



BOLETIN MENSUAL

CUESTIÓN IMPORTANTE (1)

“¿Hasta qué punto es lícito en el orden moral la intervención de un Médico en la asistencia de un enfermo á quien otro Médico asiste?”

En el número anterior del *Boletín* manifesté el propósito de decir algo sobre tan interesante cuestión, planteada por mi querido compañero y amigo el Dr. D. S. de la Iglesia en su notable artículo “De rebus officii”.

Nadie, seguramente, espera con impaciencia el cumplimiento de tal propósito. Más para mí lo ofrecido es deuda.

Pego, pues, la hebra y digo que me parece cosa árdua y difícil el resolver á satisfacción de todos el problema que queda expuesto. Y nó porque sus términos ofrezcan realmente obstáculos de importancia á la acción de la razón y del buen sentido, sino porque consideraciones de segundo orden, intereses de clase más ó menos legítimos y otros elementos extraños á la cuestión, han venido á mezclarse en ella, para complicarla y obscurecerla.

En el caso particular referido por el Dr. de la Iglesia, la conciencia no puede abrigar la duda más ligera. No hay palabras bastante duras para condenar el proceder de aquellos dos Médicos que se prestaron á asistir subrepticamente á un enfermo, que diagnosticaron á la ligera sin conocer antecedentes y datos de importancia incuestionable, que llevaron la alarma y la desconfianza al ánimo del paciente y de su familia y que contrajeron inmensa responsabilidad moral, impidiendo ó dificultando la aplicación de un tratamiento racional y científico, que

(1) Del *Boletín del Colegio de Médicos de El Ferrol*.

tal vez hubiera logrado la curación, ó por lo menos hubiera prolongado una vida ó disminuido los sufrimientos de un hombre.

Pero las dificultades comienzan cuando se trata de generalizar, cuando se quiere pasar de los hechos singulares á la afirmación abstracta, cuando se pretende señalar en términos de regla ética y de obligación profesional el punto preciso donde acaba el deber del Médico de prestar sus auxilios á quien lo necesite y donde empieza la intrusión.

No es raro que Médicos sábios y discretos, exagerando nobilísimos sentimientos de compañerismo, sostengan y practiquen doctrinas según las cuales la vida y la salud de un enfermo, vendrían á constituir una especie de feudo del Profesor encargado de su asistencia, cuya venia sería absolutamente indispensable en todos los casos, para que otro Médico pudiese intentar la curación del paciente sin incurrir en tremendos anatemas. Ni faltan tampoco otros que hablan de estos asuntos lo mismo que si la Medicina no tuviese más finalidad que el brillo de nuestra profesión y el prestigio de todos los que la ejercen.

Cuando se trata de discurrir sobre incompatibilidades reales ó aparentes entre diversos deberes, parece de toda lógica que se empiece por examinar la importancia y la intensidad de cada uno de ellos, en relación con los demás. Y entre todos los deberes especiales del Médico, no hay duda de que ocupa el primer y más preferente lugar el de prestar los auxilios de su ciencia y de su experiencia á quien los necesite y los pida. Vienen después otros muchos deberes impuestos por la conciencia profesional, por el compañerismo, por el decoro de la clase médica, por las condiciones en que se ejerce la profesión y por las múltiples y complejas relaciones que median entre ella y la vida civil y social; pero todos estos deberes son de orden secundario respecto á aquel deber primordial, que forzosamente había de imponerse á ellos si hubiese oposición ó incompatibilidad entre unos y otros.

Pero ¿es que puede existir tal incompatibilidad? De ninguna manera. Podrá haber conflictos entre los afectos y las obligaciones; jamás entre verdaderos deberes de orden moral. Lo que hay es que, para justificar ante nuestra conciencia condescendencias y transacciones más ó menos disculpables, nos place á veces dar el nombre de deberes á consideraciones y miramientos que no han tenido nunca tal carácter, ó que lo han perdido por no haber cumplido un tercero condiciones indispensables para que lo tuviesen y lo conservasen. Los conflictos nacen de nuestros errores, de nuestros desaciertos y de nuestras pasiones, aunque nuestra vanidad nos mueva á cavejarlos en cuenta á fuerzas y circunstancias extrañas á nosotros.

Al tratar de estas cuestiones, se suele olvidar un elemento de influencia decisiva en ellas, y es la voluntad del enfermo y de su familia, que hoy depositan su confianza en un Médico y mañana se la retiran y prefieren á otro, quizás sin motivo racional, y que en último término tienen en todos los momentos el perfecto derecho de procurar la conservación de la vida y el restablecimiento de la salud del paciente por los medios que juzguen más adecuados para ello, dentro de límites y condiciones que no hay necesidad de explicar aquí. Cuando dos Abogados discuten litigiosamente una cuestión jurídica, hay un tribunal compuesto de letrados que da la razón á uno de ellos. Pero quien dirige para los efectos prácticos, las cuestiones suscitadas entre los Médicos, sobre el mal de un enfermo y sobre los medios de curarlo, quien decide cuál diagnóstico ha de aceptarse y cuál tratamiento ha de seguirse entre los diagnósticos y los tratamientos discutidos, no es un tribunal científico, ni una academia, ni siquiera un individuo de reconocida autoridad profesional; son personas incompetentes en absoluto, que resuelven tan graves problemas por la impresión que les causaron opiniones cuyos fundamentos no pueden apreciar, ó por lo que halaga sus afectos y sus deseos éste ó el otro juicio, ó por simpatías personales hacia el Médico que lo sostiene. Y en la mayoría de los casos, ni aun viene el fallo inapelable de los hechos á dar, en último término, la razón á quien la tenga, porque bien pocas veces sabe deslindar con seguridad absoluta la parte que corresponde á la labor del Médico en el resultado final de una enfermedad, entre el complicado nexo de elementos, accidentes y circunstancias que lo determinan.

