no encerrada ya en el interior del cuerpo, circula libremente en la superficie trayendo consigo el calor del fuego á su vuelta al interior. Al mismo tiempo, el exceso de sangre sobre los órganos internos disminuye, y el peligro de que se congestionen y de que se produzcan inflamaciones y catarros, es menor. Es por esto que una dosis de alcohol en las condiciones anteriores se emplea popularmente para evitar resfriados. Al mismo tiempo que los vasos cutáneos se dilatan, la actividad de las glándulas sudoríferas aumenta frecuentemente, al punto que la piel, aunque previamente seca se cubre de sudor. Por la evaporación de éste el calor se pierde rápidamente; la sangre se enfría así, y hé aquí porqué debemos tener precauciones en un día caluroso para enfriarnos, así como en uno frío para calentarnos. Es evidente que cuando un individuo no está expuesto ni al frío ni al calor sino simplemente envuelto en frazadas, el alcohol puede alterar la distribución del calor dentro del cuerpo, y hacer que la superficie se caliente por la dilatación de los vasos; pero como la pérdida de la superficie está casi completamente impedida por las cubiertas de lana, la temperatura del cuerpo en general no puede ser muy reducida por este medio; y como el doctor Parkes observó una reducción marcada, debemos buscar su causa en otra dirección. El descenso de la temperatura ademas llegó á su máximo sólo dos ó tres horas después de tomar el alcohol; mientras que la dilatación de los vasos generalmente principia á los pocos minutos. El descenso fué mayor en personas que ayunaban que en aquellas cuya temperatura habia sido elevada por los alimentos, lo contrario de lo que deberíamos esperar, si se debiese simplemente á un enfriamiento más rápido. Estas tres circunstancias señalan más bien que un aumento de pérdida, la disminución en la producción del calor, como causa del descenso de la temperatura. El profesor Binz de Bonn ha observado que el alcohol disminuye la oxidación en el organismo, disminuyendo así su poder calorífero, y es á esto probable que debemos atribuir los resultados observados por el doctor Parkes. Como el alcohol reduce más la temperatura durante la abstinencia que durante la digestión, no parece improbable el que retarde más bien la oxidación de los tejidos que la de los productos de digestión. Si esto se confirmase por experiencias posteriores, importará mucho con referencia al uso del alcohol como paratíptico. Hay sin embargo, muchos puntos acerca de la acción del alcohol, que requieren elucidación; y hasta que no estén determinados, no podemos esperar que su administración sea bien entendida. Esperamos que el doctor Parkes continúe sus observaciones y examine los efectos del alcohol sobre el aparato digestivo y el sistema nervioso, con la misma escrupulosidad científica con que ha investigado su acción sobre la circulación, la respiración y la temperatura.

ACCION DEL YODO Y DE SUS PREPARACIONES,

POR EL PROFESOR SEE (MED. TIMES AND GAZ. ABRIL 18 DE 1874.)

Habiendo estudiado en un artículo anterior el modo cómo el yodo penetra en la sangre, el autor se ocupa ahora de sus efectos después de haber entrado en la circulación.

La química nada nos ha enseñado acerca de la acción del yodo sobre la sangre; ni es plástico, ni antiptótico, y ademas la sangre no es el medicamento donde tienen lugar los principales efectos. Este líquido, según Claude Bernard, es simplemente un medio en que viven los órganos. Los corpúsculos constituyen la única parte viva de la sangre; y al denominar ésta, "carne líquida," algunos sabios han dado una definición más poética que científica. El cambio de los gases, introducidos y de los eliminados por la respiración, es un fenómeno puramente físico que bajo ningún aspecto prueba que la sangre sea una sustancia viviente,

exceptuando siempre el elemento corpuscular. De esto deduce que el yodo no obra sobre la sangre, y que si así fuere, es difícil, por lo menos clínicamente, el demostrar sus efectos.

Acción sobre la circulación.—La circulación se modifica de un modo evidente por la administración del yodo; las palcaciones cardiacas se aceleran particularmente cuando el pulso está en calma, y este efecto se produce cualquiera que sea la dosis empleada pero si el pulso es ya frecuente la aceleración es apenas notable. Estos hechos han sido puestos de manifiesto por el doctor Kuss de Estrasburgo, quien al ascerar que la administración de yodo á dosis considerables no producía efectos desfavorables, no dió la explicación de este hecho singular. La explicación se encuentra en la eliminación rápida del medicamento y en la aceleración de la circulación de la sangre. El doctor See concluye con Puche, que, en ciertos individuos, cantidades enormes pueden administrarse sin producir el efecto deseado, en lugar de las pequeñas dosis que tan tímidamente se ordenan. Al variar la dosis del yoduro de potasio, según los casos individuales, encontráramos que la pequeña dosis de un grano, produce tanto efecto como la de tres granos, administrados diariamente. No solamente se acelera la circulación general sino que sobreviene una hiperemia de todos los órganos. La piel se cubre de pápulas, de eritema, de granos acneiformes; á veces la piel y el tejido celular subcutáneo, se congestionan, y son el sitio de una especie de edema, perceptible principalmente en los párpados; la conjuntiva se inyecta, lo que puede dar lugar á la oftalmía; la membrana mucosa de la garganta, también se afecta; la faringe y la lengua se hinchan, y también la membrana mucosa de la laringe y probablemente de los bronquios, ocasionando en algunos casos disnea y catarro. Así la expectoración puede ser sanguinolenta; la membrana mucosa del estómago, se irrita, las funciones del útero se modifican, ó más bien se exajeran, produciendo una menorragia, de donde resulta la utilidad del yodo en la amenorrea y la dismenorrea. Estos diversos fenómenos de congestión, descritos como el principio del yodismo, son para el autor los efectos fisiológicos del medicamento, sin que los sean muy grandes, en prueba de lo cual, establece que estos síntomas pueden observarse después de la ingestión de diez centigramos de yoduro de potasio, y aun de una cantidad menor, y esta dosis no es por cierto tóxica. Los fenómenos del yodismo, en estas circunstancias, son transitorios, pero conviene advertir al enfermo de su posible aparición. Si por otra parte comenzamos inmediatamente con dosis elevadas, no tendremos el yodismo sino un envenenamiento por el yodo. Estos casos no son numerosos, pero algunos se han presentado, y entre otros, el de una señorita alemana á quien dió la muerte el doctor Rose. Este práctico inyectó el yodo en un kiste del ovario de que sufría la paciente, lo cual fué seguido de consecuencias graves. Describió escrupulosamente y hora por hora la escena trágica que tuvo lugar. Tan pronto como se hubo practicado la inyección, sobrevino un espasmo convulsivo de las arterias; el pulso muy frecuente, era apenas perceptible, el corazón latía violentamente; la enferma estaba cianosa y tenía una sensación de frío local intenso. El espasmo duró sesenta horas, después de las cuales la paciente se puso colorada, las arterias se relajaron, el corazón latía débilmente y la muerte tuvo lugar el cuarto día. No hubo aumento de la temperatura, ni por consiguiente, fiebre yódica como el doctor Rose lo afirma. Hé aquí los síntomas del envenenamiento por el yodo, que como puede verse en nada se asemejan á los descritos anteriormente.

