

Archivos del Hospital Rosales

DIRECTOR Y REDACTOR,
DOCTOR GUILLERMO TRIGUEROS.

AÑO X

San Salvador: Julio, Agto. y Stbro. de 1916 NOS. 110, 111 Y 112.

CONTENIDO

Un caso de ciática radicular, de origen luetico?. *Observación recogida por el alumno de Clínica Médica, don Federico G. Maison y revisada por el profesor de la asignatura, doctor Luis V. Velasco.*—Anestesia Obstétrica, por el doctor José Azurdia.—Incompatibilidades, por el doctor G. Trigueros.—Angio-Colecistitis Calculosa supurada. *Observación recogida en el tercer servicio de Medicina del Hospital Rosales, por el alumno Federico G. Maison y revisada por el profesor de Clínica Médica, doctor Luis V. Velasco.*—Revista de la Prensa Profesional.—Correspondencia.—REPRODUCCIONES: La Analgesia en el parto normal.—Un nuevo método terapéutico. La Centroteapia.—Bibliografía.

UN CASO DE CIÁTICA RADICULAR DE ORIGEN LUETICO?

Observación recogida por el alumno de Clínica Médica, don Federico G. Maison y revisada por el profesor de la asignatura, doctor Luis V. Velasco.

Tomás Martínez, de 54 años, carpintero, natural de San Vicente, ingresó al Hospital Rosales el día 14 de junio próximo pasado a curarse de un dolor en la rabadilla y en el miembro inferior derecho.

Antecedentes hereditarios. Su padre vivió 105 años y fue sano toda su vida. Murió de fiebre. Su madre padeció de cólicos y no da detalles, pues murió hace 48 años. Tiene cuatro hermanos, todos sanos. Tuvo tres hijos, de los cuales murió uno de *alferecía*. Su mujer nunca tuvo abortos. Interrogado acerca de sus demás familiares, no se encuentra nada de importancia.

Antecedentes personales: En su primera infancia fue sano. A los once años padeció de frios y calenturas cada dos días durante seis meses y se le curaron con sulfato de quinina. A la edad de 15 años tuvo una fiebre

con dolor de costado y expectoración; hace notar que el dolor de costado era tan intenso a veces, que le cortaba la respiración; que la fiebre le salió a los diez días y él atribuye a la debilidad el haber estado como un mes en el lecho. A la edad de 25 años tuvo un accidente genital que hemos calificado de chancro. Y a los 42 años de edad, con motivo de un enfriamiento, tuvo un ataque brusco, con pérdida de conocimiento, que le tardó dos horas.

Desde entonces no ha vuelto a padecer de nada hasta a fines de abril de este año, que le principió la enfermedad de que se queja.

Historia. En abril de este año, a la ocasión de levantar unos adobes, sintió un dolor brusco en la rabadilla, pero no muy intenso, pues pudo continuar su trabajo. Dice que al principio fue exclusivamente localizado a la rabadilla; pero que en la noche, estando acostado, se le exacerbó, por lo cual no pudo dormir durante toda la noche; así continuó hasta el cuarto día que ya pudo levantarse de la cama, pero con mucha dificultad, teniendo que usar bordón. En la cama se mantenía extendido é inclinado hacia el lado izquierdo, con el muslo derecho apoyado sobre un cojín para mantener el miembro en semi-flexión, pues todo movimiento de extensión o de flexión le aumentaba vivamente los dolores. Para sentarse inclinaba el cuerpo hacia el lado izquierdo y tomaba la extremidad derecha con las manos, y para marchar usaba el bordón al lado derecho para apoyar el cuerpo sobre él. Para quitarse el zapato del pié derecho lo hacía con el pié izquierdo, para no verse obligado a doblar el muslo. Así estuvo durante ocho días, con el dolor permanente, que se le exacerbaba al menor movimiento. Enseguida estuvo un poco mejorado y ya no le fué posible volver al trabajo porque aunque andaba bien, sin necesidad de bordón, el dolor siempre lo tenía y con el menor falso paso le aumentaba.

Dos meses después, a principios de junio de este año, le volvió a aumentar con la misma intensidad del

principio y en cuanto pudo se vino al Hospital. Como del pueblo donde estaba a la primera estación del ferrocarril hay dos leguas de distancia, hizo este trayecto a pie, tardando un día entero.

En la noche del día que vino al Hospital se le aumentaron de nuevo los dolores y así estuvo durante varios días, sintiendo notable mejoría con las medicinas que ha tomado, quedándole solamente un dolor sordo que le aumenta á la ocasión de los movimientos o es provocado por la presión.

EXAMEN SOMATICO

En su lecho mantiene una actitud indiferente. Estatura mediana. Buena conformación del esqueleto. No hay enflaquecimiento.

Cara, lengua, velo del paladar, cuello y tronco: no hay trastornos motores ni tróficos; sensibilidad y reflectividad: normales. No hay puntos dolorosos.

Miembros superiores: normales.

Miembros inferiores: derecho: no hay trastornos de la motilidad. *Trofismo:* hay atrofia del muslo y pierna derecha: en el muslo, comparada con el lado opuesto hay cuatro centímetros menos de circunferencia a 25 centímetros arriba de la interlínea articular fémoro tibial. En la pierna del mismo lado hay dos centímetros menos que en la del lado opuesto a 25 centímetros arriba del maleolo externo. Hay también atrofia de la parte infero externa de la nalga del mismo lado y un descenso del pliegue glúteo correspondiente. No hay adiposis subcutánea y la piel no es violácea ni lustrosa y no se encuentran elementos zosteriformes. La temperatura local está disminuída en todos los segmentos del miembro inferior, principalmente al nivel de la gotera inter-isquiotrocanteriana, donde se da cuenta el enfermo. Hay dolor

á la presión del nervio ciático y se encuentran todos los puntos de Valleix.

Miembro inferior izquierdo: Normal.

Sensibilidad: Al tacto, calor y frío: normal. Al dolor: hay hipoestesia en todo el miembro inferior derecho; en el miembro inferior izquierdo y en el resto del cuerpo: normal ésta última.

Reflectividad: Aquiliano derecho: normal; izquierdo: normal; Patelar derecho: exagerado; izquierdo: normal; Cutáneo plantar derecho: disminuído; izquierdo: normal; Cremasteriano derecho: exagerado; izquierdo: normal. Abdominales: normales. Reflejos superiores: normales. No hay clonus del pié ni de la rótula. No hay Babinsky. No hay signo de Schaffer, ni de Gordon, ni de Oppenheim. Maniobra de Laségue, positiva; de Bonnet, positiva. Maniobra del signo contro-lateral de Moutard Martín: positiva. La percusión fuerte de los músculos gemelos produce una contracción más marcada del lado enfermo.

Cabeza: Conformación: normal; no hay estigmas de degeneración. Cuero cabelludo: sano; no hay alopecia.

Facies: Aspecto seborreico. Hay asimetría de la cara.

Ojos: No hay ptosis de los párpados. No hay trastornos de la musculatura extrínseca. Conjuntiva: se nota vascularización y pterigiones internos en ambos lados; reflejo conjuntival: normal. Córnea: aspecto, normal; no hay queratitis ni opacidades; reflejo corneano: normal. Pupila: reacciona a la luz; no hay miosis ni midriasis. Reacciona también a la acomodación.

Boca: Labios, dientes, velo del paladar y fauces: nada anormal.

Cuello: Forma: normal. Hay ligera hipertrofia de los lóbulos mediano y lateral izquierdo del cuerpo tiroides.

Tórax: Simétrico. Infundibuliforme. Buena excursión respiratoria.

Pulmones: No hay nada patológico.

Espacio de Traube: Libre.

Corazón: La punta late en el 4º espacio intercostal izquierdo, hacia adentro de la línea mamilar. Tonos limpios.

Arterias periféricas: Pulso: 72 pulsaciones por minuto. Tensión: disminuída: máxima 13; mínima 7. Ritmo: normal. No hay endurecimiento, ni saltos, ni sinuosidades.

Abdomen: Paredes lisas sin ingurgitaciones venosas y fácilmente depresibles. Se nota una cicatriz transversal en el flanco derecho. No hay adiposis subcutánea.

Higado y Bazo: Normales.

Organos genitales: Pene: hay una cicatriz en la parte superior y media del forro que no presenta induración. No hay escurrimiento uretral: Próstata: normal.

Vejiga: Normal.

Micción y defecación: No hay trastornos funcionales. Cantidad de orina: 1,500 gramos en 24 horas. Hace una deposición al día de caracteres normales.

Psiquismo: Normal.

DIAGNOSTICO

En presencia de un enfermo que se queja de dolores en la región lombo-sacra y atrás de las extremidades inferiores, en lo primero que se debe pensar, es en una neuralgia del nervio ciático y con más razón si se atiende a que es la más frecuente después de la intercostal. Por otra parte, el nervio ciático, siendo el más voluminoso de todo el organismo, se explican la multitud de causas que lo pueden afectar; pero no nos deben bastar estos datos para hacer el diagnóstico y un examen minucioso se impone insistiendo sobre las maniobras clásicas susceptibles de ponerlo en evidencia. En este enfermo, como vimos en el examen, son positivas las maniobras del signo de Laségue, del de Bonnet y del signo contro-lateral; vimos también que son positivos

todos los puntos de Valleix; que hay atrofia muscular en el muslo y en la pierna del lado enfermo y en la nalgua del mismo lado con descenso del pliegue glúteo; que hay disminución de la temperatura local en todo el miembro y modificaciones de la sensibilidad y de los reflejos, contrastando con la integridad del lado opuesto.

Siendo ésta una ciática que podemos llamar clásica, nos bastaría con los signos cardinales antes mencionados; pero queremos insistir sobre algunas afecciones que pueden presentar cuadros parecidos, y por lo mismo prestar-se a confusión.

En el *reumatismo muscular*, las sensaciones dolorosas abarcan las masas musculares. Las regiones atacadas nunca siguen el trayecto del ciático y tienen predilección por las masas sacro lombares y por los músculos del hombro; y como lo hace notar Valleix «en el reumatismo muscular el enfermo muestra su dolor con la mano, mientras que él indica con su dedo el trayecto del ciático». Cabe aquí hacer mención del *lumbago* que hoy está conceptualizado por algunos como de origen reumático y cuya sintomatología tiene algunos caracteres comunes con los fenómenos iniciales que encontramos en la historia de este enfermo: brusquedad del principio; despertar del dolor a la ocasión de un esfuerzo; localización exclusiva sobre las masas lumbo-sacras; pero los fenómenos dolorosos acusados por la noche y en todo el curso de la enfermedad hasta la fecha, no están de acuerdo con los caracteres del lumbago, que aunque es tenaz y se acompaña de crisis paroxísticas, los dolores se localizan exclusivamente a las masas lumbo-sacras y en particular a los espacios intervertebrales. En este caso, los dolores han sido unilaterales y se han extendido a la extremidad inferior, como lo prueban las actitudes tomadas por el enfermo, sobre las cuales insistimos y narramos con detalles a propósito de la historia.

La *artritis coxo-femoral*, sobre todo cuando se acompaña de fenómenos inflamatorios propagados al nervio ciático, se diagnostica por dolores a la ocasión de los diver-

esos movimientos del miembro, independientes de los que provocan las maniobras del signo de Laségue y de los puntos de Valleix.

El *histerismo*, puede producir fenómenos dolorosos con contracturas de los músculos vecinos, pero aquí no hay ningún estigma de histeria y los fenómenos tróficos indican que hay una afección orgánica.

En la *psóitis* es clásica la actitud del miembro en flexión.

Admitido que es una ciática, veamos cuál es la forma, que puede ser *neurálgica* ó *neurítica* y en seguida la variedad de ella: *radicular* o *troncular*, según la localización anatómica.

Por las primeras manifestaciones dolorosas que no fueron intensas desde el principio, pues el enfermo pudo continuar su trabajo; por la ascensión progresiva del dolor, que no llegó a su máximo sinó hasta en la noche; por las censaciones molestas entre los accesos dolorosos, pues nuestro enfermo siempre ha tenido conciencia de su mal fuera de las crisis dolorosas; por la tenacidad de la afección; y sobre todo por la existencia de trastornos tróficos, admitimos sin ninguna duda que es una *ciática neurítica* y no de forma *neurálgica*, la que puede resumirse así: brusquedad del principio, que llega de conjunto a su máximo de intensidad; intensidad de los accesos dolorosos; calma absoluta entre ellos; curación rápida y ausencia de trastornos de la nutrición del lado enfermo.

Con respecto a la variedad anatómica, diremos que no es *troncular* por la presencia de trastornos de la sensibilidad y de la reflectividad: y aunque pueda haber trastornos de la sensibilidad en la ciática troncular, éstos se limitan a las ramas terminales; en la ciática *troncular*, se ve que ellos se localizan exclusivamente a la mitad externa de la cara anterior de la pierna, a la cara externa y a la parte externa de la cara posterior, comenzando al nivel de la rótula. Más abajo se ve que ocupan todo el pie, salvo su borde interno y el borde interno del grueso artejo. En nuestro enfermo hay una hipoestesia generalizada a todo el muslo, pierna y pie.

Y los reflejos nunca están modificados.

En cambio, en la ciática *radicular*, que es el caso presente, los trastornos sensitivos ocupan el primer orden y éstos no solamente se localizan al pie y a la pierna sino que abarcan todo el miembro y afectan una distribución en bandas paralelas al eje de este; pero esto depende de las raíces tomadas: cuando están afectadas todas, es decir: la 5ª raíz lumbar y las cuatro primeras sacras, que forman la casi totalidad del nervio ciático, se encuentran modificados en *bloc* todos los segmentos del miembro: muslo, pierna y pie.

Con respecto al tipo de sensibilidad, lo que se observa a menudo es la alteración de la sensibilidad de un solo tipo y bajo todos sus modos. Por ejemplo: se encuentra exclusivamente sobre el mismo enfermo: sea la anestesia, sea la hiperestesia, sea la hipoestesia y excepcionalmente las asociaciones de estos diferentes tipos.

Los reflejos se encuentran modificados y casi exclusivamente del lado de la ciática.

Los puntos de Valleix son a menudo incompletos, pero cuando están tomadas todas las raíces se nota la generalidad de ellos y solamente cuando la 3ª sacra es intacta los puntos de Valleix son incompletos.

La escoliosis homóloga existe generalmente pero pueda faltar. En nuestro caso es dudosa.

Solo nos queda la causa, que es lo más importante, puesto que en ello estriba la eficacia del tratamiento.

Hemos insistido sobre las causas más frecuentes: sífilis, reumatismo, tuberculosis, paludismo, etc., y no hemos encontrado ninguna y por orden de frecuencia nos debemos ir a la sífilis. Pero en este caso, aunque hubo un accidente genital, éste revistió todos los caracteres de un chancro blando y en todos los 29 años que hace que lo tuvo, no ha habido ningún accidente y al examen no se encuentran ni infartos ganglionares, ni cicatrices de gomas o de sífilides terciarias, ni leucoplasia, ni perforaciones del velo del paladar, ni deformaciones óseas. Pero en la ausencia de estas manifestaciones, no

podemos excluir la etiología sífilítica, porque en numerosos casos, la ciática es la única manifestación que revela el ataque del treponema; y se ven muchos enfermos, que rebeldes a todo tratamiento, se curan con el tratamiento específico. Dieulafoy fué un ciego partidario de esto y decía que solamente los dolores nocturnos bastan para pensar en la sífilis.

La mayor parte de los autores están de acuerdo con estas razones y admiten: que todo individuo que ha tenido un accidente genital debe considerarse como sospechoso de sífilis; que toda ciática que no ha «hecho su prueba» debe considerarse como sífilítica; y que se debe creer más en el origen luético de una ciática que no ha hecho su prueba, que en el origen tuberculoso de una pleuresía, sero fibrinosa a *frigore* que no ha hecho su prueba.

ANESTESIA OBSTETRICA

Para los "Archivos del Hospital Rosales".

En mi práctica médica en el Asilo de Dementes de Guatemala, inicié y obtuve el mejor éxito del empleo hipodérmico sistemático de la hioscina y morfina asociadas en el tratamiento y curación de diferentes delirios agudos y crónicos de las vesanias. En unos apuntamientos presentados a la Sección de Psiquiatría del V Congreso Médico Pan Americano reunido en Guatemala en 1908, condencé mis observaciones copiladas hasta entonces y expliqué el valor innegable de usar sistemática y metódicamente la hioscina-morfina en algunos delirios de las enfermedades mentales.

Me trae este recuerdo el uso constante que los comadrones ingleses, mejor dicho los escoceses de las maternidades de Edimburgo (ciudad famosa en Europa

por su especialidad en Obstetricia) hacen hoy de la escopolamina-morfina durante el trabajo del parto.

Es bien sabido que fué Sir James Simpson, de Edimburgo, el primero en aplicar un anestésico a fin de que el parto se verificara sin dolor. Pasó esto en 1847 y fué el éter del anestésico elegido, no obstante ser Simpson el descubridor del cloroformo, droga ulteriormente preferida por él mismo por más activa, más agradable y más fácil de llevarse. Desde entonces el cloroformo domina universalmente entre todos los prácticos la anestesia durante el trabajo del parto.

El uso en Edimburgo de la escopolamina-morfina va asociado al del cloroformo, y la diferencia de opiniones en cuanto al éxito logrado, depende de los cuatro procederes seguidos y que pueden resumirse así:

a) Uso hipodérmico de la escopolamina - morfina de acuerdo con las condiciones y susceptibilidad de la paciente, y regulando con prudencia y excesivo cuidado las dosis y la cantidad total de la droga que debe emplearse.

b) Aplicación sistemática y metódica de las inyecciones de hora en hora, mantenida hasta dos horas antes del parto si fuere preciso.

c) Empleo de la escopolamina-morfina durante la primera fase del trabajo, para terminarlo — durante la segunda — con cloroformo.

d) Aplicación de una o dos inyecciones de escopolamina-morfina, seguida del empleo de escopolamina únicamente.

El cloroformo debe aplicarse al fin del trabajo en la intensidad de los dolores.

Deben apreciarse de antemano todas las contraindicaciones generales y locales — renal y hepática — a fin de evitar enojosas sorpresas.

Y aparte de las elementales contraindicaciones inherentes a toda anestesia, los dos puntos controvertibles del método, el del daño que pueda sufrir la paciente y el del que pueda sufrir el niño, han sido victoriosamente prevenidos por los comadrones de Edimburgo.

La paciente no sufre por la aplicación del método. Este es el franco sentir de los comadrones que han logrado propagar su sistema atrayendo una numerosa clientela que acude, no sólo de aquella ciudad escocesa, sino a Poppleton, en Yorkshire, en donde hay un establecimiento especial dedicado a aplicarlo. Se ha esparcido con el nombre de *sueño crepuscular*, twilight sleep, y lo aprovechan las madres de Inglaterra, Irlanda y Escocia, considerándolo como una verdadera bendición para la maternidad.

En el "Edimburg Medical Journal", Sir Halladay Croom, partidario entusiasta del *sueño crepuscular*, afirma que en sus ocho últimos años de práctica obstétrica le ha dado benéficos resultados.

El estado de la paciente bajo la influencia de la droga puede compararse al de una persona a quien se despierta repentinamente a media noche, se la interroga y contesta; pero no puede a la siguiente mañana recordar nada de lo ocurrido. En contados casos la púérpera recuerda algo del trabajo y de los dolores sufridos. La amnesia es completa y ella es el índice de aplicación de la escopolamina-morfina. Mantenido la paciente bajo el poder de la droga, se comprueba de hora en hora, de tiempo en tiempo la claridad de la memoria, repitiéndose la inyección a medida que el recuerdo subsiste hasta lograr que la amnesia sea evidente. En el 75 por ciento de los casos el beneficio ha sido seguro. No hay que olvidar, — como ocurre en todos los sistemas de cualquier índole que sean, — que puede fallar, sin que en todo ello haya más peligro que el de la negligencia del comadrón en no vigilar a su enferma durante el proceso hipnótico, o no haber investigado cuidadosamente las condiciones actual y anterior de la mujer para darse cuenta de las consiguientes contraindicaciones.

Cuando el trabajo es lento y se prolonga por más de las 12 horas clásicas, ha podido mantenerse a la púérpera hasta tres días bajo la influencia del hipnótico, en cuyo lapso de tiempo ejecuta todos los actos medio

dormida, en un estado de automatismo inconsciente con insensibilidad: Se alimenta, se baña y se acuesta a la paciente sin que ella se entere de ello. Y he aquí una de las tachas que los opositores le ponen al sistema, la necesidad de una vigilancia médico-obstétrica constante, de que puede prescindirse cuando se aplica el cloroformo sólo y al fin del trabajo únicamente. La droga en cuestión resuelve para la mujer el problema del trabajo íntegro sin dolor, poniendo a raya los sufrimientos desde que se anuncian, sin dejar que se sientan en lo más mínimo ni en las dos últimas horas del parto, por la aplicación sistemática en ese entonces del cloroformo.

La mujer ve siempre en el parto la amenaza de la vida no por las dificultades del alumbramiento y por los riesgos de una infección, cosas de que ella no se da cuenta ni puede apreciar, sino por las inauditas torturas del dolor y más aún del dolor sin remedio. La práctica de la cirugía sin la anestesia actual, sería imposible. Prevenido el dolor, la realización de las grandes y más difíciles operaciones han sido el corolario del progreso quirúrgico.

El empleo de la escopolamina-morfina asociada al cloroformo como queda explicado, proporciona la garantía de una anestesia que, bien dirigida y bien vigilada, es práctica y satisface los más vehementes deseos de la madre. En tales circunstancias no hay peligro, y casos ha habido en que la mujer no se ha dado en lo absoluto ninguna cuenta del parto hasta que se le advierte el feliz alumbramiento al despertar de un sueño largo y prolongado en que se le ha mantenido sumida de propósito.

Cuando hay necesidad de usar las inyecciones hasta dentro de las dos horas antes del parto precisamente, puede el niño nacer en un estado de estupor por influencia de la droga. Este estado alarma a los que no tienen el hábito de emplear el método. En concepto de los prácticos experimentados puede esperarse tranquilamente y sin temor que pase la acción hipnótica por sí sola. Sir Halladay Croom, antes citado, dice, que la mortalidad

de los niños es apenas de 2.15 por ciento, aún calculando que el método pudiera por sí solo ser perjudicial al niño.

Posible es que la práctica demuestre la necesidad además de la utilidad de este sistema anestésico, haciéndolo imprescindible. A ello ha de contribuir no solo el deseo de todas las madres de parir sin dolor, sino el concepto vital de que éste hace perder fuerzas, agota a la paciente y en ocasiones exige una intervención operatoria que podrá evitarse una vez prevenido totalmente el dolor.

DR. JOSÉ AZURDIA.

Liverpool, Agosto de 1916.

INCOMPATIBILIDADES

POR EL DOCTOR G. TRIGUEROS.

EL BICARBONATO DE SODA Y LA PEPSINA

Hay una incompatibilidad de todos admitida y que parece fuera de discusión, esta es la del bicarbonato de soda con la pepsina.

Con todo, menudean las fórmulas en las que aparecen asociadas esas dos sustancias.

Herzen, por ejemplo, nos recomienda ésta: «Pepsina, Pancreatina, Bicarbonato de soda, Magnesia calcinada \overline{a} a 0,20.

No sólo al bicarbonato de soda va asociada la pepsina sino también a otro alcalino, la magnesia calcinada; esta fórmula sería pues detestable, y sin embargo es recomendada por una autoridad como Herzen.

Huchard recomienda otra: Pancreatina—Pepsina—Bicarbonato de soda \overline{a} a 4 gramos. Para 12 obleas.

Otra autoridad, el profesor Robin, recomienda en las dispepsias, para usar por la vía intestinal la fórmula siguiente: Solución saturada de peptona de carne 60 gr. Bicarbonato de soda 0,30. Pepsina 0,50. Pancreatina 0,25. Láudano de Sydenham 3 gotas. Agua hervida 200. En estas fórmulas aparece la pepsina y desde luego se le debe considerar desempeñando algún papel; pero no va asociada a un ácido, sino al bicarbonato de soda, es decir a un alcalino y por consiguiente, si hemos de ser consecuentes con los principios clásicos, debemos rechazarlas como malas por que, como dice Soulier, la opinión clásica es que la pepsina no reacciona sobre los albuminoideos sino en presencia del ácido clorhídrico.

Cómo explicarse pues que a pesar de ser bien conocida la incompatibilidad, profesores notables asocien la pepsina a los alcalinos?

En primer lugar debemos recordar que no es lo mismo un recipiente de experiencias que el estómago, y que éste no es lo mismo en un sano que en un enfermo.

El bicarbonato de soda es un medicamento que se usa generalmente, y se ha usado sin recordar que tiene acciones diferentes según sus dosis, y que no es indiferente aconsejarlo para un estómago bueno como para uno enfermo. Si algún medicamento hay que sea popular es este; pero también su indicación terapéutica racional es bien difícil.

Los autores se preguntan cuándo hay que aplicar bicarbonato de soda y cuándo ácido clorhídrico? La resolución de este problema no es nada sencillo sino para aquellos que primero administran bicarbonato de soda, y si no se obtiene el resultado deseado aconsejan la medicación ácida. Terapéutica de tanteo, que es la que puede sacar del apuro cuando no se cuenta con los medios necesarios para fundar un diagnóstico racional desde el principio.

Para ver si la asociación de pepsina y bicarbonato de soda tiene o no razón de ser debemos recordar la manera de obrar de cada una de estas sustancias.

Comenzaremos por referirnos a los alcalinos a cuya cabeza figura el bicarbonato de soda.

Lo que parece racional es que éste al llegar al estómago, que contiene jugo gástrico ácido, sufra una descomposición, resultando cloruro de sodio por una parte y por otra lactato de soda; hay pues, en otros términos, una neutralización; pero esto sucedería en un estómago con funcionamiento normal, y no es correcto sacar conclusiones generales de allí para que sirvan de fundamento a métodos terapéuticos. Por otra parte desde la antigüedad se conoce, por experiencias de valor, que el bicarbonato de soda tiene una acción sobre la acidez y sobre la cantidad de jugo gástrico.

Ha quedado confirmada la neutralización del jugo gástrico por el alcalino; pero hay un hecho bien reconocido y es que después el contenido gástrico tiende a tomar su acidez normal; y Richet llega hasta afirmar que hay una exageración de la secreción gástrica. De acuerdo con este principio están las conclusiones de Jaworski, Geigel y Abend quienes han llegado a sentar este concepto: *el bicarbonato de soda a pequeñas dosis aumenta la secreción del HCl*. Linossier y Lemoín han confirmado tal idea, la que es ya un principio clásico.

Hay que tener también en cuenta el momento de tomar el bicarbonato de soda; si se toma un cierto tiempo antes de las comidas y a pequeñas dosis, hay excitación de la secreción del ácido clorhídrico gástrico; no sucede lo mismo si se toma durante la comida; todo lo contrario puede suceder. Si la dosis del bicarbonato de soda es suficiente concluye por neutralizar la secreción primitiva. Estas son las conclusiones clásicas adoptadas por Manquat.

De aquí nacen las dosis a que debe usarse el bicarbonato de soda, en relación con el síntoma que se combata; por eso es que Huchard y Fiessinger nos dicen al respecto: «Como todos los grandes medicamentos, como la digital, por ejemplo, el bicarbonato de soda debe ser manejado con conocimiento de causa y con

prudencia siguiendo una posología diferente según el efecto que se quiera obtener».

Linossier y Lemoine han establecido desde 1893 que el bicarbonato de soda obra siempre como excitante de la secreción gástrica cualquiera que sea la dosis empleada, y únicamente hay que saber que esta excitación está en razón inversa de la riqueza de la secreción gástrica en HCl.

A esto debemos agregar que Blondlot y Claudio Bernard han demostrado que el bicarbonato de soda a dosis pequeñas excita la secreción gástrica y aumenta el apetito. Hayem y Gilbert llegan a la conclusión de que el bicarbonato de soda tiene una acción excitante de la secreción gástrica, tomando a pequeñas dosis y antes de las comidas, y una acción depresiva de esta secreción cuando es tomado a grandes dosis, al tiempo de las comidas, o después de éstas.

Las conclusiones de Linossier quedan comprendidas en estas dos leyes:

1ª Hay una alcalinización inmediata, total o parcial, según la dosis, del contenido gástrico: esta es la acción química del medicamento. Se produce en el estómago como se produciría en un vaso de experiencia; ella no admite objeción.

2ª Por efecto de esta alcalinidad producida, la mucosa reacciona: esta es la acción fisiológica. Consiste siempre en una excitación de la secreción.»

El bicarbonato de soda tiene pues dos acciones principales, fuera de otras que no carecen de importancia, y esto lo hace recomendable ya en la hipopepsia o ya en la hiperclorhidria, empleando desde luego o la dosis excitante o la dosis neutralizante.

Volviendo a la asociación del bicarbonato de soda y la pepsina podemos decir que la incompatibilidad no existe sino aparentemente. En efecto si la pepsina se asocia a pequeñas dosis de bicarbonato de soda que deben tomarse antes de los alimentos, habrá una secreción gástrica rica en HCl y la pepsina se encontrará

en un medio ácido natural, que es preferible al medio ácido artificial que se trata de crear asociándolo al HCl medicinal; en vez pues de haber una incompatibilidad hay una indicación racional

A esto se podría objetar que el tiempo que permanece la pepsina en contacto con los alimentos en el estómago no se puede apreciar, y que en el momento en que la secreción excitada aparezca, el bolo alimenticio puede haber pasado al intestino, ya que el bicarbonato de soda tiene otra acción, cual es la aceleración de la evacuación del contenido estomacal. Pero esto no se debe tomar en cuenta porque la secreción excitada aparece en breve tiempo, según lo demuestran las experiencias de los autores que se han ocupado del asunto; además la acción evacuadora está en razón directa con la cantidad de ácido clorhídrico del jugo gástrico, y así lo declaran Paul Aubourg y Henri Lebon cuando afirman que «el bicarbonato de soda manifiesta una acción excito-motriz directamente proporcional a la intensidad de la secreción glandular».