Acción sobre el sistema nervioso.—Cualquiera que sea la dosis de yodo absorbida, el paciente se queja de dolor de cabeza frontal y de una neuralgia bien marcada del nervio trifacial. La cefalalgia se debe al coriza, la neuralgia del trigémino sobreviene por congestión de los senos. Pero ademas de estos fenómenos nerviosos, hay otros conocidos con el nombre de intoxicación yódica, caracterizados por vultuosos, alucinaciones y tambor; estos son turbaciones de la circulación. Durante el período de congestión de las arterias, lo que es el principio del envenenamiento. Según See, el sistema nervioso al principio, tan sólo se modifica en su circulación; pero cuando se administran dosis elevadas de yodo, sin llegar hasta el envenenamiento, la sustancia nerviosa se afecta. De aquí puede deducirse que el yodo favorece indirectamente la regeneración, la reconstitución de los tejidos, particularmente, de los elementos nerviosos.

Eliminación del yodo.—El yodo se elimina fácilmente, y aparece en la orina y la saliva, pronto y después de haber sido ingerido; pero huellas del medicamento se encuentran en las secreciones, algunas semanas después de su suspensión de él. En su eliminación el yodo modifica el tejido de los órganos que atraviesa: riñones, piel, membranas mucosas. Su acción es compleja, y es muy posible que las hiperemias locales que determina, se deban sólo al yodo; y en realidad estas congestiones son casi distintas de las modificaciones de la circulación general. Un enfermo, por ejemplo, toma una dosis de yoduro de potasio á las 10 de la mañana, á las once, sus conjuntivas están congestiona-

das, y la secreción lacrimal aumentada. Puede ser que esta congestión sea el efecto del paso del yodo, que se deposita en la superficie mucosa y produce allí una irritación por su aplicación directa; debemos, por consiguiente considerar la acción directa del yodo sobre las mucosas, y otra acción más general y poderosa que á veces produce una inflamación profunda. Esto puede demostrarse en la mucosa del estómago. Si dos individuos toman yodo de potasio, uno puede no sentirse peor, mientras que el otro pierde su apetito; tiene un gusto metálico en la boca y se enfleaque. Por qué esta diferencia? El contacto simple del yodo, causa un aumento de secreción en el jugo gástrico. El yodo se absorbe y luego se elimina por el estómago; y según que éste esté más ó menos atacado, el apetito será más ó menos afectado. Desgraciadamente no podemos prever como obrará, pero no debemos olvidar que á pequeñas dosis, el yodo aumenta el apetito, porque aumenta la secreción del jugo gástrico. Debemos tener presente, sin embargo, que la eliminación por el estómago, tiene lugar al través de las glándulas pépticas, y que en su paso el yodo destruye cierto número de éstas. Esta acción eliminativa puede producir malas consecuencias, y la mayor circunspección es, por consiguiente, necesaria en el empleo de este remedio heróico, pero peligroso.

El yodo de potasio, se ha prescrito contra el vómito de las mujeres en cinta, pero para esto no es igual al alcohol ni al bromuro de potasio.

El yoduro de potasio ejerce cierta influencia sobre los riñones; puede producir una nefritis, destruir los túbulos uriníferos y dar lugar á albumina en la orina; pero como todos los metales producen este efecto, no podemos quejarnos especialmente del yodo á este respecto. Esto nos conduce al estudio de la composición de la orina en los individuos que toman yodo, lo que nos permitirá asignar el lugar adecuado á este medicamento, en el cuadro terapéutico. Si la materia de desperdicio del organismo, ó la urea disminuye durante el uso del yodo, es porque esta última es una sustancia que impide el desgaste de los tejidos. Rabuteau en sus experiencias encontró una disminución de la urea y llegó á esta conclusión. Se sometió á cierta dieta por cinco días; midió la cantidad de urea que excretaba por día, y encontró que por término medio era de 28 gramos; el quinto día tomó yodo, y la orina sólo contuvo 24 gramos de urea. La experiencia debería haber sido más precisa. Rabuteau debería no solamente haber pesado los ingesta sino también haber cerciorado de la cantidad de azoe, midiendo la cantidad de este eliminada por diferentes vías. Cuando la balanza entre el azoe absorbido y la del eliminado se fija exactamente, entonces puede llegarse á un cálculo exacto de los resultados producidos por un medicamento ó por otra sustancia. Esto fué hecho por Beck en el caso de un enfermo sífilítico, siendo los resultados de esta observación negativos, y la deducción de que el yodo no afecta la composición ni la descomposición de los tejidos. Bouchard, por otra parte, asegura que el yodo, según su experiencia personal, aumenta la cantidad diaria de urea excretada, sobre todo, en los diabéticos. La conclusión natural, es que el yodo no es un destructor de los tejidos. Séé protesta contra estas conclusiones y se apoya en pruebas clínicas para atacarlas. Los diabéticos dice, excretan más urea que una persona sana. En su concepto, no es el yodo absorbido el que fabrica este exceso de urea; éste estaba ya en la economía y tan sólo lo ha eliminado, del mismo modo que elimina todo lo que encuentra en su camino. Si en los sífilíticos encuentra el mercurio, favorece su expulsión formando un albuminato yodo-mercurio. Si el mercurio está ya combinado con la sangre, los músculos, los huesos ó el tejido nervioso, el yodo que regenera las moléculas viejadas, elimina indirectamente el mercurio por la formación de nuevos elementos. Hé aquí el resumen de las aplicaciones terapéuticas del yodo:

Se emplea para eliminar todos los venenos que impregnan la economía [la sífilis, el mercurio]; también se ha empleado como eliminador en el envenenamiento de los doradores, en el del plomo y en la ascariolgia.

Las membranas mucosas y serosas son modificadas por el yodo, que se administra en el asma, la albuminuria, la ascitis, la pleuritis &c. Se usa como disolvente en los infartos glandulares, y produce excelentes efectos en el bocio; pero también ejerce cierta influencia sobre el pecho y los testículos, atrofiándolos. Es muy útil, en un gran número de afecciones crónicas, disolviendo ciertos productos y eliminándolos, como en la diabetes, la escrófula y la sífilis &c.

Finalmente, el yodo es un medicamento sumamente útil, pero un instrumento de dos filos, difícil de manejar. Es un "atrofian" local; no tiene malos efectos sobre la salud general; es un "revivificador" como el oxígeno.

PAROTIDITIS como consecuencia de enfermedades agudas.

POR EL PROFESOR CROCG DE BRUSELAS. (COMUNICACION PUBLICADA EN EL JOURNAL DE MEDECINE DE ENER) Y REPRODUCIDA EN MED. TIMES AND GAZ. DE MAYO DE 2874.)

El autor hace notar que la parotiditis es una de las complicaciones más graves y curiosas que se presentan en el curso de las enfermedades agudas, y especialmente en la fiebre entérica, en el tifo, en la escarlatina, el cólera, la disenteria, el sarampion y las viruelas.

Debe siempre considerarse como un fenómeno formidable y se observa en un período avanzado de la afección durante la cual se manifiesta. Así en la fiebre tifoidea se presenta en la tercera ó cuarta semana, en la escarlatina en el período de descañonación, y en el cólera durante la reacción. Los antiguos escritores admitían dos formas de parotiditis que designaban con los nombres de crítica y sintomática, apoyando la distinción en ideas teóricas sobre la enfermedad reinante. Una parotiditis se consideraba como crítica cuando aparecía al fin de la enfermedad, no solamente sin embarazar la resolución, sino favoreciéndola por medio de una acción revulsiva útil, que distraía la materia peccante de los órganos internos nobles, á la glándula salivar. Cuando aparecía en un período más reciente y parecía aumentar la violencia de la enfermedad, se la denominaba sintomática. La primera se consideraba como de un pronóstico favorable, y la segunda, lo contrario; pero ningún característico individual distinguía la una de la otra. La idea que entonces prevalecía de que la causa de la parotiditis era la determinación del principio morbífico hácia la parótida, es aun aceptada por algunos, bajo el calificativo de metástasis, condicion puramente hipóética. También se ha tratado de establecer una explicación más racional atribuyendo la afección glandular á una consecuencia de la piemia; pero esto tan sólo es aplicable á unos pocos casos. Aun en ciertos casos de tifo y de fiebre tifoidea que á primera vista admiten esta interpretación, la parotiditis no va asociada, con ninguna otra alteración imputable á la piemia. Está muy lejos de supurar en todos los casos, si bien rara vez está ausente en las lesiones de naturaleza verdaderamente piémica. En la piemia traumática no encontramos ninguna localización en la parótida, y es éste uno de los órganos en los cuales con más rareza se encuentran abscesos metastáticos.

Observaciones numerosas hacen establecer al doctor Crocg, lo que en su concepto es una génesis del fenómeno más conforme con los hechos. La parotiditis va siempre acompañada de una estomatitis bien marcada, caracterizada por rubicundez, turgecencia é hipersecreción de la membrana mucosa de la boca. Esta membrana está cubierta por depósitos de varias especies, mucosos, epiteliales y fuliginosos que la tapizan más ó ménos, especialmente en el dorso de la lengua, y frecuentemente en las encías, los dientes, los labios y el interior de los carrillos. Esta estomatitis es bien manifiesta en la fiebre tifoidea y en el tifo exantemático, presentándose en un período avanzado de la enfermedad y agravándose por la acción del aire sobre la membrana mucosa bucal, pues los enfermos generalmente mantienen la boca abierta. Es entonces que la parotiditis se observa; y es en estas mismas condiciones que sobreviene durante el período de reacción del cólera. En la escarlatina y la variola, la estomatitis es también uno de los síntomas ordinarios. En el sarampion, la membrana bucal está cubierta frecuentemente de una erupción semejante á la de la piel, especialmente en el velo del paladar. Cuando en el curso de esta parotiditis se comprime el conducto de Stenon, una gota de pus sale de su orificio fenómeno que el autor jamás ha encontrado ausente. Existe en verdad desde la primera aparición de la complicación, cuando el enfermo sólo se queja de algun dolor en la region parotidea que se nota algo hinchada; y también se observa en los casos que terminan por resolución así como en los que supuran, lo que prueba que esta gota

de pus no tiene su origen en la supuración de la glándula, puesto que la precede y es independiente de ella. La estomatitis habiendo llegado á cierto grado de intensidad, se propaga por consiguiente á lo largo del conducto y sus ramificaciones á la sustancia de la glándula. Del mismo modo, la submaxilar puede afectarse y la presión hace salir una gota de pus del orificio del canal de Wharton; pero esto es muy excepcional porque la estomatitis de la parte inferior de la lengua, ó es leve ó está ausente.

La trasmisión de la inflamación catarral á los conductos excretores y á las glándulas mismas, no es un hecho aislado pues se encuentra en otras partes del cuerpo. En la orquitis, por ejemplo, consecutiva á una blenorragia, la inflamación se propaga de la uretra por el vas deferens al epididímo y al testículo, y esto rara vez sucede antes de la quinta semana, época en que la irritación ha llegado á la porción prostática. Esta afección, como la parotiditis, fué por mucho tiempo atribuida á metástasis por acción de la materia pecante. En muchos casos también el catarro de los conductos biliares proviene de la extensión de la inflamación gastro-duodenal al canal cólico; y otras inflamaciones pueden extenderse hasta el parenquima hepático y producir una hepatitis, como en varias ocasiones lo ha observado el doctor Crocq.

La mayor parte de los autores han creído que esta inflamación de la parótida principiaba en el tejido celular vecino, extendiéndose después á la sustancia glandular. Siempre que el autor ha tenido ocasión de hacer la autopsia, ha encontrado la glándula misma y su conducto inflamados. Es fácil explicar la causa del error; pues los fenómenos de la inflamación, como la rubicundez, la exudación y la supuración, son frecuentemente más marcados en el tejido celular intersticial, y allí pueden comprometer el tejido celular superficial, y ser allí más manifiestos. Esto no implica el que estos fenómenos hayan comenzado allí, sino tan solo que el terreno es más propicio á su evolución. De todos modos, insiste en que la inflamación comenzando en el canal de Stenon, necesaria y primitivamente invade los elementos propios de la glándula que la transmiten al tejido celular que les sirve de lecho.

Estas consideraciones conducen al tratamiento profiláctico y curativo de la parotiditis consecutiva á las enfermedades agudas. La membrana bucal debe limpiarse esrupulosamente, impidiendo la sequedad por medio de aplicaciones emolientes ó ligeramente astringentes. Tan pronto como los primeros síntomas aparecen, haya ó no dolor ó hinchazon, es necesario comprimir la glándula y su conducto para expulsar de éste cualquiera secreción irritante que contenga. Al mismo tiempo se aplicarán sanguijuelas á la hinchazon y se harán fricciones mercuriales dos ó tres veces al día seguidas de una cataplasma de linaza. Por estos medios la resolución puede obtenerse en muchos casos.

TRATAMIENTO del lupus eritematoso.

(LONDON MED. REC. ENERO 28 DE 1875.)

El doctor Theodore Veiel en una disertación inaugural (Tubing. 1872) registra todos los casos de lupus eritematoso que han sido tratados en el Instituto de su padre y de su hermano en Canstatt durante los últimos diez y siete años, y da una buena descripción de su historia natural y una noticia detallada de las varias formas de tratamiento empleado. Hasta la época de la publicación los mejores resultados han sido producidos por el cloruro de zinc en solución en una cantidad igual de alcohol, y usado del modo siguiente:

Un emplasto vesicante se aplica sobre toda la parte afectada, removiendo en seguida la epidermis que forma una capa opaca y espesa, dejando á descubierto las papilas rojas, vellosas, bien definidas y contrastando con las partes más sanas, firmes y pálidas. Las partes enfermas se barnizan con la solución, lo que produce mucho dolor. La costra amarillenta, como de barniz, que se forma se quita al tercero ó cuarto día por medio de cataplasmas, y las partes cauterizadas se ven entonces cubiertas de epidermis, ofre-

ciendo bajo este aspecto un contraste marcado con el lupus comun, que con su tratamiento igual deja una superficie de granulaciones exuberantes y cicatriza mucho más lentamente. Los puntos que aun quedan abiertos, sanan rápidamente con la solución alcohólica de cloruro de zinc, adicionada de una tercera parte de agua. Lo cauterización se repite hasta que la curación es completa. Aunque las cicatrices son mayores que en la cicatrización espontánea, no son, sin embargo, deformes.