Binet ha demostrado la acción excito-motriz y evacuadora del bicarbonato de soda; pero esta acción sería tardía comparativamente a la acción excito-secretoria.

De manera pues que para que la acción excito-motriz del bicarbonato de soda se verifique es necesario que la secreción excitada se haya verificado.

Tal vez se tendría más razón en declarar la asociación del bicarbonato de soda con la pepsina como inútil, ya que el valor terapéutico de la pepsina ha decaído mucho. Al entusiasmo de Corvisart ha sucedido el excepticismo de Dujardin-Beaumez y de German See».

Se fundan los que dudan de la acción de la pepsina en que aun en los casos de apepsia no falta en el estómago la pepsina; pero esto que se admite generalmente no siempre es cierto pues en las investigaciones de Kövesi, en 27 casos de anaclorhidria, 13 veces ha faltado por completo la pepsina.

A las opiniones de Bourget y de Georges, que declaran que la pepsina ninguna acción tiene en el proceso digestivo, podemos oponer la de Hayem, quien observando más detenidamente ha descubierto que la pepsina asociada al ácido clorhídrico hace reaparecer el ácido clorhídrico libre que faltaba por completo en ciertos casos de hipopepsia, acción que no la tiene el ácido clorhídrico medicinal dado aisladamente.

Robin queda en el número de los que creen aún en los buenos efectos de la pepsina.

Los resultados que Hayem ha obtenido nos hace preguntarnos, cómo es que obra la pepsina, cuya acción es tan dudosa para muchos autores?

Cómo poder conciliar estas opiniones contradictorias? No estará demás recordar que la opoterapia nos presenta en sustitución de la pepsina compuestos más complicados como son la gasterina de Fremont y la dispeptina de Hepp, cuyas acciones terapéuticas deben ser parecidas a la de la pepsina.

Nos parece que ésta tiene su acción propia, la que podríamos explicarnos admitiendo que esta sustancia obra como una hormona. Ya Edkins ha comprobado que existen hormonas pilóricas, las que producen una secreción de las glándulas pilóricas. También son conocidas ya las hormonas peristálticas con las que Zulzer, Dorhn y Max, según un trabajo presentado a la Sociedad de Medicina de Berlín en noviembre de 1908, han determinado una onda peristáltica que comienza en el duodeno y se propaga al recto.

Este concepto de que la pepsina obra a la manera de una hormona explicaría los resultados a que ha llegado Hayem.

Se ha estudiado en la pepsina artificial la acción eupéptica que tiene, es decir la acción sobre las materias proteicas y sobre la caseína, la que, según el concepto clásico fundamental, no puede verificarse sino en un medio ácido y nunca en uno alcalino; sobre tal punto es en lo que hay disparidad de opiniones siendo

la mayoría en sentido de que la pepsina artificial es inútil, como ya lo hemos visto.

Pero los adelantos modernos nos presentan las hormonas y la manera de obrar de estas, y desde entonces parece que la pepsina tiene su razón de ser en terapéutica.

Bayliss y Starling han estudiado esa función en la *secretina*, Paulow conocía el fenómeno y se lo explicaba admitiendo esta coordinación debida a un reflejo nervioso, lo que era no más que un reflejo humoral como lo probaron Bayliss y Starling inyectando una maceración ácida de mucosa duodenal en las venas, la que producía una secreción pancreática abundante, y modificaba también la secreción biliar y la duodenal.

La secreción pancreática, como se sabe es intermitente, y es provocada por la presencia de la papilla gástrica ácida en la mucosa duodenal; cuando la acidez disminuye, la secreción disminuye, de donde la conclusión de que la acción estimulante está en razón directa con el grado de acidez de la sustancia excitadora, hecho por el cual se podría pensar que era el ácido el que provocaba la secreción; pero no sucede así porque la inyección directa en la sangre de una solución ácida no produce ninguna secreción, y lo contrario se verifica cuando se inyecta una maceración de la mucosa duodenal. Cuál sería pues la sustancia excitadora? Se ha creído que esta sustancia se ha formado en la mucosa duodenal bajo la influencia del ácido, y que obra indudablemente de una manera directa sobre las células glandulares. A esta sustancia excitadora es a la que los fisiólogos ingleses Bayliss y Starling han llamado *secretina*.

La pepsina, por qué no podría obrar a la manera de la *secretina*? E. Gley nos dice que existe entre el estómago, el duodeno-yeyuno y el páncreas íntimas relaciones funcionales. Además sabemos que la *secretina* no se forma como tal sino como una prosecretina que se transforma en *secretina*, en presencia del medio ácido.

En el estómago pasa algo semejante; ya hemos visto que existen sustancias éxito secretoras como los extractos de mucosa pilórica que inyectadas en las venas de un animal provocan la secreción de las glándulas gástricas. Se sabe también que las glándulas estomacales no secretan directamente la pepsina sino la propepsina que en presencia de un medio ácido se transforma en pepsina.

Como conclusión podemos repetir pues que no hay incompatibilidad entre el bicarbonato de soda y la pepsina, cuando el alcalino está en pequeña cantidad y se dan antes de las comidas, porque en estas condiciones el bicarbonato de soda provoca una secreción gástrica, en el estómago enfermo se entiende, y esta secreción tiene una riqueza variable de ácido clorhídrico, y por otra parte la pepsina obrando como una hormona provoca la secreción de una propepsina, la que en presencia del medio ya ácido se transforma en pepsina. La asociación aludida sería pues más bien recomendable por las razones que dejamos expuestas.

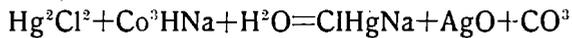
EL BICARBONATO DE SODA Y EL CALOMEL

La antiseptia intestinal fue una de las conquistas del siglo pasado, y tras de la idea de destruir los gérmenes infecciosos se ha usado varios medicamentos más o menos alabados; pero de todos el que parece tener un valor más acentuado es el calomel. Bien sabido es cómo los norteamericanos tienen especial predilección por ese mercurial; a ellos los secundan los médicos brasileños, que dicho sea de paso, van a la vanguardia de la civilización americana, ocupando la misma línea de los argentinos. El calomel ha sido acompañado de otras sustancias para reforzar su acción. Gras de New York recomienda mucho la asociación del calomel al salol.

El Dr. Benjamín Moss, eminente médico brasileño, autor de una preciosa monografía sobre diarreas infantiles, entre otras obras importantes, usa también el calomel adoptando su asociación con el bicarbonato de soda.

La incompatibilidad química de esa asociación fue advertida y una célebre discusión se suscitó entre los farmacéuticos y algunos médicos brasileños.

El farmacéutico Jovelino Minero demostró la incompatibilidad de los dos medicamentos en presencia de cualquier porción de agua. La fórmula química como se verifica la descomposición es la siguiente:



De manera pues que el calomel y el bicarbonato de soda en presencia del agua da lugar a la formación de un cloruro doble de mercurio y sodio, más un óxido negro de mercurio. Hay pues una incompatibilidad química; pero ésta es la que se aprovecha en terapéutica, porque de tal asociación no se desprende ningún perjuicio y sí beneficios. Así es como el profesor C. E. Boyntom dice: “En mi clínica nunca administro ácidos cuando receto calomelanos, pero siempre acompaño el carbonato de potasa o de soda”.

Esa asociación nació del deseo de sustituir la lactosa, que generalmente se junta al calomel, por una sustancia que no fuese un medio de cultivo microbiano, como es la lactosa.

Hay más, el bicarbonato de soda hace mejor tolerable al calomel por la mucosa gástrica, y al mismo tiempo asegura más su poder antiséptico.

A este respecto el Dr. J. A. Riviere en un artículo publicado en el *British Medical Journal*, sobre el mismo tema dice entre otras cosas “Yo estoy acostumbrado a asociar el bicarbonato de soda al calomelano porque noto aumento en la tolerancia gástrica con el uso de esta asociación. El calomelano en presencia del bicarbonato de soda en el estómago es talvez transformado en un

compuesto mercurial de tales propiedades moleculares, que su penetración intra-celular sea garantizada como efectos antibacilares, antitóxicos y antisépticos”.

El calomel asociado al bicarbonato de soda constituye pues una incompatibilidad química, pero no constituye una contraindicación y sí, más bien, una recomendación especial.

SULFATO DE SODA Y OPIO

Es en la disentería en la que se usan medicamentos que son opuestos; así está muy recomendado el sulfato de soda y también los opiados. Cada uno de estos medicamentos tiene su efecto especial y buscando éste es como se les receta unas veces el uno, otras el otro, pero es el caso que el sulfato de soda y el opio son incompatibles sin ninguna duda.

Sin embargo los vemos figurar en una misma fórmula, y como ejemplo citamos la siguiente de Herzen: Raíz de ipeca 1.50, Agua hervida 200,00, Infusión y filtrar, agréguese: sulfato de soda 20,00, Jarabe de opio 30,00—Una cucharada cada dos horas.

Confesamos que en el servicio de medicina que está a nuestro cargo usamos sistemáticamente esta fórmula con toda su incompatibilidad, y los señores practicantes que nos honran con sus visitas son testigos de los excelentes resultados que a diario obtenemos con ella. No dudamos de la incompatibilidad; pero en vista de los resultados prácticos somos partidarios del uso de la fórmula.

A. Le Dantec, cuya competencia nadie puede poner en duda, nos recomienda esta otra fórmula, que es clásica entre los médicos que ejercen en Cochinchina: Sulfato de soda de 8 a 10 gramos, Láudano Sydenhan 20 gotas Agua, 100 gramos.

De Brun, antes que Herzen, ha aconsejado como excelente la fórmula que hemos copiado compuesta de ipeca, sulfato de soda y jarabe de opio; las dosis de los componentes son variables para De Brun.

·Cómo explicarse eso de que medicamentos incompatibles asociados de tan buenos resultados, que profesores como Le Brun, Herzen y Le Dantec los recomiendan de manera especial?

No hay que olvidar que un mismo medicamento tiene acciones diferentes según la dosis empleada. El sulfato de soda a grandes dosis no tiene el mismo efecto que a pequeñas dosis. El opio tiene diversas acciones; Huchard y Fiessinger le reconocen seis: primera, acción somnifera—segunda, acción sedativa—tercera, acción analgésica—cuarta, acción sobre las secreciones—quinta, acción tonicardiaca—sexta, acción sobre la nutrición.

La cuarta acción es la que se aprovecha en las disenterías y diarreas; pero aquí forzoso es admitir con Huchard y Fiessinger que el efecto es complejo; a la acción antisecretoria hay que agregar una acción antiespasmódica y analgésica.

Con razón Huchard nos enseña que en un mismo medicamento hay varios medicamentos, tal como lo afirmó Pecholier.

ANGIO-COLECISTITIS C LCULOSA SUPURADA

Observación recogida en el tercer Servicio de Medicina del Hospital Rosales por el alumno Federico G. Maison y revisada por el profesor de Clínica Médica, doctor Luis V. Velasco.

Urbana Vega, de 40 años, de oficios domésticos, natural de Apopa, vino al Hospital Rosales el día 23 de septiembre a curarse de un dolor en el hipocondrio derecho. *Antecedentes hereditarios.*—Padre: padeció de reumatismo, fuera de eso no tuvo ningún padecimiento y murió de fiebre, (no hay claridad en los detalles porque ella tenía 10 años cuando él murió). Madre: murió hace 17 años con motivo de un enfriamiento, tuvo un ataque y ya no se levantó de la cama. A los pocos días notaron que estaba paralizada y murió a los 19 días; había sido muy sana. Tuvo 6 hermanos, de los cuales han muerto 4. Los restantes son sanos. Tuvo 7 hijos y se le murieron 3. Los otros 4 son sanos. No ha tenido aborto.

Antecedentes personales.—En su primera infancia no acusa ningún padecimiento. A la edad de 10 años principió a padecer de dolor de cabeza acompañado de náuseas y vómitos. Hace notar que era exclusivamente localizado al hemi-cráneo derecho: que le tardaba 3 o 4 días y que le aparecía por tiempos, como a los cuatro o cinco meses; que en estos últimos tiempos lo ha tenido algunas veces pero raramente. Hace 25 años padeció de un síndrome disentérico que le tardó dos meses y nunca le ha vuelto.

El año pasado, en momentos que venía del Guaya-bal, a las 10 de la mañana, fue atacada de un vivo dolor en el hipocondrio derecho: era tan fuerte, que la obligó a dar gritos y a acostarse en el camino; tuvo que irse a su casa en carreta y se le calmó como a las 5 de la tarde. En la noche le volvió con la misma intensidad y

del mismo modo, no pudiendo dormir y se le calmó en la mañana. En su casa le hicieron ver que estaba amarilla y observó que las materias fecales eran blancas y las orinas oscuras, como sangre. El dolor fué acompañado de vómitos incesantes, al extremo de no detener ni el agua. Además, tuvo fiebre y pérdida del apetito. En seguida estuvo mejorada, pero a los 8 días le volvió con los mismos fenómenos del principio, tardándole un día. Así siguió con alternativas de mejoría, pero el dolor le volvía por término medio cada 8 días, tardándole de 24 a 48 horas por lo cual resolvió venirse al Hospital Rosales a los 3 meses de padecer. Estuvo en el primer Servicio de Medicina y como el dolor siempre le volvía, la pasaron al segundo Servicio de Medicina a los 22 días, y sintiéndose mejorada después de 5 semanas pidió alta. Desde entonces no volvió a padecer hasta hace 15 días.

Historia.—Estando en Potrero Grande, a orillas del Lempa, donde vivía, después de tomar un baño, sintió de nuevo un dolor intenso que la obligaba a gritar y no teniendo quién la asistiera, resolvió irse en carreta a su casa, en Apopa. En el camino, con los movimientos se le exacerbó, obligándola a gritar en todo el trayecto. Llegó a los 3 días y al siguiente se le calmó por momentos, pero le volvió en seguida y lo tuvo de un modo permanente con ligeros períodos de calma. Asegura que tuvo fiebre; que se puso amarilla como las otras veces y que se le inflamó toda la parte superior del abdomen; pero que los asientos no se le pusieron blancos como antes y que no tuvo vómitos ni diarrea. La calentura le principió con el dolor y no le salió; no tuvo fríos ni sudores y los asientos eran uno o dos al día, flojos, escasos y de un color amarillo. A los 5 días de estar así, es decir, a los 9 días de estar enferma, resolvió venirse al Hospital Rosales, y como el dolor no la dejaba andar, se vino en carreta hasta Aculhuaca y de allí la trajeron en camilla.

Estado actual.—A primera vista se nota un elevamiento generalizado a los hipocondrios y al epigastro;

un tinte subictérico de los tegumentos y mucosas y el estado de sufrimiento de la enferma. Estatura mediana. Estado de desnutrición. Al examen de los diversos segmentos se nota:

Cabeza: normal.

Facies: Adelgazamiento. Tinte subictérico bien característico. Cloasma. Denota sufrimiento.

Ojos: Tinte subictérico de la mucosa conjuntival. No hay xantelasma.

Boca: Labios secos y fuertemente coloreados, lengua saburrosa. Tinte icterico de la mucosa sublingual.

Cuello. — Forma normal; tinte subictérico. No hay ganglios ni trastornos circulatorios.

Tórax: Alargado, simétrico; bien conformado; ligera expansión en la base que se continúa con los salimientos de los hipocondrios y epigastro.

Corazón: La punta late en el cuarto espacio, hacia adentro de la línea mamilar. No hay apagamiento de los ruidos. No hay soplos. Hay taquicardia.

Pulmones: Ningún trastorno físico ni funcional. No hay tos ni expectoración.

Espacio de Traube: Sonoridad ligeramente reducida en la parte inferior por una banda mate que se continúa con la matidez del bazo y que se extiende superiormente a la octava costilla al nivel de la línea axilar anterior.

Higado: Aumento de volumen en el hipocondrio derecho y en el epigastro; éste salimiento sigue a los movimientos respiratorios y hasta permite apreciar el borde inferior. No hay tumor en la zona vesicular. Altura de la matidez hepática: línea mamilar: 13 centímetros; línea axilar anterior: 12 centímetros, La consistencia no está aumentada; el borde inferior no es duro ni irregular y es accesible a la palpación desde la línea axilar anterior derecha, hasta la intersección de los 7^o y 8^o cartílagos costales izquierdos. La superficie de toda la porción palpable es lisa y no hay irregularidades ni hay tumor en la extremidad anterior de la 10^a costilla. Hay defensa muscular. La sensibilidad hepática, nula al estado normal,

da aquí vivos dolores a la presión en todas las partes accesibles, sin haber puntos dolorosos determinados. El límite inferior deja el reborde costal al nivel de la línea axilar anterior, debordando a las falsas costillas a dos traveses de dedo en la línea mamilar y cruza la línea media en la unión del tercio medio con el tercio inferior de la línea xifo-omblical, para ganar las falsas costillas izquierdas en la intersección del 7^o. con el 8^o. cartílagos costales. Límite superior: corresponde al 6^o espacio intercostal derecho en la línea mamilar y cruza el apéndice xifóideo en la línea media; corresponde al 6^o espacio intercostal en la línea axilar anterior derecha y posteriormente al 9^o en la línea escapular. Hay frotos peritoneales en la parte inferior. No hay soplo.

Bazo. — Hay hipertrofia torácica y abdominal. La primera se extiende arriba a la 8^a costilla al nivel de la línea axilar anterior y al 9^o cartílago costal al nivel de la línea mamilar; en la 2^a el límite deja el reborde costal en la línea mamilar para ganar ligeramente el mesogastrio a tres traveses de dedo a izquierda y arriba del ombligo, volviendo en seguida hacia el flanco izquierdo para ganar la 12^a costilla en la línea axilar anterior. Superficie lisa sin bosaladuras. Consistencia normal. Borde liso sin irregularidades. Conserva la forma espatular. Hay defensa muscular. Hay frotos peritoneales.

Abdomen. — Paredes lisas, difícilmente depresibles por la defensa muscular. No hay ascitis ni arborizaciones venosas. Se notan las irregularidades antes mencionadas a propósito del hígado y del bazo.

Estómago. — Normal.

TRASTORNOS FUNCIONALES

Tubo digestivo. — Apetito abolido. Aliento fétido. No hay vómitos. Hay dolor subjetivo en el hipocondrio derecho que obliga a quejarse constantemente a la enferma.

Hay constipación; las materias fecales no están decoloradas. Hace uno o dos asientos blandos, escasos y amarillos pálidos en 24 horas. No son fétidos.

Aparato urinario. —Hay oliguria. La orina es de un color de vino Málaga.

Aparato circulatorio. —Hay taquicardia.

Estado general. —Astenia. Somnolencia. Temperatura: ha revestido el tipo remitente oscilando por lo general al rededor de 38°

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Orina: No hay albúmina ni azúcar; hay trazas de urobilina y muy débiles pigmentos biliares.

Sangre: Glóbulos Rojos 3.300,000 por m3. Glóbulos blancos 15.600 por m3. Hemoglobina 45 por ciento. Fórmula leucocitaria: hay predominio de los polinucleares neutrófilos: 85 por ciento. No hay hematozoario de Laverán.

Materias fecales: Hay huevos de anquilóstomos, de ascárides y tricocéfalos.

DIAGNOSTICO

De los antecedentes hereditarios y personales de esta enferma deducimos que pertenece al grupo confuso de los sujetos de nutrición retardada de Bouchard; que está en la época colesteriménica de Chauffard (de 40 a 60 años); y que ha tenido desde sus primeros años una de las manifestaciones del terreno litiasico: la hemicránea; que de un año a esta parte ha tenido dolores que revisten todos los caracteres del cólico hepático (no vesicular); dolor intenso, paroxístico, sucedáneo, pasajero;

con fiebre hepatálgica, ictericia y decoloración de las materias fecales; que en la primera época se sucedieron con mucha frecuencia, por lo cual estuvo en el Hospital Rosales durante dos meses; que tuvo un período de calma relativamente largo hasta hace 15 días que le volvió con la misma intensidad y los mismos caracteres del principio; pero que en esta vez lo tuvo de una manera permanente con ligeros períodos de calma, con fiebre e ictericia; que a los 4 días se le inflamó toda la parte superior del abdomen; que al mismo tiempo tuvo fiebre, la cual por los datos que da la enferma y por la curva que se ha tomado en el Servicio, ha revestido el tipo remitente, oscilando al rededor de 38 grados; que últimamente no ha habido decoloración de las materias fecales y que en pocos días se ha comprometido profundamente el estado general, lo que se manifiesta por el enflaquecimiento, la astenia y somnolencia.

En presencia de un cuadro semejante, debemos pensar en una complicación de la litiasis hepática y por orden de frecuencia debemos suponer a la angiocolitis por retención. En efecto, ha habido fiebre, que es el síntoma capital de las angiocolitis y que ésta ha revestido uno de los tres tipos que caracterizan a la temperatura de las infecciones hepatobiliares: el tipo remitente. Y aunque el tipo frecuente es la fiebre intermitente biliar de Monneret o fiebre bilio séptica de Chauffard, que simula un ataque de fiebre palúdica, se observan los otros dos tipos: la fiebre remitente que se caracteriza por trazados irregulares que por lo regular oscilan al rededor de 38 grados, que es el tipo de este caso, y la fiebre continua de trazado horizontal que caracteriza la monoterminia de Gilbert.

Al mismo tiempo que la fiebre tenemos la ictericia, los trastornos digestivos y el empastamiento del hígado, que junto con la decoloración de las materias fecales caracterizan la angiocolitis por retención; pero en esta enferma no ha habido últimamente ni hay decoloración de las materias fecales. Oigamos lo que a este respecto

dice Sergent: «La infección en gran número de casos sucede a la obliteración calculosa. En los litiásicos, los fenómenos son bastantes complejos: las obliteraciones parciales, las inflamaciones limitadas sucediendo a la presencia prolongada de cálculos, pueden ser el origen de angicolitis graves, en las cuales la gran retención biliar no aparece de manera evidente. Nada es más variable que el cuadro clínico observado; una infección aguda es seguida de angicolitis o de angiolecistis supurada. Además, en este caso, la ictericia no es del tipo de la ictericia por retención, que es intensa, morena.

Aquí, probablemente, la retención prolongada de cálculos (4 días) ha lesionado la mucosa de las vías biliares favoreciendo el desarrollo de los microbios habituales del duodeno y de la parte inferior del colédoco, lo cual ha ocasionado la infección, y creo que no ha habido retención completa por el hecho de no estar decoloradas las materias fecales.

Con respecto a la vesícula biliar, ésta juega un papel muy importante en las complicaciones de la litiasis; pero en esta enferma no ha habido el empastamiento que caracteriza el colecisto. Insistí sobre ésto en el interrogatorio y la enferma niega haber tenido tumor en el hipocondrio derecho y señala con precisión el empastamiento epigástrico. Además, en todos los exámenes que le hemos hecho desde el primer día que vino al Hospital, no hemos encontrado nada en la región vesicular. Podría suceder que se tratara de una colecistitis esclerosa, que sobreviene en los antiguos litiásicos, en la cual, por el hecho de estar esclerosadas e inextensibles las paredes no se dilatan, aunque haya obstrucción del colédoco y en este caso el diagnóstico clínico es imposible.

El estado general, en este caso está profundamente comprometido como lo prueban el enflaquecimiento, la astenia, el sopor, la frecuencia y la debilidad del pulso, los sudores profusos y la anorexia absoluta; todo lo cual nos hace pensar que hay un proceso supurativo, lo cual está de acuerdo con el examen de sangre que da la fórmula

leucocitaria que caracteriza a las supuraciones: leucocitosis: 15,600 por milímetro cúbico; con predominio de los polinucleares neutrófilos: 85 por ciento y disminución de la cantidad de hemoglobina: 45 por ciento. Todos estos síntomas nos hacen pensar que se trata de una *angiocolitis supurada litiásica*, a lo cual si agregamos los signos físicos que dimos con detalles a propósito de la exploración del hígado, creemos que hay una hepatitis difusa con perihepatitis concomitante, a juzgar por la defensa muscular y los frotos peritoneales.

Otros puntos que hay que dilucidar en este caso son la esplenomegalia, y Caistaigne dice lo siguiente a este respecto: "A menudo hace uno muy pronto el diagnóstico de fiebre intermitente palúdica. No nos fiemos para este diagnóstico en el grueso volumen del bazo; este es en efecto voluminoso, tanto en la fiebre hepática como en la fiebre palúdica. En caso de duda, el examen de sangre nos hace observar en la fiebre hepática una leucocitosis elevada de polinucleares, que falta en la fiebre palúdica, donde se observa, por el contrario, la presencia del hematozoario".

Los otros estados que pueden presentar un cuadro parecido son: La *endocarditis vegetante* de forma piohemica; este diagnóstico queda eliminado por los signos de auscultación y todas las manifestaciones hepáticas que presenta nuestro caso.

Todas las supuraciones viscerales; pero nosotros tenemos derecho a considerar esta enfermedad como hepática porque los accidentes febriles y el cuadro que se ha desarrollado han sobrevenido después de varios cólicos hepáticos.

Con un *absceso del hígado*: el diagnóstico es difícil, tanto más que hay a menudo existencia de estas lesiones en la angiocolitis supurada. Nosotros eliminamos el *gran absceso tropical* por no haber antecedentes de disentería y por los signos propios, y, si creemos que haya una periangiocolitis supurada que acompaña con frecuencia a las supuraciones de las vías biliares.

La *cirrosis biliar hipertrófica*: este es un proceso crónico que no se acompaña de temperatura ni de otros signos que presenta esta enferma. Aquí se trata de un proceso agudo supurado.

NOTA.—Después de leída esta observación, el profesor Dr. Luis V. Velasco ilustró el caso pronunciando una brillante conferencia sobre todos los puntos interesantes que se presentaron, insistiendo sobre las concepciones nuevas acerca de las infecciones hepatobiliares y del papel importante que juega en estos casos el microbismo latente, y en particular el bacilo de Eberth y el colibacilo. Así mismo nos habló sobre la no intervención quirúrgica y sobre la eficacia del tratamiento médico que se principió a manifestar desde ese día con el descenso de la curva térmica, la mejoría del estado general y la atenuación de los síntomas locales; y en efecto: los hechos han venido a confirmar el pronóstico del ilustrado maestro: notable mejoría del estado general; ausencia de fiebre; disminución del dolor y la falta de reacción peritoneal y la reducción del volumen del hígado.

El estado se puede llamar muy satisfactorio, y todo augura una resolución favorable.

San Salvador, 30 de septiembre de 1916.

REVISTA DE LA PRENSA PROFESIONAL

FIEBRE EN EL PUERPERIO Y FIEBRE PUERPERAL

En la importante publicación española llamada «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas», el especialista tocólogo doctor Fernando Villanueva publica un artículo titulado: «Fiebre en el Puerperio y Fiebre Puerperal».

Es un trabajo ése valioso que demuestra el espíritu de observación del clínico distinguido.

Comienza el autor llamando la atención sobre la gran importancia de ese tema, pues no toda fiebre en una puerpera es manifestación de infección puerperal; muchas veces la pirexia obedece a causas que nada tienen de relación con el aparato genital de la mujer.

El puerperio pone a la mujer en un verdadero estado de receptibilidad morbosa; es errada la idea de algunos que creen que el embarazo, parto y estado consecutivo constituyen una patente de sanidad temporal; sucede todo lo contrario; la mujer en puerperio constituye un terreno abonado para el desarrollo de enfermedades diversas.

Entre las enfermedades a que está predispuesta la puerpera, el autor señala la escarlatina por el hecho de que la primípara tiene especial predisposición.

El error de confundir la escarlatina con una fiebre puerperal se ha cometido no pocas veces; la temperatura alta de iniciación, el retardamiento del exantema, su poca intensidad, su desaparición fugaz o la variedad clínica de escarlatina sin exantema, son las causantes del error del diagnóstico, a esto hay que agregar que la escarlatina no puede diagnosticarse bien en ciertos casos, sin un examen atento de la cavidad bucal.

Hay otra enfermedad que da lugar a errores de diagnóstico con bastante frecuencia también, esta es la gripe.

La puerpera está predispuesta más que la generalidad a contraer la influenza, y en este caso el escalofrío intenso como fenómeno precursor, su temperatura alta como síntoma de reacción e iniciación, la variedad de síntomas subjetivos, la supresión de los loquios, son los signos que pueden inducir a un error en el diagnóstico.

El autor señala también la endocarditis subaguda y las lesiones valvulares, especialmente las mitrales, cuando van acompañadas de brotes subagudas de miocarditis, como entidades morbosas con las que se puede confundir una fiebre puerperal; después llama la atención también sobre las bronquitis a que está expuesta la mujer después del parto cuando no se ha tenido el suficiente cuidado de ponerla al abrigo de un enfriamiento en el acto.

Pero lo que más debe llamar nuestra atención es la posibilidad en que está la mujer parida de adquirir una colibacilosis. Todos sabemos que entre nosotros existen ciertas fiebres que no son palúdicas, ni tifoideas, ni fiebres tuberculosas y que son rebeldes y de larga dura-

ción; también sabemos que muchas veces éstas son reputadas como manifestaciones de una infección intestinal; a estas fiebres se refiere, sin duda, el autor cuando habla de la posibilidad de una confusión de la fiebre puerperal con la fiebre colibacilar.

La exaltación microbiana en el intestino da lugar a una forma febril que puede tomarse por una septicemia de forma tífica y no es fácil hacer de momento un diagnóstico claro.

Además del elemento febril, están los cólicos intestinales, la cefalgia, los vómitos & & que se prestan para la confusión.