En un artículo sobre el tratamiento del lupus y del lupus eritematoso (Archiv. Für Dermatologie and Syphilys, vol. V, part. 2 y Boston Medical and Surgical Journal). El doctor Ernest Veiel da una noticia detallada del último método empleado en el Hospital de enfermedades de la piel de Canstatt, que es una combinación de la cauterización con el cloruro de zinc ya descrita, y del método de escarificación de Volkman. Con este objeto, y para impedir la gran pérdida de sangre que frecuentemente tiene lugar después del uso ordinario de la lanceta, pues de 150 á 200 gramos se pierden generalmente cuando la operación se prolonga por la media hora requisita, en los casos ordinarios que afectan la cara, usa una serie de cuchillas colocadas la una al lado de la otra y puestas en un mango comun de modo que seis punciones se hacen á la vez. La duración de la operación queda así reducida á cinco ó diez minutos, y de este modo se puede impedir el desangre por medio de la presión. De este modo se puede igualmente evitar el uso de anestésicos, aunque el efecto principal sobre el enfermo no depende tanto de la escarificación y de la cauterización sino del dolor persistente que á veces dura de 18 á 24 horas, y siendo así, el peligro de la administración del cloroformo, no está en proporción con el dolor que hay que sufrir.

Inmediatamente después de la punción, las partes se cauterizan con la solución alcohólica de cloruro de zinc. Una supuración superficial sobreviene acompañada de formación de costras que se caen del 6^o al 10 día, después de lo cual se hacen de nuevo la punción y la escarificación. De cinco á ocho veces bastan para una curación perfecta. Las recaídas no faltan, sin embargo, aun con este tratamiento, y se manifiestan como puntos rojos en la cicatriz, que uniéndose se convierten en verdaderas superficies de lupus; pero el retoño de éstos se destruyen fácilmente repitiendo el mismo tratamiento.

En el lupus ordinario el doctor Veiel creó que este tratamiento reduce materialmente la duración de la enfermedad. Un periodo, sin embargo, más largo es necesario entre cada operación, pues la ulceración repite con frecuencia en las partes más profundamente cauterizadas, que deben hacerse cicatrizar con cloruro de zinc, aplicado repetidas veces antes de emplear la cauterización.

SUDOR MORBIDO de los pies y tratamiento.

(LONDON MED. RECORD. MARZO DE 1874.)

El doctor Debrouse Latour ha publicado recientemente una tesis sobre sudores locales, en donde incorpora con sus propias observaciones las inéditas del doctor Ollivier de la Facultad de Medicina de Paris.

Las formas de sudor local que ofrecen el mayor número de puntos interesantes, son, según Hebra, las que afectan las axilas, los órganos genitales, la palma de las manos y la planta de los pies. El autor limita, por ahora, sus observaciones al sudor de los pies, que se vuelve intolerable con la elevación de la temperatura. Las causas de esta traspiración mórbida son poco conocidas; no es un atributo del temperamento linfático, ni siempre de falta de limpieza. Sus síntomas son bien conocidos así como los accidentes desagradables que produce. No es contagioso y nada prueba que sea hereditario.

Se trata de saber si es prudente acceder al deseo de los enfermos que quieren desembarazarse de la molestia de esta afección. Sin seguir al autor en todos sus argumentos, baste decir que está de acuerdo con la generalidad de la profesión médica en Francia, que opina que es peligroso suprimir el sudor habitual de los pies. "Sin embargo, añade, debemos establecer una distinción entre los enfermos que tienen una buena constitución y aquellos predispuestos á la tisis pulmonar ó á la flegmasia de los órganos respiratorios." En apoyo de esta reserva juiciosa, el autor cita el hecho siguiente, observado por el doctor Ollivier en un caso de estos en un estudiante de medicina.

M. X. edad 21 años, hacia dos años que sufría sudores parciales de los pies, sumamente desagradables. Bajo otros aspectos, su salud era buena y nada anormal se descubría en sus funciones orgánicas; el apetito era bueno y la salud moderada. El sudor local era tan abundante que obligaba al paciente á cambiar sus medias varias veces en el día y exhalaba un olor fétido de naturaleza acuosa. La piel de los pies estaba blanca y parecía macerada. El

doctor Ollivier, sin embargo, no encontró contraindicación alguna al tratamiento de la hiperidrosis local, prescribió baños de pies con agua de Baréges, una preparación de fierro y duchas frías. Dos meses después, la enfermedad había desaparecido y la curación continuó sin cambio alguno en la salud del enfermo. El tratamiento higiénico de este estado mórbido en pacientes delicados, consiste en evitar el enfriamiento repentino de los pies. El enfermo debe usar calzado grueso y medias de lana que debe cambiarse frecuentemente. Si á causa del enfriamiento, la supresión repentina de la traspiración produce consecuencias desagradables, es necesario llamar la hipersecreción por medio de baños de pies calientes y después usar medias de lana, envueltas en hule y aun medias espolvoradas con clorhidrato de amoníaco, mezcladas con cal viva, en la proporción de dos partes de ésta y una de aquél. Como medio de disminuir el desagrado de la traspiración fetida excesiva pueden usarse los siguientes desinfectantes: una solución de permanganato de potasa, 5 centigramas por 250 gramos de agua ó 1 gramo de tintura de brea mineral por 250 de agua. Si la epidérmis se ablanda por maceración se cae dejando el *rete Malpighi* desnudo y haciendo la marcha difícil y dolorosa, Hebra recomienda que se cubran las plantas de los pies y los ortos con una mezcla de partes iguales de diaquilon y de aceite de linaza, dertiéndola antes de usarse; las partes excoriadas se cubren de género en seguida. Esto es en cuanto al tratamiento pasivo; pero si la buena constitución del enfermo justifica medidas más activas, entónces deben emplearse botines más delgados y medias de lilo con polvos de licopodio, de carbon vegetal y de tanino en polvo.

El doctor Gaffard recomienda que se hagan penetrar algunas gotas del líquido siguiente entre los dedos. Oxido rojo de plomo, un gramo; extracto de saturno 29 gramos.

Ya hemos visto como el doctor Ollivier consiguió combatir eficazmente el sudor de los pies con agua de Baréges y duchas frías. Las lociones con vinagre aromático son tambien útiles. Otro medio consiste en cubrir frecuentemente las partes secretantes con capas delgadas de greda ablandada por el agua y pasada por un tamiz. En cuanto á los medicamentos dados al interior y recomendados como específicos contra los sudores generales, tales como el Polyporus officinalis y el acetato de plomo, los doctores Ollivier y Debrousse tienen la convicción de que son impotentes contra la traspiración de los pies y contra otros sudores locales.

CONVALENCIA PUERPERAL.

El doctor W. Goodell profesor de clínica de las enfermedades de mujeres en la Universidad de Pensilvania, comunica al Medical and Surgical Reporter (febrero 1874) las siguientes observaciones sobre la convalecencia puerperal:

Es necesario que el médico cuide su enferma, tanto después de un aborto como del parto. La producción de la leche debe favorecerse, y desde el primer día la alimentación debe ser generosa. El purgante usual al tercero día debe abandonarse, porque debilita inútilmente el cuerpo y favorece la absorción de materias sépticas. Los esfuerzos prematuros deben evitarse; pero no debe ordenarse demasiado estrictamente la posición horizontal. Estoy convencido que esta tradición de permanecer acostado hace más mal que bien, porque nada relaja tanto la fibra muscular como la cama. Mi experiencia me demuestra que las mujeres se sienten más fuertes al quinto día después del parto que al noveno ó décimo cuarto si guardan la cama. Entre los antiguos griegos, modelos de fuerza y de belleza físicas, las mujeres se bañaban al quinto día, y la misma costumbre existía entre los romanos. Puesto que el parto es en general una función estrictamente fisiológica, ninguna buena razón existe para que una mujer no se sienta en la cama, ó baje á una silla cuando para ello tenga disposición. Estos no son conceptos vanos sino las conclusiones de una larga y bien meditada experiencia. Tales movimientos excitan las contracciones uterinas y desalojan de la matriz y de la vagina lóquios pútridos que pueden ser detenidos por un coágulo ó por la hinchazón de las partes blandas. Cuando los lóquios están hediondos, estas posiciones verticales deben prescribirse, pues son en realidad mejores desinfectantes que cualquiera inyección vaginal detergente. Estas tienden ademas, equilibrando la circulación y dándole más energía, á disminuir la congestión pasiva general

de la matriz, el engurgitamiento de la inserción placental, y especialmente la estasis sanguínea favorecida por el decúbito dorsal en la pared posterior engrosada, lo que en mi concepto es una causa muy comun de las desviaciones posteriores.

El uso prolongado del vendaje obstétrico, es tambien un factor en la producción de muchos de los desórdenes femeninos. El vendaje puede ser útil por veinticuatro ó cuarenta y ocho horas después del parto, porque llena el vacío dejado por la expulsión del feto; produce una sensación agradable de presión; impide el accidente de una hemorragia interna y se opone á la entrada del aire á la cavidad uterina. Pero cuando se usa simplemente con el objeto de conservar la forma, y paraliza los músculos abdominales que debería reforzar, no solamente destruye el objeto tan querido á toda mujer sino que debilita el poder contentivo del abdomen. Tambien hace mal porque reune los intestinos sobre la matriz, lo que los empuja hácia la cavidad pélvica. Por otra parte, comprimiendo la vena-cava y las venas pélvicas con un cuerpo tan duro como el útero, que obra como el colchonillo del torniquete, impide la libre circulación del órgano, y es un obstáculo grave á la involución. Faraon no podia haber inventado un medio más seguro de dañar la robustez de sus súbditos hebreos que el de obligarlos por edicto al uso prolongado de un vendaje obstétrico apretado.

Es necesario atender á los lóquios. Si todavía persisten después de la tercera semana, debe inferirse con seguridad, ó bien que el cuello es el sitio de laceraciones no cicatrizadas, ó que la involución está interrumpida ó que ámbas condiciones coexisten, pues la primera es generalmente causa de la segunda. Las inyecciones vaginales astringentes ó los supositorios son ahora agentes terapéuticos importantes. A este tratamiento local debe añadirse el constitucional por el fierro y la quinina; aquel segun las fórmulas conocidas, y ésta á dosis de ocho á diez granos en las 24 horas. Ademas de las propiedades tónicas indisputables, la quinina hace contraer fuertemente la fibra interna y por consiguiente facilita la involución. El cornezuelo de centeno y la estricnina, son tambien recursos ventajosos; el vino y la cerveza no deben olvidarse. Si después de un mes quedan aún dolores en el sacro, leucorrea, y otros sin tomas bien conocidos de desórden uterino, es evidente que la involución ha sido retardada. El speculum debe entónces usarse, así como las aplicaciones uterinas, comenzando con las más suaves, pues ahora es el tiempo de promover la subinvolución y de curar otras lesiones puerperales. Si la enferma hubiere sufrido anteriormente de enfermedad uterina, inmediatamente después del alumbramiento debe tratarse con el cornezuelo de centeno y la quinina. Disminuyendo las excusiones de las fibras uterinas en sus movimientos alternados de contracción y relajación, estos medicamentos reducen proporcionalmente el infarto diastólico de la matriz. Creo que el método de Crédé de expulsar la placenta por compresion suprapúbica obra de un modo semejante; pues vacía los coágulos de la matriz y la reduce á su capacidad mínima. Tal enferma requiere tambien el uso ocasional del forceps, que impide la laxitud uterina consecutiva á un parto largo, provocando una involución más completa; pero en cuanto á esto, ninguna mujer de parto debe dejarse por mucho tiempo durante el periodo de expulsión sin ayuda, cuando su médico poseé la destreza necesaria para acortarlo.

MIOSIS ESPONTANEA.

El doctor Galezowski en una de sus lecciones describe una afección oscura del ojo á la cual da el nombre de "miosis espontánea" ó contracción permanente de la pupila. Esta afección se encuentra rara vez bajo una forma aislada ó distinta; más comunmente va asociada con espasmo tónico del músculo acomodador del ojo, y con cierta turbación en la función de la vision.

Estas contracciones espasmódicas pueden ser producidas por inyecciones hipodérmicas de morfina, como Graefe lo ha demostrado, ó por la instilacion en el ojo de una solucion de eserina (el alcaloide del haba de Calabar) pero segun el doctor Galezowski, el opio ó la morfina no producen la miósis á ménos que la cantidad introducida en el sistema circulatorio sea comparativamente grande. Ha observado que cuando el opio se administra al interior en dosis ordinarias, no produce ningun efecto en la pupila; mientras que las inyecciones hipodérmicas de morfina produce un efecto marcado, y la miósis dura cierto tiempo, continuando aún por muchos meses. En estos casos el desórden funcional del ojo depende, no de la miopia sino de las contracciones espasmódicas del músculo acomodador, que impiden que el ojo se fije sobre objetos pequeños, de donde resulta la fatiga y la turbacion de la vision.

Una segunda variedad de miósis es la que depende de la afeccion nerviosa llamada histeria. Esta forma se presenta repentinamente y puede producirse bajo la influencia de la más leve emocion mental. Se observa en sujetos nerviosos simultáneamente con otros síntomas de afeccion nerviosa, de naturaleza espasmódica ó parálitica.