Hay que tener presente también la fiebre por estercoemia que puede inducir a un error y de aquí la utilidad de un purgante en tiempo debido. Hay en el vulgo la creencia en la existencia de una *fiebre de leche*, entidad mórbida que no es admitida por los autores; pero el doctor Villanueva es de parecer que la fiebre láctea existe, pues es indudable que el establecimiento de la función mamaria traiga esos fenómenos.

El trabajo a que nos referimos tiene como final las siguientes conclusiones:

1a. Toda mujer en el puerperio está predispuesta y puede padecer procesos morbosos de naturaleza y gravedad diferentes, que no tienen su punto de partida en el aparato genital, y por tanto no debemos diagnosticar a la puerperal febril como afectada por este solo síntoma de infección.

2a. Es perjudicial en extremo sistematizar en medicinas, no sólo en diagnósticos sino en tratamientos; siguiendo esta conducta se hace gran daño a la puérpera, pues se desvía y perturba el curso del proceso, empleando tratamientos inútiles y siempre perjudiciales.

3a. Para prescribir un tratamiento racional de infección puerperal, precisa conocer bien las variantes clínicas de la misma y obtener el diagnóstico, no solo del examen local, que siempre da datos de importancia, sino, en ocasiones, del bacteriológico de productos exudados por el útero.

4a. Antes de someter a la puérpera a tratamiento de una supuesta infección, cuando no se tenga la seguridad absoluta de que la padece, se debe solicitar el concurso de otros compañeros, a fin de colocar las cosas en su justo lugar, toda vez que las enfermedades intercurrentes o accidentales del puerperio tienen igual tratamiento y pronóstico que fuera de dicho estado.

5a. Los errores de diagnóstico siempre son producidos, en la mayor parte de los casos, por la predisposición mental de que toda puérpera febril debe considerarse con afectos de infección puerperal.

LOS VOMITOS EN LOS NIÑOS DE PECHO

Hay un síntoma muy común en los niños de pecho, y a veces es muy rebelde; este es el vómito. Sobre este síntoma presentó el Dr. C. Ferreira un trabajo a la Sociedad de Terapéutica de París en el presente año, con el título: “Las soluciones hiperazucaradas en los vómitos habituales de los niños de pecho”.

Es un trabajo importante que se apoya en otros de varios médicos que han llamado la atención sobre ese síntoma y sobre los buenos efectos conseguidos con el uso de la leche hiperazucarada al 10% de sacarosa o de azúcar de caña. Parece que el azúcar ejerce sobre la mucosa gástrica una acción sedante y a esto se deben los resultados antieméticos obtenidos con la leche condensada y la leche hiperazucarada; también se ha usado la solución de azúcar en agua. Loeper se explica la acción antiemética, admitiendo que el azúcar disuelta en agua pura hace afluir al estómago una cantidad de líquido proporcionado al grado de concentración de la solución y que esta exudación brusca desconggestiona la mucosa, disminuye la acidez del contenido gástrico y atenúa su acción irritante.

Variot, Lavaille y Rousselet han presentado otro trabajo sobre el mismo punto a la Sociedad de Pediatría de París el año de 1913.

De estos trabajos se deduce que el azúcar en solución en leche o en agua al 10^o/_o o al 13^o/_o constituye un medio poderoso para combatir los vómitos de los niños de pecho; por otra parte el azúcar modifica favorablemente las condiciones nutritivas como se ha convencido Variot. G. Finizio de Bolonia ha llegado también a los mismos resultados.

FIEBRES DE ORIGEN URINARIO

El distinguido clínico español Dr. Andrés Martínez Vargas en un artículo titulado "Origen urinario de algunas fiebres supuestas intestinales" se refiere a los continuos errores que se cometen tomando por fiebres palúdicas, fiebres que nada tienen de tales y como infecciones gastro intestinales otras fiebres que tampoco tienen nada que ver con el aparato digestivo.

El autor se expresa así: "Digámoslo de una vez: muchas de estas fiebres calificadas de gástricas o de origen gastro entérico son de origen urinario. Estas equivocaciones, tan trascendentales, no serían posibles si los médicos encargados de reconocer los niños hicieran exámenes completos y tuvieran siempre presente esta máxima de alto valor práctico: *En todo niño enfermo no dejará de examinarse nunca, por nada ni por nadie, la garganta, los oídos y la orina*".

En apoyo de su modo de pensar cita el caso, el autor, de una niña de 8 años que fué atacada de una fiebre irregular y que fue sometida a un tratamiento de acuerdo con el diagnóstico de fiebre gástrica, con la que pasó dos meses. Después estando en un estado alarmante fue atendida por el autor del trabajo, y la enferme-

dad fue diagnosticada como una infección urinaria. La orina era fuertemente ácida, mal oliente y turbia. Fue aconsejada una poción alcalina y diurética, después se hicieron lavados vesicales con sol permanganato al $\frac{1}{2}$ por mil. El análisis microscópico había denunciado una enorme cantidad de células vesicales, muchos leucocitos y la presencia del colibacilo común.

El resultado no se hizo esperar, la niña curó con rapidez.

Recuerda el doctor Martínez Vargas que la infección microbiana del aparato urinario es sumamente fácil y los agentes que más la producen, fuera del bacilo de Koch, son: el estafilococo blanco, el colibacilo común, que es el más frecuente, y el proteo vulgar.

También recuerda, a propósito de la bacteriología del conducto urinario en los niños que se ha llegado a comprobar que aún en los niños sanos existe cierto número de estafilococos blancos cerca del meato, allí donde no llega la limpieza hecha afuera.

La infección más común es la producida por el colibacilo, y ésta reviste en los niños en general dos aspectos. El uno es ligero, la baciluria cólica es latente, o produce una fiebre ligera, con leucocitos, muchas células vesicales y una acidez intensa en la orina.

La otra forma es la grave y es menos frecuente que la primera; hay una verdadera piuria con síntomas de cistitis y de pielitis.

Es el sexo femenino el más predispuesto a estas infecciones, pues desde el orificio anal se corre el colibacilo a la vulva con gran facilidad, y de allí al meato urinario.

También puede el bacilo seguir la vía sanguínea o la linfática.

Los trastornos intestinales pueden ser la causa que ocasionar el paso de los bacilos al través de las paredes del intestino y su ingreso al riñón después de haber invadido los ganglios mesentéricos.

El tratamiento de estos casos requiere como condición fundamental la alcalinización de la orina y para

lograr esto aconseja el autor que se use el citrato de potasa a dosis de 0.70 a 1.00 en 24 horas; este medicamento es considerado como específico. La urotropina la reputa Burnet, en estos casos, como inútil.

INYECCIONES SALINAS CALIENTES EN EL TRATAMIENTO DE LA CIÁTICA

El Dr. A. Gordon es el autor del trabajo a que vamos a referirnos. El comienza afirmando que no es posible hacer una distinción franca entre una neuralgia y una neuritis, y funda su declaración en datos anatómicos; efectivamente exámenes microscópicos han descubierto lesiones en el ganglio de Gasser y en las ramas periféricas en casos de neuralgia; estas alteraciones eran de carácter inflamatorio crónico.

Después habla el autor sobre el efecto del alcohol en la neuralgia del trigemino. Observando el hecho de que el tejido intersticial de los centros nerviosos se afecta frecuentemente, él cree que el alcohol debe ejercer un efecto alterante sobre este tejido y corrige así la compresión sobre los filamentos nerviosos.

El efecto del alcohol sobre el tejido conjuntivo de los nervios lo demostró con experimentos que verificó en perros, con el efecto de averiguar si estas inyecciones en los nervios periféricos son inofensivas o no.

El resultado fue positivo en el sentido de una alteración en el tejido conjuntivo y a veces hasta de la fibra nerviosa, lo que explica por qué después de una inyección de alcohol se observan, a veces, trastornos sensitivos prolongados si es un nervio sensitivo el afectado, y cuando es un nervio mixto los trastornos son sensitivos motores o tróficos. Schollosser llega a citar un caso de parálisis peronea persistente consecutiva al tratamiento de la ciática por las inyecciones de alcohol.

En atención a estos resultados es que el autor norteamericano se propuso sustituir el alcohol por soluciones fisiológicas. Después de haberlas usado a varias temperaturas llegó a convencerse que las que mejores resultados daban eran las soluciones calientes.

La técnica es la siguiente: con una jeringa grande y una aguja de las que sirven para la punción lumbar se hace la inyección. Para esto se clava primero la aguja y si no hay hemorragia se adapta la jeringa y se hace pasar poco a poco la solución.

La cantidad de líquido que debe usarse está en relación con el nervio, así para el ciático hay que poner 200 gramos; para el crural anterior se ponen 50 gramos, lo mismo para el peroneo externo; en la neuralgia infraorbitaria se ponen 10 gramos. Los puntos de elección son los siguientes: Para el ciático, el punto de unión del tercio medio e interno de una línea que pasa entre las tuberosidades isquiáticas y el trocánter mayor; para el crural anterior, el tercio interno de la mitad externa de una línea dirigida desde la espina anterior y superior a la raíz de los órganos genitales externos; para el peroneo externo, la base del peroné; para el infraorbitario, el agujero del mismo nombre.

El autor después de algunos ensayos adopta una regla general que puede modificarse según el resultado obtenido. En la ciática se hace una inyección al principio cada cuatro días; si hay mejoría después de la tercera se hacen dos más con una semana de intervalo; si no hay alivio completo se ponen otras cada quince días. Lo corriente es que el dolor desaparezca después de la quinta o sexta inyección. Para los otros nervios el número de inyecciones es menor con excepción del infraorbitario en el que el número de inyecciones es mayor que en las neuralgias de los otros nervios.

El autor recomienda mucho este método porque cree que se obtienen con él grandes mejorías.

NUEVO MEDICAMENTO ANTISIFILITICO

Con el título: “Cuál es el mejor tratamiento de la sífilis” publica en la Gaceta Médica de París, No. 23 del presente año, el Dr. Bresard un interesante artículo.

Después de hablar de la recrudescencia de la sífilis en Francia dice que es necesario vulgarizar métodos más aptos para tratar racionalmente y curar de una manera definitiva tal enfermedad.

Hay que desconfiar, dice el autor, sobre todo de esos métodos brutales y rápidos por las picaduras de mercurio del 606, de arzenobensol & & que tienen la pretenisión de curar cuando lo que hacen comunmente es, como lo afirmaba Ricord, blanquear.

Sin embargo él reconoce la utilidad de los métodos que critica, pero la admite sólo en ciertos casos de gran urgencia, los que no son según su opinión, los mas comunes en la práctica.

El peor mal que hacen es, dice, que dan una falsaseguridad cuando se les aplica sistemáticamente, a enfermos que quedan expuestos a un retorno inesperado de accidentes contagiosos. No se cura con la rapidez del rayo; esto no sucede en la naturaleza, afirma el autor.

Después de señalar inconvenientes del método hipodérmico, dice, que hay que reservar el método de las inyecciones para las curas de asalto, y volver a la vía gástrica cuando se trate de accidentes recientes, primarios o secundarios.

Sigue hablando de los accidentes de la hipodermia y después afirma que el descubrimiento de la espiroquete pálida no ha hecho ningún progreso en el tratamiento racional de la sífilis, pues es desconocido aún el modo de acción de la espirila, sus toxinas, sus anti-toxinas &.

Sin embargo, dice, las experiencias in vivo están de acuerdo con las observaciones clínicas para establecer que el arsénico, la plata y el oro son, con el mercurio, los agentes espiroquetícidias por excelencia. Esta asociación metálica, continua, provoca constantemente una disminución considerable de gérmenes específicos y sobre todo de estas endotoxinas que parecen presidir a las infiltraciones celulares y a las hipertrofias neoformantes de la sífilis. Los metales preciosos desempeñan papeles antivirulentos, desenvolviendo la facultad de proliferación de los anticuerpos, favorecen también una fagocitosis benefactora.

Asegura que en la actualidad todas las aspiraciones de médicos y enfermos se dirigen a la *vamianina*; la *vamianina* representa, en el actual estado de la ciencia médica, el reactivo más potente contra los *antigenos*, y constituye un progreso real en la sifiliterapia. Es muy activa contra todas las manifestaciones, hasta las cerebro medulares.

Declara a la *vamianina* como un medicamento heroico, y debe su valor a la asociación de dos metales preciosos, oro y plata, a extractos vegetales que han sido reconocidos los más útiles para la depuración completa de la sangre, y para exaltación de la fagositosis.

Las experiencias más completas han demostrado la superioridad de este compuesto a los preparados mercuriales y arsenicales.

Con la *vamianina* no hay peligro de acumulación.

El autor concluye con el siguiente párrafo: “El conjunto de la preparación da, actualmente, toda satisfacción a los prácticos más difíciles de satisfacer. La opinión del cuerpo médico es que, gracias a la *vamianina*, la sífilis perderá su gravedad y su potencial de transmisión hereditaria, pues el tratamiento (de alguna suerte quinta esenciado) reemplaza las formas mórbidas más severas en los cuadros de más benigna seguridad, gracias a la impregnación antitóxica, progresiva, de la sangre, de los humores y de las células.

EL COLARGOL EN LAS CISTITIS

El Dr. Fernando Miraved presentó a la Asociación Española de Urología un importante trabajo demostrando los excelentes resultados del colargol en las cistitis.

Comienza el autor recordando los caracteres físicos y químicos del colargol. Después habla del poder antiséptico de este cuerpo, refiriendo que, según Baldoni, una solución al 1 por 100 mata en diez minutos al estafilococcus albus; en treinta al estafilococcus aureus, y en treinta y dos al streptococo; otros autores reconocen el mismo poder pero están en desacuerdo con respecto al tiempo necesario para ejercer su acción, y es Credé el que más poder anticéptico le reconoce.

Cohn y Petit Jean han estudiado el poder tóxico del colargol; y según parece la acción tóxica que se le había señalado no depende precisamente del medicamento.

En cuanto a la acción terapéutica de este compuesto, todos reconocemos el entusiasmo con que Netter lo recomienda, y a pesar de la autoridad de este profesor otros hay que no le reconocen ningún valor, y el autor del trabajo se cuenta entre ellos. Pero usado localmente ya le reconoce una acción francamente antiséptica, de acuerdo con los resultados obtenidos en el laboratorio. Esto lo comprobó Von Oettingen en la guerra ruso japonesa. Están de acuerdo los autores en reconocerlo como un poderoso obactericida, cualquiera que sea la forma bajo la cual obre.

En urología es reconocida su acción benefactora principalmente contra la cistitis.

Schlossmann lo ha usado en las cistitis del cuello poniendo, después de un lavado, 10 c. c. de la solución al 1 por 100 con resultados halagadores, pues obtenía curaciones rápidas.

Woelcker y Lichtenberg lo emplean a las mismas dosis en las sistitis crónicas complicadas de hipertrofia prostática con resultados también bastante buenos.

Tiene la ventaja este medicamento que su uso es indoloro completamente.

En las cistitis blenorragicas lo ha usado Tansard, inyectando tres o cuatro centímetros cúbicos de una solución 4 por 100 y ha logrado dominar la enfermedad en 8 días.

Jeanbran lo usa en 45 casos de cistitis agudas y subagudas en blenorragicos, prostáticos, calculosos, infestados por cateterismo & poniendo inyecciones de 10 a 20 c. c. de soluciones al 1, al 2, al 3, y al 4 por 100 sucesivamente y dejando el medicamento en la vejiga para mayor eficacia; también usa lavados al 1 por 500 y obtiene los mismos resultados que con el nitrato de plata; pero sin ningún dolor.

Minet considera al colargol como el medicamento de elección en la cistitis blenorragica aguda; también lo usa con ventaja en los prostáticos y estrechos.

En la cistitis tuberculosa todavía no se ha experimentado el colargol. El colargol sustituye al nitrato de plata en los enfermos muy sensibles al dolor.

El autor usa las instilaciones de 6 a 8 c. c. de sol. al 2 por 100 sin lavado previo, y ha observado en las infecciones vesicales de los prostáticos constantemente desaparecer el dolor, la turbidez de la orina y la polaquiuria a las pocas instilaciones.

El autor hace las conclusiones siguientes: 1a. El colargol es indudable que tiene una acción terapéutica favorable en ciertas infecciones de la vejiga.

2a. Tiene indicación en los casos de intolerancia por el nitrato de plata en las cistitis blenorragicas, agudas, o crónicas, en las de los prostáticos y calculosos.

3a. En las cistitis crónicas, no tuberculosas ni blenorragicas, el alivio es manifiesto, y en algún caso la curación completa.

4a. No debe usarse más que en instilaciones de 6 a 8 c. c. como máximum, y no debe pasar el título en la disolución del 2 por 100.

CORRESPONDENCIA

Tonicapán, 16 de octubre de 1916.

SEÑOR REDACTOR DE LOS «ARCHIVOS DEL HOSPITAL ROSALES».—*San Salvador.*

MUY SEÑOR MIO:

La prensa ha anunciado por dos veces la aparición de la Parálisis Infantil en el puerto La Unión de esa República hermana. Entiendo que hasta hoy lo que ha habido es confusión de parte del público en este asunto de tan gravísima importancia; y que allá como en Quezaltenango, no hace muchos días, se ha confundido la terrible Poliomiélitis con manifestaciones de Paludismo. En La Unión y en el segundo de los lugares mencionados uno de tantos accidentes que se desarrollan es la lumbricoides.

Los facultativos americanos han emprendido una verdadera cruzada en contra de este flagelo de la niñez; y desgraciadamente sus experiencias hasta hoy no son concluyentes. El Instituto Rockefeller que hizo venir número regular de monos del Oriente para tratar de obtener un suero curativo, nada pudo obtener en síntesis práctica; y sólo tenemos hasta hoy de sabido, el descubrimiento del famoso bacteriólogo Noguchi, de aquella institución, que nos da como novedad que la Parálisis Infantil es originada por un cocco, que en lo sucesivo tal vez se

conozca con el apellido del científico japonés, que tan arduamente trabaja en los laboratorios de donde se han arrancado verdaderas preciosidades para la ciencia por un Carrel y otros que han puesto su saber a expensas del altruismo del multimillonario y rey del petróleo, como lo es Rockefeller.

Lo que nos importa respecto a la Parálisis Infantil es el tratamiento y ante todo, la profilaxia, que desgraciadamente hoy no encaja sino en los moldes amplios de la Higiene Pública, ya que no se conoce el vector de aquella terrible entidad mórbida, que de llegar a Centro América diezmaría estos países jóvenes, con menoscabo de su progreso ascendente y de su población progresiva.

Lo que las revistas americanas han elogiado como tratamiento eficaz ha sido la adrenalina en inyección intraraquídea; y otros con más fundamento quizá, la urotropina. Nos hemos preguntado el por qué de la aplicación de la adrenalina y francamente no la encontramos; pues se trata de una enfermedad infectocontagiosa y que sepamos a este preparado biológico no se le conocen propiedades bactericidas, entonces, ¿qué ha originado que los facultativos de Nueva York la hayan aplicado para la curación de la enfermedad a que nos venimos refiriendo.?

Lo ignoramos en lo absoluto. La medicación por la urotropina, la aceptaríamos con más fundamento por la descomposición que éste preparado sufre en la economía y con el desarrollo de sustancias antisépticas pudiera combatir al cocco "Nuguchi" y dominar la enfermedad. Que la vía intraraquídea sea de preferencia para la medicación, sí nos explicamos; pues es en la parte anterior de la médula espinal donde se acantona el microbio, donde hace su siembra ad-hoc y allí hay que atacarlo para vencerlo en esa lucha estéril para los leucocitos en un tanto por ciento de consideración.

Por nuestra parte no habríamos vacilado en aplicar el "Salvarsán" a la Poliomiélitis por la vía intraraquídea, eso sí, en combinación con el clorhidrato de adrenalina,

ésta, como el salvador de los fenómenos de anafilaxia que hubieran podido presentarse, pues sus propiedades vasoconstrictivas son el antagonista directo de la vaso dilatación tan marcada que producen en el organismo los preparados del arsenobenzol. Solo bajo esta circunstancia habríamos hecho uso de la adrenalina: y nunca lanzarlo como curativo de la terrible Poliomiéletis. La dosificación, harto sencilla, no ofrece peligro de ninguna clase; por lo demás, con el "606" se consigue la esterilización del Nuguchi, no esperando que las manifestaciones secundarias vengan a privarnos por lenidad o mala contemplación con el cliente, de una curación positiva.

Por qué de súbito ha desaparecido la epidemia de Nueva York? Hasta hoy no alcanzan las revistas médicas de aquella ciudad para que nos expliquen este fenómeno, pero hay que tomar en cuenta que en la gran urbe americana se viene desarrollando esta terrible enfermedad con un ciclo casi regular desde el año de 1907 y haciendo su paso con el número de víctimas inocentes que acaba de hacer, vuelve a los dos años casi cumplidos. Qué circunstancias locales influyen en aquella gran ciudad para que este fenómeno se reproduzca bajo esta condición? Los higienistas deben tomar nota de ello, y escudriñar la o las causas que contribuyan de esta manera al incremento momentáneo de la Parálisis Infantil en el Este de la Unión Americana.

Por lo demás, optimistas en este sentido, no esperamos que se presente la Poliomiéletis Difusa en ninguna parte de Centro América, pues dado el tráfico que ha habido de algunos años a la fecha con el comercio americano; dado lo poco que preocupa la Higiene a nuestro público en general, ya es tiempo de que aquella enfermedad se hubiera presentado en alguna de las repùblicas de la América Central; pero ello no obsta para que con esta enfermedad, así como con otras que son el azote de la humanidad, se llegue a desplegar con energía el poder de nuestros Consejos de Salubridad Pública en este sentido.

Si me he permitido molestar la atención de Ud. ha sido por la circunstancia de la noticia que llegó de haberse presentado la Parálisis Infantil en el puerto de La Unión de esa República hermana; y aprovecho esta ocasión para suscribirme de Ud. con las muestras de mi distinguida consideración, su muy atento servidor,

M. I. ARRIOLA.

REPRODUCCIONES

LA ANALGECIA EN EL PARTO NORMAL

A medida que va entrando en la práctica tocológica la administración de analgésicos que disminuyen la intensidad de los dolores de parto, van apareciendo, con anuncios más o menos pomposos, métodos de anestesia que aseguran la realización sin dolor de esta tan penosa función de la mujer, afirmando una inocuidad, así para la madre como para el feto, que dista mucho de ajustarse a la realidad de los hechos.

Nosotros, que desde hace muchos años consideramos como inhumano el consentir que la mujer pára con dolores intensísimos, por aferrarse muchos al comodín de que, puesto que es una función natural, a las fuerzas naturales hay que dejar el que se realice, prescindiendo de la intensidad y aun de las perversiones que el dolor de por sí puede producir en el acto del parto, nos creemos obligados a poner las cosas en su verdadero lugar, aportando el producto de nuestra experiencia personal, que en su conjunto, no viene a modificar en su esencia, nada de lo que tenemos publicado en nuestro Tratado de Obstetricia.

En una época como la actual, en que hombres fornidos se hacen anestesiar local y totalmente para arrancar una muela, no es admisible que se deje a la mujer que pára con dolores intensísimos, sin procurarla un alivio más o menos grande con el uso de medios que, sin perjudicarla, pueden representar por lo menos un acto de caridad.

No he de describir en este lugar, por ser de todos conocida, la beneficiosa influencia que la analgesia cloroformica a la Reina, produce en muchas ocasiones en la marcha del parto. Los dolores subintrantes que causan una agitación intensa de la mujer, son motivo de perturbación, en muchos casos, de la dirección de las fuerzas expulsivas: la analgesia cloroformica, regularizando y disminuyendo los dolores, corrige la mala dirección de las contracciones uterinas, permite un sosiego a la mujer, completo en los intermedios de la contracción y el parto se realiza con mayor facilidad, y muchas veces con más rapidez de lo que se hubiera realizado a dejarlo sin el uso de este medio analgésico.

Aun cuando todos los médicos conocen, de oídas por lo menos, en lo que consiste la analgesia a la Reina, son muchos los que, en la práctica, confunden los términos de anestesia quirúrgica con los de analgesia obstétrica, y consecuencia de esta confusión, se llega a dosis excesivas que, indudablemente, pueden ser motivo de un retardo en el acto del parto. Nosotros, que hace muchos años usamos la anestesia cloroformica en todos los partos en los que la paciente lo solicita, no hemos tenido ocasión de registrar accidente de ninguna especie debido al uso de esta sustancia, pero debemos advertir que en ninguna ocasión, en el parto normal, llegamos a la anestesia completa, y que en todos los casos, con la simple analgesia, la mujer se encuentra lo suficientemente aliviada para perder el horror que inspira la intensidad del dolor que sobreviene al aparecer la nueva contracción.

El descanso completo que en el intervalo de las contracciones uterinas experimenta la mujer, así como

las facilidades diagnósticas que en un caso dado puede suministrar una exploración profunda bien hecha, sin protesta de la parturiente, son motivos más que suficientes para aconsejar a todos los que al Arte Obstétrico se dediquen, a ejercitarse en la práctica de un medio que, cual las inhalaciones clorofórmicas, tiene como principal factor de su inocuidad, el empleo de una buena técnica.

El proceso de la analgesia clorofórmica está hecho ya desde hace muchos años, pero ello exige una vigilancia por parte del tocólogo que hace necesaria la permanencia de varias horas al lado de la parturiente, cosa en realidad molesta, ya que no es posible ni prudente entregar la mascarilla del cloroformo a persona ajena a la profesión médica. Este creo que es el principal inconveniente que tiene el uso del cloroformo, y así como se abusa de la pituitrina por el hecho de despachar pronto y poderse ir el tocólogo a descansar, no se usa en muchas ocasiones el cloroformo porque constituye este medio todo lo contrario de lo que la pituitrina representa. Con este medio, si no es más que la analgesia la que se determina, el parto no se prolonga, pero tiene su duración normal y exige estar constantemente al lado de la parturiente; con el extracto hipofisario se puede despachar en breve tiempo y no es precisa la permanencia constante al lado de la mujer que pare: he ahí explicada la razón de que en menos de 3 años la pituitrina se haya generalizado hasta el punto de usarla no sólo los médicos, sino aun las comadronas y personas ajenas a la profesión médica, y que el cloroformo no se haya generalizado en nuestro país y en otros, a pesar de los 60 años que por muchos tocólogos viene recomendándose su empleo.

Con la analgesia clorofórmica, el dolor no desaparece del todo, y de ahí la tendencia de muchos investigadores a encontrar un medio que, siendo por lo menos tan inocuo como el cloroformo, no tenga el inconveniente más arriba apuntado de tener que estar de modo constante al lado de la que pare. El descubrimiento de

Forneau en 1904, utilizando la «Raquietovainización» fué tal vez el primer paso, en el empleo de un analgésico dado durante el parto para sustituir al cloroformo. La acción vaso-dilatadora que esta substancia tiene le daba una ventaja considerable sobre la cocaina y el efecto directo que sobre el músculo uterino ejerce, hizo que en los primeros tiempos se considerara como un positivo agente occitócico.

En el año 1905 emprendimos nosotros algunas experimentaciones con este agente en la Clínica de la Facultad de Medicina, y nos demostraron que la tal llamada acción accitócica no era cierta, ya que si bien a los pocos minutos de la raquietovainización aparece una contracción uterina fuerte, potente, que dura quince o veinte minutos, esta contracción no es intermitente, sino tetánica y va seguida después de un gran número de contracciones más débiles que las que anteriormente tenía la parturiente. De manera que nuestras conclusiones, después de experimentar en gran número de casos, fueron contrarias a las conclusiones presentadas por Forneau a la Academia de Medicina de Paris, y dejamos de utilizar este medio como anestésico, ya que debía asignársele un papel perturbador de la marcha normal del parto.

En el mismo año de 1905 utilizamos las inyecciones escopolamina-morfina, que fueron consideradas como un agente anestésico de condiciones excepcionales, en el acto del parto, ya que se decía producían la desaparición completa de los dolores, sin perturbar la marcha y la regularidad de las contracciones uterinas. Las inyecciones de escopolamina, contrarrestada algo la acción de esta substancia por la asociación de una cantidad de cloruro mórfico, producen, en realidad un estado hipnótico en que los dolores apenas si son percibidos por la mujer; en algunos de los casos en que hemos utilizado nosotros este agente, la mujer ha dado a luz completamente sin dolor, en estado de un sueño casi comatoso, pero que no podemos conceptuar en modo alguno

como inofensivo. La taquicardia que aparece después de la inyección de 0'00012 gramos de escopolamina asociados a 0'01 o 0'02 gramos de morfina, demuestra de modo evidente que no es un efecto medicamentoso el alcanzado, sino un efecto verdaderamente tóxico. El aumentar la frecuencia de las pulsaciones hasta 130 o 140 por minuto y en los casos de repetir la inyección dos o tres veces, como se aconseja, llegar a un pulso casi incontable, demuestran que es un medio no inofensivo para la madre y que puede tener gran número de contraindicaciones y de verdaderos peligros. Por eso nosotros, después de haber comprobado en un buen número de casos que la taquicardia aparecía siempre, dejamos este medio analgésico de modo definitivo.

Es verdad que las contracciones continúan normales, que la regularidad e intensidad progresiva de las mismas no se modifica ni en sentido favorable ni en sentido desfavorable, pero el efecto era que la que paría no era una mujer en estado sano, sino una enferma.

Las 31 observaciones que se recogieron en la Clínica de la Facultad, demostraron que tanto la acción miátrica como la narcótica del medicamento, son constantes: el sueño no dejó de presentarse ninguna vez, las facultades psíquicas desaparecieron en absoluto y la memoria de los hechos ocurridos durante este sueño, que calificamos tóxico, se perdió hasta el punto de no recordar las mujeres nada de lo que hacía referencia al parto. Algunas de las anestesiadas con este agente, al despertar no querían creer que hubiesen dado a luz y sólo al ver que el vientre había quedado plano, se convencían de ello.