Hay todavía otra variedad de miósis, particularmente observada en la ataxia locomotriz. Esta es la miósis sintomática de afecciones espinales. Se encuentra en un período avanzado de éstas, con ó sin lesion del nervio óptico, y es la consecuencia directa de la alteracion de las porciones posteriores de la medula espinal, de que se desprende de la region cilio-espinal, y que segun Budge y Claude Bernard, están situadas al nivel de las dos últimas vértebras cervicales y dos primeras dorsales. La miósis de los atáxicos existe comunemente en ámbos ojos pero puede aparecer primero en un ojo y sólo atacar el segundo muchos meses ó años despues. La atrofia de la pupila (entrada del nervio óptico) en sujetos atáxicos, es frecuentemente seguida, despues de algun tiempo, por una miósis marcada que nunca desaparece; pero que por el contrario sigue aumentando á medida que la ataxia locomotriz progresa. Segun el Profesor Sée, la miósis puede existir en los atáxicos sin atrofia de la pupila.

De estas diferentes variedades de miósis el doctor Galezowski presentó casos ó hizo observar que el tratamiento se debe dirigir contra las causas. En la miósis tóxica, la primera mencionada, ha empleado instilaciones de una solucion débil de atropina en el ojo, con píldoras de belladona y preparaciones ferruginosas al interior. En la forma histerica reconoció los baños de Barèges, causticos á la nuca y columna vertebral, colirios de atropina, tónicos, alimentacion generosa, reposo absoluto de los ojos y ejercicio moderado.

(Irish. Hosp. Gaz. abril 1874).

COMUNICABILIDAD de la tisis del marido á la mujer.

El doctor H. Weber comunicó á la Royal Medical and Chirurgical Society (abril 28-1874) algunos casos en prueba de esto. Hace más de veinte años que en su práctica ha estudiado esta cuestion, en la cual se fijó por algunos casos sorprendentes que observó. Tiene la historia de los resultados de veintinueve matrimonios entre mujeres con señales más ó ménos marcadas de tisis, casadas con hombres sanos, y de cincuenta y un matrimonios de hombres enfermos unidos á mujeres sanas. Mientras que uno sólo de los maridos de las veintinueve mujeres enfermas se volvió físico; diez y ocho de las mujeres sanas de los maridos afectados murieron de tisis. Las diez y ocho mujeres estaban casadas á nueve maridos, uno de los cuales habia perdido cuatro mujeres, otro tres, cuatro dos, y tres una cada uno. El doctor Weber hizo un extracto de las historias de estos nueve maridos y sus diez y ocho mujeres, y discutió los puntos siguientes: 1 La comunicabilidad de la tisis del marido á la mujer, la que aun no está establecida con seguridad pero que considera probable; pues apenas creé que los resultados de su experiencia sean puramente accidentales, aunque el riesgo de la comunicacion no sea pro-

bablemente tan grande como resultaria de sus casos. 2 Los medios de comunicacion parecen existir rara vez entre marido y mujer, simplemente por la inhalacion del aliento, aun que no creé esto imposible; pero con más frecuencia existen por la absorcion directa del sémen, ó por su trasmision indirecta por medio del feto. 3. La posibilidad de que los maridos infectados tuviesen sífilis, no encontró apoyo ninguno en los hechos observados con respecto á los maridos de las mujeres, incluyendo los resultados cadavéricos. 4. La marcha rápida de la enfermedad en las mujeres tomó más ó ménos la forma de tisis galopante, mientras que la enfermedad de los maridos fué en todos los casos crónica, pero bien marcada, y terminando en todos, ménos uno, por la muerte mucho tiempo despues de que sus mujeres habian perecido.

MUERTE DE LOS MUSCULOS y muerte aparente.

El doctor M. Rosenthal (Stricker's. Medizinische Jahrbücher. 1872) ha examinado un número considerable de cadáveres por la electro-puntura y por otros medios, con el objeto de determinar el período de la desaparicion de la contractibilidad muscular despues de la muerte. Como era de esperarse, los músculos no pierden inmediatamente despues de la cesacion de la respiracion su contractibilidad y la conservan, segun el autor, de hora y media á tres horas. Ha encontrado que la irritabilidad de los nervios, desaparece mucho ántes que la de los músculos, es decir, que la estimulacion directa de los músculos produce contracciones de los músculos mucho despues de que la irritacion de los nervios es incapaz de despertarlas. Se observa tambien que entre los músculos es el orbicular de los párpados el que por más tiempo conserva la contractibilidad. El autor apoya estas opiniones con experiencias sobre animales. Produjo rigidez muscular artificial por la suspension de la circulacion en las piernas, y al cabo de dos horas la contractibilidad muscular habia desaparecido, volviendo gradualmente cuando se restablecia el curso de la corriente sanguínea. Los varios medios de determinar si la muerte ha tenido lugar, son en seguida discutidos y el autor llega á la conclusion de que en casos dudosos el medio más seguro es el ensayar la irritabilidad muscular por medio de la estimulacion eléctrica. Refiere detalladamente una observacion muy interesante de muerte aparente, resultado de la histeria, en que se habian comenzado los preparativos para el funeral y probablemente se habrian completado sin su oposicion formal. Una jóven despues de una violenta emocion perdió completamente el conocimiento y se creyó muerta, aun por el médico de cabecera. El autor la vió treinta horas despues y encontró el cuerpo frio, inmóvil y sin pulso. Un sonido muy débil y dudoso se oía en la region cardiaca, pero no podia descubrirse ningun movimiento del pecho ni percibirse el murmullo respiratorio. Un ligero movimiento abdominal, sin embargo, se percibia. El autor encontró que los músculos faradizados se contraian, y como esto tenia lugar 30 horas despues de la muerte supuesta, insistió en que ésta era tan sólo aparente. Recomendó la aplicacion de fricciones de calor &c. y la administracion de café; y supo que la enferma habia salido espontáneamente de su letargo 44 horas despues. No tenia, segun su dicho, ningun recuerdo del principio del ataque; pero despues tenia conocimiento, oía y entendia lo que pasaba á su alrededor, si bien no podia hablar ni moverse. Este estado se compara aquí con el de la pesadilla, en el cual, apesar de un desastre supuesto inminente, no hay poder de hablar ni de hacer movimiento alguno. El autor sostiene que en este caso la faradizacion fué el medio de impedir el entiero prematuro.

(Glasgow. Med. Journa. Enero 1874).

UREA EN EL VOMITO.

El doctor Juventin, en una tesis citada en la Gazette Médicale de Paris, abril 25, nos pone en conocimiento

del hecho interesante de que toda materia vomitada contiene cierta porción de urea. Según él, "la excreción de urea por la membrana mucosa del estómago, es normal, y se produce en cantidad proporcional a la que contiene la porción acuosa de la sangre:" la sangre en el estado normal contiene 0,16 centigramos de urea por litro según los análisis de Picard. Las cantidades de urea contenidas en los vómitos han sido determinadas por el procedimiento de Bouchard (London. Med. Record).

PIEMIA.

(POR EL REDACTOR DE LA LANCETA, MARZO Y ABRIL DE 1874).