No hemos tenido ningún efecto letal, pero debemos hacer constar que seleccionamos los casos para no exponernos a un fracaso, reconociendo previamente el estado del músculo cardíaco.

Sobre el feto, la acción de las inyecciones de escopolamina a la dosis de 2, 3 miligramos producen un sueño persistente: muchos fetos nacen completamente

dormidos y es preciso realizar grandes excitaciones cutáneas para lograr que respiren con facilidad. Una vez despiertos, respiran normalmente y no queda en ellos señal alguna del anestésico empleado.

Nuestras investigaciones sobre la anestesia en el parto normal experimentaron un tiempo de pausa, al deshechar, como lo hicimos el año 1905, tanto la raquies-tovainización, por perturbadora de la marcha del parto, como el uso de las inyecciones de morfina-escopolamina por creerlas tóxicas y ser consideradas no como agente anestésico, sino verdaderamente narcótico.

La comunicación de Ribemont-Dessaignes a la Academia de Medicina de París, en la sesión de 21 de julio de 1914, en la que aseguraba que se había resuelto de modo satisfactorio el problema de la analgesia obstétrica por el uso de la *morfina destoxicada* a beneficio del empleo de fermentos que, sin permitir el uso de grandes dosis de esta substancia, sin alterar el ritmo normal del parto y evitando la acción tóxica que sobre la madre y sobre el feto podría ejercer la morfina, nos dió motivo a nuevas investigaciones que nos permitieron analizar lo que con tal difusión propagó no sólo la prensa científica, sí que también la prensa diaria de todos los países.

Poco tiempo después, recibimos muestras de un nuevo producto denominado «Partoanalgia» que el profesor Cantón, de Buenos Aires, tuvo la bondad de remitirnos para que ensayáramos en la Clínica, y que como condiciones excelentes del producto le atribuía la propiedad de ser inofensivo para la madre y para el feto; hacer desaparecer los dolores y aún determinar una activación en el tiempo del parto.

Tanto la «Tocanalgia» preparada por Paulín, motivo de la comunicación de Ribemont, como la «Partoanalgia» de Cantón, son medicamentos cuyo componente principal es la morfina.

La «Eutocina» de Laurent, cuyo elevado precio parece debe entrar en su composición algún producto de

muy difícil preparación, creemos que es la misma tocanalgia; es decir, morfina no limpia, sino asociada a fermentos.

Igualmente la «Lucina» del Dr. Magalhaes, del Brasil, es también un preparado a base de morfina, así como otros productos que en estos últimos tiempos han aparecido en diversos países, con diferentes denominaciones tienen como principal agente analgésico el cloruro mórfico.

El empleo de la morfina como anestésico data de mucho tiempo, ya sola, ya asociándola con el cloroformo, pero su aplicación en el acto del parto no se había generalizado, por la acción retardatriz evidente que en las contracciones uterinas ejerce esta substancia, y por otra parte porque para determinar una analgesia suficiente, se necesitan dosis que llegan al límite de la toxidad tanto para la madre como para el feto.

La comunicación de Ribemont al participar que había hallado el modo de destoxicar la morfina, quitaba el principal inconveniente a este agente, y como por otra parte, se aseguraba que el medio utilizado para detoxicarla, actuaba como accitócico, parecía en realidad que el descubrimiento iba a marcar una nueva era en la analgesia del parto si se confirmaban en todas sus partes estas aseveraciones.

Nosotros, al investigar sobre este agente, no hemos empleado, al modo como lo ha hecho el Dr. Iraeta, de Bueno Aires, el método gráfico para comprobar si en realidad la contracción uterina era más o menos potente después de la administración de esta substancia, pues aun reconociendo la deficiencia del método de observación directa, nos hemos conformado con la investigación clínica apreciable por la palpación y con la medición del tiempo de duración de la contracción uterina. Los resultados de nuestras investigaciones demuestran que no existe una disminución marcada en el ritmo de la contracción uterina, sino al contrario, inmediatamente después de la inyección, parece acentuarse algo la fuerza de las mismas, si bien este efecto es muy pasajero y poco perceptible.

Con la «Partoanalgia» de Cantón, obsérvase a los pocos minutos de la inyección un aumento en la contracción uterina, aumento debido al extracto hipofisario que contiene este específico.

La destoxicación de la morfina por el método de Paulín se realiza mediante la asociación de fermentos que cual el de la levadura de cerveza tiene una acción accitócica bastante menor que la del extracto hipofisario, de manera que, por lo que se refiere a la acción retardatriz del parto con el uso de estas sustancias, puede decirse que no constituiría objeción contra su empleo.

En realidad, tanto con la «Antalgésina» como con la «Partoanalgia», por lo que nosotros hemos visto en nuestra limitada experimentación, el tiempo total de duración del parto no se halla profundamente modificado. Las observaciones del doctor Iraeta, de Buenos Aires, hechas con la medición gráfica de las contracciones uterinas, acusan un ligero aumento en el tiempo de duración total del parto.

El Dr. A. Beruti, de Buenos Aires, dice que, en un caso en que la aplicó, la tocanalgina obró como poderosísimo accitócico en el sentido de provocar una histérocinesis, disociando y rompiendo el paralelismo habitual entre ambos caracteres de la contracción.

Pero si como objeción al empleo de estas sustancias en el parto normal, en lo que se refiere a la duración del mismo no tiene gran importancia, otra cosa sucede en lo que se refiere a la afirmación de la destoxicación de la morfina. Es indudable que la morfina ejerce una acción analgésica grande cuando las dosis empleadas se aproximan a los límites de la toxicidad. La afirmación de que la mujer embarazada resiste dosis de morfina muy superiores a la mujer no grávida, es afirmación que carece en absoluto de fundamento. El estado especial en que la mujer se halla durante el parto, disfraza en algunas ocasiones la acción tóxica de la morfina, pero en realidad, tanto su influencia directa sobre el sistema nervioso central, como sobre el sistema

nervioso periférico, se manifiesta de modo evidente y tal vez en mayor escala en la mujer grávida que en la que tiene el útero en estado de vacuidad completa.

Los estudios experimentales hechos por el Profesor de Fisiología de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Houssay, demuestran que ni la adición de la levadura de la cerveza ni la hipofisina destoxican a la morfina y aun respecto a la primera substancia se encuentra, en los experimentos hechos, aumentado su poder tóxico.

La resistencia que ofrece el organismo humano a la acción de la morfina, tiene una variabilidad muy grande entre unos sujetos y otros; así en tanto en un individuo, con una inyección de 10 centigramos de morfina, puede llegar su acción tóxica hasta producir la muerte, en otros la tolerancia alcanza a dosis dobles y aún triples. Pero aun dentro de esta variabilidad, no podemos aceptar el efecto no tóxico, dado que produce una acción manifiesta sobre la presión sanguínea y la frecuencia de pulso.

En nuestras investigaciones personales, así como en las realizadas bajo nuestras indicaciones de nuestro Ayudante de Clínica Dr. Vital Aza, no han producido en ningún caso alteraciones muy graves en el organismo de la madre, ni la partoanalgesia, ni la antalgésina, si bien hemos de confesar que en ningún caso hemos llegado a multiplicar el número de inyecciones, que tanto Paulín como Cantón aconsejan en los casos de persistencia de los dolores y duración muy acentuada del parto.

Otra cosa debemos decir en lo que se refiere a la acción sobre el feto, y precisamente porque lo que hemos visto confirma en absoluto lo que nos ha manifestado en carta particular el Dr. Cantón, y porque coincide asimismo con lo publicado por el Dr. Iraheta en la «Revista de la Asociación Médica Argentina» en su número 136, esto es, que los fetos nacidos bajo la acción de los analgésicos mencionados, ofrecen casi siempre síntomas de intoxicación, que en una ocasión han llegado a producir la muerte del feto.

Es evidente que la morfina, al igual que la escopolamina, que el pantopón y que todos los narcóticos, lo mismo de la familia de las opiáceas que de la de las solanáceas, pasan al torrente circulatorio del feto y determinan alteraciones que pueden reputarse tóxicas, con mayor intensidad aún que en el organismo adulto. Los niños que nacen bajo la acción de estos anestésicos, vienen al mundo en unas condiciones análogas a aquellos que hemos mencionado anteriormente al hablar de nuestras investigaciones sobre la escopolamina y morfina que en el año 1905 practicamos en la Facultad de Medicina. Los fetos nacen dormidos, en un estado de sueño que puede reputarse verdaderamente alarmante: hay fetos en que a la media hora de haber nacido se establece regularmente la circulación, se despiertan y quedan en perfecto buen estado, pero hay otros que (en la observación personal y coincidiendo también con las observaciones de otros tocólogos que han investigado sobre estas sustancias) necesitan dos o tres horas para poder dejar al niño recién nacido en condiciones que permitan una tranquilidad sobre su vida ulterior.

Un agente que pone en tan grave peligro la vida del feto, hasta el punto que en número limitado de observaciones, cual es el nuestro, en un caso indudablemente ocasionó la muerte del feto y en dos casos publicados por el Dr. Iraeta, también a este agente hay que imputar el desenlace funesto de los mismos, no puede en modo alguno ser considerado como un analgésico ideal, cual fué reputado por el Dr. Cantón la partoanalgesia y por el Dr. Ribemont-Dessaigues la tocanalgesia.

Llames-Massim y Olamendi, en el Hospital Juan A. Fernández, de Buenos Aires, aplicaron esta sustancia con resultados inconstantes en el parto; A. Beruti y Adolfo Elías, en ensayos emprendidos en la Maternidad del Dr. Ubaldo Fernández, de Buenos Aires, en colaboración con el Dr. Peña, consiguieron efectos muy variables en lo que respecta a la acción sedativa de la tocanalgesia, ni favorables ni desfavorables en cuanto a la

marcha del trabajo, y *relativamente* inocuos por lo que concierne a la salud de la madre y del hijo, y J. M. Ramírez Olivella y J. F. Arteaga, de la Habana, concluyen que con estos métodos de analgesia obstétrica se compromete, por lo menos, la vida del nuevo ser.

No queremos, ni pretendemos en este pequeño artículo hacer consideraciones sobre la acción fisiológica de estas substancias, pero sí nos creemos en el deber de publicar los resultados obtenidos, ya que distan mucho de ser los que con tanto entusiasmo fueron presentados a las Academias de Medicina. Como quiera que trasciende al público y existe un verdadero deseo de encontrar el medio anestésico que, sin peligro para la madre y para el feto, represente la supresión del dolor en el acto del parto, es necesario hacer investigaciones clínicas y aportar cada cual el producto de su experiencia para evitar que el mercantilismo de algunos pueda llevar, por medio de anuncios apoyados en comunicaciones a cuerpos científicos de gran honorabilidad, medios de propaganda de agentes cuyo empleo en la práctica puede representar un verdadero peligro.

No creemos que debe dejarse el terreno de la investigación en este sentido pero hoy por hoy no podemos en modo alguno considerar la morfina como destoxicada, y, por lo tanto, no podemos aceptar que pueda administrarse impunemente a la parturiente con el objeto de amenguar los dolores.

El resumen de lo por nosotros observado con las inyecciones analgésicas a base de morfina es, pues, que si bien no tienen una acción muy manifiesta sobre las contracciones uterinas para poder decir que se alarga sobremanera el tiempo total del parto, como ocurre con la morfina sola, no existe ventaja alguna para los diversos períodos del parto.

Con la «partoanalgesia», si se administra en pleno período expulsivo, como quiera que actúa una cantidad de extracto hipofisario, puede resultar acelerado este período, pero sin gran ventaja en el sentido analgésico,

ya que la acción excitante de las contracciones uterinas aparece mucho más pronto que la acción calmante de la morfina, que entra en la composición del específico.

No aceptamos en modo alguno, que exista la desintoxicación del alcaloide del opio, ya que tanto los efectos sobre la madre, como los muy manifiestos sobre el organismo del feto, acusan igual grado de toxicidad empleando esta substancia, asociándola con los fermentos o con el extracto hipofisario. Las condiciones en que nacen casi todos los fetos, después de haber utilizado estas substancias, aun cuando solo en algunos casos pueden llegar a producir la muerte, son en nuestro sentir de tal consideración e importancia, que en modo alguno nos creemos autorizados a usar este agente, ya que nuestra misión no es la de terminar pronto el parto sin dolor, sino que éste se realice bien y sin perjuicio alguno para la madre y para el feto.

El Dr. Iraheta acusa en sus observaciones un retardo manifiesto en la rotura espontánea de membranas, hasta el punto de que en la partoanalgesia ha tenido que verificar la rotura artificial en un 31'70 por 100 de casos, y con la tocanalgesia en un 32'82 por 100. En nuestras observaciones personales no hemos podido comprobar este retardo en la rotura natural de la bolsa de las aguas, pero nos merecen entero crédito las observaciones del tocólogo de Buenos Aires, y lo mencionamos como nuevo elemento de investigación clínica.

En el caso de muerte de feto que en la Clínica tuvimos después del uso de la partoanalgesia, no podemos culpar más que al empleo de este agente analgésico, ya que ni por la duración del parto, ni por la presentación, ni por ninguna de las circunstancias que en el parto concurrían, había motivo de ninguna especie para que el feto naciera muerto. Nació como nacen casi todos los que en estas condiciones vienen al mundo, apnéico, con algún que otro latido cardiaco, y en vez de regularizarse la circulación y de desaparecer el estado apnéico, aquél fué acentuándose y la muerte sobrevino al poco tiempo.

Las investigaciones con los dos fetos nacidos muertos, en la Maternidad de Buenos Aires, realizadas en el Departamento Nacional de Higiene, de aquella ciudad, dieron como resultado el no hallar lesión macroscópica ni microscópica que fuera causa de la muerte, y el informe toxicológico del Dr. Guardado, va con la conclusión de que en las vísceras remitidas existía el mismo alcaloide que en el producto denominado tocanalgia.

Así, pues, creemos que, hoy por hoy, no puede aceptarse en modo alguno en la práctica tocológica el uso de los agentes analgésicos a base de morfina.

Lo expuesto referente a la morfina, tiene igual aplicación a lo que se refiere al pantopón, que a pequeñas dosis no es suficiente para calmar los dolores del parto, y a grandes dosis resulta verdaderamente tóxico, y ha sido en algún caso causa de la muerte, no sólo del feto, si que también de la madre.

El Dr. Martín Muñoz, en una comunicación a la Sociedad Ginecológica Española, en 25 de noviembre de 1914, presentó una substancia denominada «Eugaleno», compuesta de éter sulfúrico, paraldehído y una pequeña cantidad de novocaína, con cuyo preparado, inyectado subcutáneamente, decía que había alcanzado la analgesia completa en el acto del parto, hasta el punto de que éste se hacía completamente indoloro, sin influir para nada en el número y potencia de las contracciones y sin que existieran, en ningún caso, contraindicaciones a su empleo. La facilidad de la aplicación de esta substancia, de la que basta, según el autor, el uso de un centímetro inyectado subcutáneamente, repetido una o dos veces, para alcanzar el efecto deseado, ha hecho que se ensayase por muchos tocólogos, entre ellos el doctor Zuloaga y mi auxiliar de la Facultad de Medicina, Dr. Becerro de Bengoa.

Desgraciadamente, ni las observaciones del Dr. Zuloaga, ni las veintiséis observaciones que sobre esta substancia ha hecho el doctor Becerro de Bengoa, han permitido confirmar esta deseada acción. Nosotros la he-

mos utilizado solamente una vez en una múltipara, en que a pesar de influir con la sugestión como coadyuvante del medicamento, no logramos alcanzar efecto anestésico de ninguna especie.

De lo hasta la fecha publicado referente a la anestesia durante el parto normal, y del conjunto de nuestras observaciones, sacamos como conclusión que nada hemos adelantado en estos últimos tiempos en este capítulo de la asistencia al parto. Continúa siendo el «cloroformo a la Reina» el mejor método para disminuir los dolores del parto, previo el examen de las condiciones de la parturiente, hecho en cada caso particular, y el empleo de una técnica apropiada.

DR. SEBASTIÁN RECASENS.

(Rev. Española de Obst. y Ginecología.)

UN NUEVO METODO TERAPEUTICO

LA CENTROTERAPIA

Casi no puede dudarse ya de que el empirismo ha hecho su época y desaparecido casi totalmente del vasto campo de la ciencia, cuyo fin es la curación de las enfermedades. La terapéutica ha salido ya de los estrechos límites del libro, adonde se la había encerrado y dirigiéndose al lecho del enfermo, escrutando cuidadosamente los desórdenes producidos por la enfermedad y tratando de remediarlos después, a favor de variadas modificaciones aportadas en el ejercicio del fisiologismo orgánico. Claro es que los progresos de la ciencia de curar están supeditados a los de la patología, la ciencia

de las enfermedades, contra la cual aquella debe combatir, librando batallas que no siempre está segura de vencer, sobre todo cuando a la incertidumbre de las armas de que dispone, se añade la invisibilidad del enemigo, los arcanos de la enfermedad, y, en fin, la inseguridad del método, que constituye un guía del que absolutamente no podemos prescindir. De tales circunstancias han nacido las diversas especies de terapéutica, denominadas patogénica, naturalista, etiológica, sintomática, estadística etc., según los principios y reglas que las informan. Completando el acervo curativo, se ha incorporado en estos últimos tiempos al arte de curar, un método de los más fecundos, destinado quizá a revolucionarlo y sobre cuyos benéficos resultados para la humanidad doliente nunca se insistirá bastante: queremos referirnos a la Centroterapia, fundada y difundida por el ilustre médico francés, monsieur, Pierre Bonnier.

*

De las causas de destrucción internas y externas, del conflicto agudo entre el organismo y su medio, que mantiene permanentemente tensa la actividad protoplásmica, nace la vida. Ignoramos seguramente las formas con que lucha el organismo, las íntimas actitudes que toma en el combate, hurtándose a las causas de destrucción que lo acechan, a beneficio de lo que monsieur Grasset ha llamado *antixenismo*; pero el sistema nervioso que permanece siempre alerta y vigilante, sabe de estas luchas; conoce de estos conflictos, aún más, los orienta y dirige, dirige y asocia en un todo armonioso que es la vida normal, los millares de vidas microscópicas de las células agrupadas en esa inmensa colonia que es el organismo. El sistema nervioso, es, en efecto, como muy bien dice Bonnier, el aparato que orienta to-

das estas pequeñas vidas elementales en una vida colectiva, el que centraliza todos los pedidos, todos los ofrecimientos, traduce todas las necesidades, canaliza, capitaliza estas actividades; distribuye todos los papeles, vigila todas las funciones y sobre todo la suya, dispensa fuerza y salud a cada uno según sus necesidades y según sus deberes orgánicos, impone el interés general del organismo a las mil conciencias socialistas que constituyen en nuestro yo. Bien, pues, el sistema nervioso en nuestro cuerpo, por su alta significación, por su diferenciación tan extremada, ocupa la más elevada gerarquía en la categoría de los órganos, manda y ordena, precide y dirige todas las actividades, todas las funciones que resumen la vida física y la psíquica; es él, en fin, el que se enseñorea de la vida. Su *estación central*, que es el bulbo, reside en «el sitio donde se estabilizan nuestras integridades orgánicas y nuestros equilibrios funcionales».

Allí se desarrolla, puede decirse, el drama oscuro de nuestra vida vegetativa, interviniendo el cerebro cuando alumbra las manifestaciones de la conciencia, en lo que hasta hace poco fuera reflejo, simple reacción y nada más; y como tal, se comprende, sin esfuerzo, que toda la fisiología deriva de él, como que permite que se desarrolle la vida, por su acción ponderada a cada instante, en serie ininterrumpida. . . . Y cada vez que ha sido desviada esta sabia fisiología normal, el organismo enferma; así es que las enfermedades serían, según reza aforísticamente Bonnier, *producto de los desfallecimientos bulbares*. Estando la *innervación*, la circulación nerviosa del conjunto orgánico, unida a la actividad fisiológica bulbar, sobreviene la *enervación* cuando estas relaciones han sido alteradas, cuando el equilibrio nervioso ha sido quebrantado. Esta ruptura del equilibrio debe ser más o menos brusca, como en la *epilepsia*, o silenciosa, ignorándolo nosotros mismos, las más de las veces; pero sin embargo, no menos capaz de inducir trastornos orgánicos y funcionales, es la *epistasia* de M. Bonnier.

*

La terapéutica, pues, del ilustre neurólogo francés, estriba en *despertar y restaurar la vigilancia de los centros bulbares*, darles la buena actitud funcional, devolverles su actitud normal, obligándoles a funcionar según la sabia fisiología de otrora que los hacía dueños de la vida. Tal y no otra cosa haría en realidad, siquiera inconscientemente, según M. Bonnier, cualquiera otra terapéutica, que no es más ni menos que *centroterapia*.

M. Bonnier, en sus obras y en numerosísimas comunicaciones a las academias científicas y sociedades sabias, se aplica a demostrar esta proposición con bien ajustados ejemplos y sale triunfante de su empeño. Diferenciándose de la *reflexoterapia*, por un punto importantísimo, cual es la *epistasia*, la *centroterapia* tiene su campo de acción en los centros bulbares, que son *centros reguladores* y no *reflectores*; y estando colocados los centros estabilizadores en el bulbo, se comprende que, actuando sobre el nervio trigémino, cuya enorme raíz recorre todo el bulbo de arriba abajo, y que tiene su proyección sobre la mucosa de la nariz, se puede actuar mediante el centro, sobre tal o cual órgano. Es en efecto el nervio trigémino el camino más accesible, más corto, y, en fin, más apropiado para el transporte de las excitaciones hacia los centros estabilizadores automáticos sobre los que reposa el equilibrio complejo de nuestra vida vegetativa; consiguiéndose así, mediante sollicitaciones fisiológicas oportunas, despertar la actividad bulbar y proveer a la curación de las diversas enfermedades.

Sobre esta fecunda teoría de M. Bonnier ha desarrollado en numerosas publicaciones desde 1906 a la fecha, se funda el nuevo sistema terapéutico, tanto más activo cuando en su actuación es más directa e inme-

diata, y con el que se obtienen maravillosas curaciones en las afecciones más diversas y en los casos más variados. Conocida la topografía, o, mejor dicho, la proyección de los centros bulbares sobre la mucosa nasal, que M. Bonnier ha establecido con singular acierto, podrá desarrollarse toda la terapéutica sobre ese fichero naso bulbar, bastando al efecto simples toques de cauterio para accionar el *centro bulbar epistásico* (léase desfalleciente), sin que sean de temer las pérdidas de equilibrio en aquéllos que lo tienen y sí sólo, excepcionalmente, una ligera exasperación del trastorno, indicando que se está en la proximidad del centro sobre que se va a actuar.

Las aplicaciones del método centroterápico alcanzan a todos los dominios del arte de curar, y los resultados obtenidos a juzgar por las copiosísimas estadísticas publicadas por Bonnier y su escuela, son de los más satisfactorios. La importancia del nuevo método curativo sube de punto, si se considera, aparte de su inmenso interés teórico, la facilidad de su aplicación, unida a su alto valor práctico, puesto que el enfermo se hace inmediatamente cargo de lo razonable que es la idea de curar la enfermedad de que padece, despertando directamente la actividad de los centros nerviosos, que, normalmente, nos mantienen en estado de sanidad.

Aplicando M. Bonnier su método de sollicitación bulbar en los niños retardados, ha obtenido notables resultados, de los cuales podría beneficiar inmensamente la pediatría y aún la pedotecnia, dado que el problema de la educación de los llamados *arrierés*, entra por mucho en sus actuales preocupaciones.

El asma, las hemorroides, la neuralgia, los trastornos del aparato digestivo, del circulatorio, del vértigo, la agarofobia, la claustrofobia o miedo de los túneles, los trastornos periódicos de la mujer, etc., etc., se combaten resueltamente por la vía nasobulbar. ¡Si se leen las estadísticas publicadas por el doctor Bonnier y sus discípulos, se queda uno perplejo al pensar que se han

necesitado tantos siglos para aplicar sistemáticamente a la práctica de la medicina la *centroterapia*, método empleado desde antiguo por los chinos, que con la aplicación del *Tcha-Tchin* o *picadura de aguja*, demostraron poseer una noción muy clara de la *derivación cutánea*, que por la irritación de los territorios tegumentarios permite ejercer una acción directa sobre el equilibrio orgánico o funcional de los órganos profundos conjugados! Hay más, estudiando el papel de los centros bulbares en la defensa orgánica, M. Bonnier ha planteado en estos términos precisos el problema de la resistencia al cáncer; este terrible flagelo de la humanidad. *Despertando las actividades fisiológicas de la defensa bulbar, rejuvenecemos literalmente al organismo y retardamos la aparición del cáncer, hereditario o no. Además, disminuimos el dominio del cáncer sobre el organismo y su acción a distancia.* Y las experiencias realizadas por el mago del Hôtel-Dieu, de París, hacen esperar que si no se puede actuar favorablemente sobre el cáncer, se consigue hacerlo sobre el canceroso.

Para terminar, diremos que M. Bonnier, a quien significamos nuestro profundo agradecimiento por haber puesto a nuestro alcance todos los elementos de juicio para entender y juzgar de su teoría, aporta en confirmación de su método, una variedad riquísima de hechos clínicos, comprendiendo casi toda la nosografía médica, cada uno de los cuales constituye al propio tiempo una experimentación y una cura. De esta casuística, resulta toda la importancia de los sondajes nasobulbares, no solo desde el punto de vista terapéutico y clínico, sino también de la biología pura.

VICTOR DELFINO.

Buenos Aires, 8 de marzo de 1915.

(De Archivos de Terapéutica de las enfermedades Nerviosas y Mentales). — Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

TERAPEÚTICA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA

La casa de Salvat y Cia. de Barcelona edita una serie de libros útiles para el médico. De la colección llamada Biblioteca de Terapéutica que se publica bajo la acertada dirección de los profesores A. Gilbert y P. Carnot ya el público conoce valiosos ejemplares, y nosotros hemos recomendado dos tratados, uno de electroterapia y otro de psicoterapia.

Ahora tenemos el gusto de referirnos al Tratado de Terapéutica Obstétrica y Ginecológica.

Es una importantísima obrita que aparece con 319 figuras en el texto.

Tiene la ventaja que es un texto esencialmente práctico, y en él se hallan reunidos los conocimientos y reglas indispensables a los que se dedican a la práctica de la Obstetricia y de la Ginecología.

La obra es manual; pero no por eso es deficiente, pues encontraremos en ella todo aquello que sea urgente. Sus figuras son tan claras que podemos tomarlas como una descripción gráfica de los procedimientos.

Creemos que este libro ha llenado una necesidad, y todo práctico debe tenerlo en su escritorio a mano, seguro de que de su lectura sacará gran provecho.

También es muy recomendable para nuestros estudiantes de clínica obstétrica, y practicantes en general.

TRATADO DE OPOTERAPIA

La misma casa en la misma colección publica un tratado de Opoterapia.

La importancia de este ramo de la Terapéutica General a nadie se le oculta.

La historia nos relata que desde la más remota época se ha hecho uso de la Opoterapia; pero aquí como en otras muchas cosas, se llegó al extremo del abuso, y el descrédito surgió como consecuencia natural de prácticas viciosas y absurdas. Ha sido necesaria la acción depurativa del tiempo y la evolución de las ideas para que la Opoterapia saliera del crisol de la crítica tal como se nos presenta en nuestros días, es decir desprovista ya de lo fantástico y ridículo, y como una entidad científica.

Los conocimientos opoterápicos son hoy día indispensables tanto al catedrático como al clínico.

Una obra práctica de Opoterapia es de urgente necesidad, y esa necesidad la ha llenado la casa de Salvat y Cia. con la publicación del libro a que nos referimos. Nos parece bastante completa a pesar de que no es voluminosa.

Es una obra que por sí sola se recomienda, y no dudamos que el lector al conocerla sabrá apreciarla y le dedicará lugar predilecto en su librería.

MEDICACIONES SINTOMATICAS

La terapéutica hace crecer cada día más sus horizontes; el número de medicamentos nuevos es ya bien crecido; los procedimientos terapéuticos también aumentan, y el práctico se ve rodeado de novedades, las que con los medicamentos y procedimientos clásicos lo dejan en más de una ocasión perplejo, sin tener una decisión franca. Es necesario seguir un camino; pero no un camino desconocido porque la práctica civil tiene sus exigencias y hay que ponerse a cubierto de ataques, que aunque la mayoría de las veces son injustos, siempre perjudican.

De aquí la necesidad de que al estudio de la Terapéutica general se siga el de la Terapéutica aplicada, es decir de la Clínica terapéutica.

Tratados hay de clínica terapéutica, y entre ellos algunos muy buenos; pero los mejores son obras de consulta.

En atención a esa necesidad es que los profesores Gilbert y Carnot han hecho editar por la casa de Salvat y Cia. de Barcelona algunos volúmenes con el nombre general de Medicaciones Sintomáticas. Tenemos a la vista el volumen de Medicaciones Sintomáticas Circulatorias, Hemáticas y Nerviosas.

En este volumen se encontrará aconsejado todo lo que el médico novel o el practicante debe hacer enfrente de un paciente con afección de los citados sistemas.

Es un libro muy práctico y a la vez ilustrativo; al lado de los conocimientos clásicos figuran los contemporáneos. En la exposición de las ideas hay bastante claridad; es ajeno a discusiones estériles y fatigantes; nos presenta lo útil nada más y por lo tanto es muy recomendable.

Suponemos que los otros tomos dedicados a los demás tratamientos sintomáticos sean tan recomendables como el que tenemos a vista.

La casa de Salvat y Cia. de Barcelona es acreedora a la confianza de los lectores y merece aplausos por sus publicaciones tan escogidas.