Tememos que una defunción lógica y científica de la enfermedad conocida con el nombre de "Piemia" aun sea una necesidad difícil de satisfacer; sin embargo, si se emplea este término es de una importancia el darle un significado claro y definido de modo que siempre indique la misma enfermedad. Si diferentes personas dan diversos significados a la misma palabra, es evidente que es imposible emprender una discusión provechosa hasta que se hayan abandonado todos los errores que hayan rodeado la definición. Si se hubiera atendido más á esto en la discusión reciente de la Sociedad Clínica, es muy probable que en lugar de tener ahora que reconciliar cosas aparentemente contradictorias habríamos podido registrar algunos hechos clínicos y patológicos conocidos acerca de la piemia. Muchas autoridades se oponen completamente á la palabra "piemia," y niegan la existencia de tal condición patológica. Bajo el punto de vista de su sentido etimológico verdadero, el nombre es sin duda malo; pero con tal que este hecho se reconozca y que el término se aplique tan sólo á ciertos síntomas y lesiones determinadas, poco importa que la enfermedad se designe con este nombre ó aquel. Con esta restricción, por consiguiente, podemos definir la piemia como un estado mórbido general del organismo en el cual una temperatura elevada con calofríos intensos, alternando con sudores abundantes, sobrevienen á consecuencia de un processus inflamatorio ó supurativo. La sangre envenenada é incapaz de llenar sus funciones normales contiene un exceso de corpúsculos blancos y de fibrina. Hay, además, síntomas nerviosos de prostración, y distribuidas sobre muchas partes del cuerpo se encuentran manifestaciones de inflamación metastática difusa y de supuración, que en el cadáver pueden reconocerse bajo la forma de hemorragias, infartos, endurecimientos, reblandecimientos y supuraciones en las coyunturas, las cavidades serosas y las vísceras internas. Las venas cerca de los tejidos supurados, contienen generalmente coágulos en estado de desintegración, ó reblandecidos en el centro, presentando el aspecto de líquido puriforme. La enfermedad tal cual la acabamos de describir, es bien conocida, y en la mayor parte de los casos fácil de reconocer. Hay, sin embargo, algunos casos en los cuales hay evidencia de un envenenamiento profundo de la sangre que hace sucumbir al enfermo ó después del cual se restablece sin que se presenten manifestaciones locales de inflamación difusa ó consecutiva. Esta condición se ha llamado septicemia y es, según algunos, considerada como un período de la piemia, mientras que según otros autores, es una enfermedad distinta y definida que, aunque sobrevenga después de un processus inflamatorio, depende de una causa enteramente diferente de la piemia. Hay también una especie de reacción general consecutiva á las heridas, que se ha designado con el nombre de "fiebre traumática." En ésta, la temperatura es muy elevada, probablemente á causa de la absorción de algunos de los productos inflamatorios, ó de sangre que ha sufrido cierta degeneración. Hay, por consiguiente, tres condiciones diferentes que pueden presentarse como consecuencia de una herida y sobrevvenir durante las modificaciones inflamatorias ó supurativas. El profesor Bilroth las ha denominado, fiebre traumática é

inflamatoria, septicemia y fiebre supurativa ó piemia. Esta clasificación corresponde á la propuesta por el doctor Callender en sus observaciones en la Sociedad Clínica, pues describió tres formas de envenenamiento sanguíneo como consecuencia de heridas, á saber: septicemia primitiva, dependiente de la absorción de líquidos ácidos é irritantes de la herida durante las primeras veinticuatro ó treinta y seis horas; septicemia secundaria, resultado de la absorción de productos causados por la descomposición de escaras, ú otras materias en vía de putrefacción; y finalmente, septicemia que incluye los casos típicos comunes de piemia en los que hay obstrucción de las venas, desintegración del coágulo y diseminación de los fragmentos desintegrados y alterados dando origen á depósitos consecutivos en las vísceras. Ahora bien, aunque hay casos en los que es difícil determinar á cuál de estas categorías pertenecen, en general en la práctica es fácil fijar la naturaleza de cada caso individual; y puesto que estas distinciones han sido aceptadas por la mayor parte de los prácticos y bien definidas, pensamos que es inútil traspasar estos límites. Debe, sin embargo, recordarse que muchas y excelentes autoridades, como la del doctor Savory, niegan que haya diferencia esencial entre la septicemia y la piemia, y sostienen que aquella es un período de ésta, debida á la absorción de una gran cantidad, ó de una dosis considerable de materias morbíficas que destruye al enfermo antes de que las alteraciones secundarias hayan tenido tiempo de desarrollarse. Esto es, indudablemente cierto en algunos casos, pero no en todos; pues hay una forma de septicemia, de la cual el paciente se restablece, que puede ser accidental ó experimental, producida por la absorción de materiales pútridos ó de algunos de los productos de descomposición. En estos casos comunmente faltan las alteraciones consecutivas ó metastáticas. Puede, por consiguiente, suponerse con razón que mientras el estado de septicemia sea tan sólo el primer período de lo que con el tiempo podría convertirse en una piemia verdadera, hay otra forma de septicemia sin conexión alguna ó sólo con una relación lejana con la enfermedad conocida con el nombre de piemia.

No hay la menor duda de que en todo caso de piemia pueden distinguirse dos processus, el tóxico y el mecánico, siendo éste la causa de la formación de depósitos secundarios de varias clases, cuyas alteraciones posteriores dependen de su naturaleza y cualidad. Estos dos processus están, sin embargo, inútilmente asociados y son prácticamente inseparables, porque aisladamente son incapaces de producir todos los fenómenos de la verdadera piemia. La naturaleza del material tóxico que produce el envenenamiento sanguíneo en la piemia, su origen y su *modus operandi* aun no son bien conocidos. Estos son los puntos discutidos de la piemia, pues el mecanismo admitiría una explicación fácil, con tal que supiésemos qué es lo que produce las alteraciones profundas de la sangre y qué impide el que llene sus propias funciones. El hecho de que la piemia va generalmente precedida del trabajo supurativo, especialmente cuando éste tiene su asiento en el hueso ó en tejidos ricos en venas, ha dado origen á la opinión de que el veneno tiene alguna relación con la supuración, y se ha afirmado que el material morbífico se produce por la descomposición del pus y que este material se absorbe por el sistema venoso, produciendo la desintegración de los trombos que se forman en las venas y envenenando de algun modo la masa general de la sangre. Químicos como Bergmann, Verneil y Richardson, han aislado un principio, la sepsina ó septina, que, según ellos, es capaz de inducir la piemia y que consideran como un alcaloide originado por la descomposición de la materia albuminosa. Pero contra la especificidad de este cuerpo se arguye que la septicemia y la inflamación metastática, así como la supuración, pueden resultar de algunos de los otros productos de descomposición.

La opinión de que la materies morbi es algo que se desarrolla primitivamente en el pus en vía de descomposición, y que este elemento morbífico penetra en el organismo por las venas ó los linfáticos, está sobre todo apoyada en las numerosas y cuidadosas experiencias de Virchow.

Este patólogo ha intentado demostrar que los corpúsculos del pus son enteramente negativos en su acción, y en prueba de esto, ha asegurado que en su estado natural no pueden pasar al sistema venoso sin producir síntomas muy diferentes de los de la piemia y ha demostrado en cuanto a los linfáticos que es imposible que una partícula del tamaño de un corpúsculo de pus atraviese las ramificaciones delicadas de un ganglio linfático, de modo que por esta vía la absorción no puede hacerse. Explica, por consiguiente, los fenómenos de la piemia del modo siguiente: "Una supuración de mal carácter, principia en una herida, y el líquido icoroso que resulta de la descomposición del pus, penetra en los trombos que se han formado en las venas adyacentes, los desintegra y los disemina al través de los capilares, produciendo las alteraciones conocidas como depósitos consecutivos." Pero aunque este modo de ver suministra una explicación clara é inteligible de muchos de los efectos de la piemia, no explica algunas de las lesiones secundarias. Hay, por ejemplo, lesiones que se presentan en la segunda serie de capilares mas allá de la herida original, mientras que la primera serie de capilares está completamente sana. De aquí resulta una gran dificultad para adoptar universalmente la creencia de que estas lesiones secundarias tienen un origen embólico. Posteriormente, Weber y otros han demostrado que algunas partículas, especialmente pequeños copos de pus pueden atravesar una serie de capilares y detenerse en la segunda; pero con esta explicación no nos da cuenta de muchas otras lesiones secundarias, especialmente de las de la pleura, la piel y las coyunturas.

Por otra parte, algunos han pretendido que el veneno es un miasma que no posee propiedades específicas, pero que existe siempre que la atmósfera contiene en exceso materias orgánicas que pueden atacar a los individuos al través de las heridas, de la boca, de los pulmones ó los intestinos. Este miasma que consiste en partículas secas de materia orgánica, células de pus, células epidérmicas y quizá gérmenes, nada en el aire y puede propagarse de uniforme á enfermo. Cuando estas partículas vienen en contacto con una herida inauguran en ella ciertos cambios que producen un material deletéreo absorbido por el organismo al través de las venas y de los linfáticos. Muchos observadores, en verdad, han demostrado que tales partículas existen en el aire de las salas de hospital y sostienen que éstas pueden absorberse por una herida abierta cualquiera. Según los sostenedores de esta doctrina, se deduce que la ventilación de las salas y la constante purificación del aire, es un elemento de suma importancia en la prevención de la piemia.

En favor de la opinión de que la materia tóxica se desarrolla en el pus en vía de descomposición, está la aparición frecuente de la piemia durante la supuración en lugares que favorecen la descomposición y retención del pus, así como la absorción de elementos morbosos por las venas adyacentes. Uno de los antecedentes más frecuentes de la piemia, es la osteo-mielitis. En esta afección, el pus se acumula en los intersticios del hueso y en las venitas que por su íntima relación con los canales óseos, no pueden contraerse; están constantemente bañadas por el pus, y prontas, por decirlo así, á recibir los materiales deletéreos que en él pueda producir la descomposición. Una vez que el material morbosico ha penetrado, las venas del hueso le transmiten á las venas sistémicas por medio de la libre comunicacion que, según Demarquay y otros, existe entre las dos series de vasos.

El doctor Burdon-Banderson, sin embargo, sostiene que el material morbosico de enfermedades contagiosas consiste en general, no en sustancias químicamente disueltas en los líquidos infectantes, sino en partículas pequesimas suspendidas en ellos, en organismos, en una palabra, á las cuales da el nombre de "microzimas." En las experiencias cuyos resultados han sido recientemente publicados en "Las Transacciones de la Sociedad Patológica," asegura que en todas las inflamaciones infectantes en los animales inferiores, los microzimas abundan en

los líquidos de exudación, y que las mismas formas se encuentran en la sangre de los animales con fiebre infectante. Afirma, ademas, que la intensidad de la acción del líquido infectante está íntimamente relacionada con el número y la actividad de los microzimas que contiene. En líquidos muy infectantes, los tallos aislados y sumamente pequeños del bacterium vibrio se encuentran; mientras que en los líquidos de inflamaciones crónicas y particularmente en el contenido de abscesos infectantes que han durado por largo tiempo, las formas de microzimas que prevalecen son esferoides, ampollitas y cadenas de bacterium varicosum.

Aunque el doctor Sanderson no dice que estos organismos son la causa de la infección purulenta ó que constituyan el contagio de la piemia, declara que no hay la menor duda de que por su presencia en el líquido exudativo, de cualquier modo que ésta se explique, modifican tanto las alteraciones locales como las constitucionales. A esto se ha objetado que si bien los microzimas existen en los líquidos infectantes de la piemia, su presencia no explica ni la naturaleza del veneno ni el modo como obra.

Los microzimas existen en abundancia en otros líquidos y aun se han considerado como causa excitante del tétano y de otras enfermedades, y no pueden, por consiguiente, ser la causa real y esencial de la infección piémica.

Habiendo considerado la materia de la *materies morbi* de la piemia y el modo como se desarrolla, investigaremos rápidamente cómo entra al organismo y produce sus efectos característicos. Como ya se ha dicho, el lugar común, si no constante de entrada, es en la superficie de una herida; pero no todas las heridas favorecen igualmente la admisión del elemento morbosico. Algunas heridas, aunque grandes, son comparativamente inofensivas, mientras que otras, aunque pequeñas, tienen gran tendencia á sufrir alteraciones anormales y convertirse en un centro del cual se propaga el veneno. Los resultados experimentales y clínicos, demuestran que por lo ménos son tres las vías por las cuales el veneno puede introducirse, á saber: las venas, los linfáticos y el tejido celular. Parece haber sido satisfactoriamente probado que las venas son las vías por las cuales penetra con más frecuencia el veneno; pero la prueba de la absorción por los linfáticos y el tejido celular es ménos concluyente. Desde los primeros tiempos se ha asignado á las venas un papel muy importante en la producción de la piemia, y aun hoy se consideran como la fuente y origen del mal. Antes se creía que una inflamación supurativa comenzaba en las venas vecinas de una herida, y que el pus así formado penetraba en la circulación general, y de este modo producía no sólo los efectos tóxicos sino tambien los mecánicos de la enfermedad.

Investigaciones recientes, sin embargo, han demostrado el error de esa explicación. Sabemos que la piemia no significa pus en la sangre: que la febricitis supurativa nunca existe y que aun el pus y las células puriformes que se encuentran en los trombos de las venas no son esenciales al envenenamiento de la sangre, sino fenómenos accidentales dependientes probablemente de la migración de los corpúsculos blancos. Parece que las venas tienen una parte comparativamente pequeña en la producción de la piemia. Es cierto que las experiencias y observaciones de Virchow han demostrado que los trombos alterados y desintegrados que se forman en las venas, pueden servir no solamente de vehiculo al veneno sino tambien detenerse en alguna parte del sistema capilar y producir las lesiones que se conocen como depósitos consecutivos é inflamaciones. Nada de particular, sin embargo, ofrece la formación de trombos en las venas de un enfermo que sufre de piemia; ellos son necesarios á la reparación normal, pero en la piemia, en lugar de pasar por las modificaciones de ésta, generalmente se reblanecen y desintegran, sin que esto sea constante, pues en el cadáver el examen más cuidadoso puede no descubrir la desintegración del coágulo.

(Concluirá.)