Resulta de ello que el hecho de despedir un enfermo al Médico que le ha asistido, para ponerse en manos de otro, no es, en realidad, cosa que pueda mortificar en lo más mínimo al primero, porque de ningún modo significa que éste carezca de conocimientos científicos ó de experiencia, ni siquiera que en tal caso determinado no haya procedido con acierto: significa, simplemente, que una voluntad indocta y muchas veces caprichosa é irreflexiva, en uso de un derecho incuestionable ha pronunciado una resolución que, por su misma procedencia, no debe herir la susceptibilidad más exquisita.

Del olvido de esta condición ineludible y especialísima del ejercicio de nuestra profesión nacen á veces las dificultades y los conflictos. Por cualquier motivo disminuye ó desaparece la confianza depositada en el médico de asistencia. Este, por convencimiento de haber acertado en el diagnóstico y en el tratamiento, ó por amor propio muy disculpable en quien tal convencimiento abriga, no solo desatiende indirectas y ve-

ladas insinuaciones, sino que las recibe con enojo. El paciente ó sus deudos, acuden á otro Médico y, no por agraviar al de asistencia, sino antes bien por no molestarle, piden con vivos encarecimientos que se le guarde secreto sobre la nueva consulta, invocando muchas veces consideraciones de antigua amistad, ó deberes de gratitud, ó cualquier otra de esas mil relaciones de afectos, de sentimientos ó de intereses á que tanto obligan en la vida social y que no todos tienen valor para desatender, y así, por equivocaciones de unos y por debilidades de otros, se hace á escondidas y en condiciones deplorables para la salud del enfermo y el decoro profesional, lo que debiera hacerse á la luz del día, con ventaja para todos y sin mortificación para nadie.

¿Cómo se evita todo ello? Muy fácilmente: cumpliendo cada cual todos sus deberes, entre los que no haya, no puede haber incompatibilidad alguna. Al hablar de deberes, me refiero á los nuestros, á los deberes de los médicos. Los del enfermo y su familia forzosamente han de subordinarse al supremo derecho de utilizar todos los recursos que crean á su alcance para conservar la vida y restablecer la salud de aquél, entre los cuales figura en primera línea el de valerse en cada momento del Médico que más confianza le inspire. Es deber nuestro respetar este derecho y no poner obstáculos á su ejercicio, lo único que podemos exigir es que los interesados lo realicen con arreglo á aquellos preceptos de cortesía y de buena forma que á todos obligan en la vida social, y aun en este punto, si se tiene en cuenta lo que importan la vida y la salud y se piensa en la intención de ánimo de quien cree seriamente amenazada su existencia ó la de una persona querida, bien merecen alguna indulgencia ciertas transgresiones, no siempre imputables en primer término á los que las cometen.

En todos los casos y muy especialmente cuando se trata de enfermedades de curación larga, laboriosa y accidentada, el Médico de asistencia debe tener siempre prescrita la posibilidad de que el paciente ó su familia desee conocer el dictámen ó solicitar los auxilios de otro Médico, debe poner especial cuidado en observar los actos y las palabras que puedan darle la medida de la confianza que en él se tiene. Cuando abrigue dudas sobre el particular y cuando lo aconsejen las circunstancias ó incidencias que no pueden pasar inadvertidas á los ojos de un hombre de buen sentido práctico, debe sondar discretamente el ánimo de los interesados, anticipándose á su voluntad y abriendo camino para que francamente se le diga lo que tal vez se le calla por atendibles respetos. Y si se le hacen indicaciones más ó menos terminantes sobre la conveniencia de consultar á otros Profesores, debe re-

cibir las con agrado y apresurarse á deferir á ellas, antes de que se haga sin su aquiescencia y sin su intervención lo que de todos modos ha de hacerse, porque el legítimo afán de conservar la vida y la salud, podía detenerse un momento ante miramientos y respetos sociales, pero acaba por arrollar todas las dificultades y todos los obstáculos.

El Médico á quien se llama para ver á un enfermo asistido por otro Médico, está estrechamente obligado á exigir, sin contemplaciones ni condescendencia de ninguna especie, que este último tenga conocimiento de ello é intervengan en la nueva consulta, no ya por deferencia y cortesía hacia un compañero, sino porque en el cuidado de la vida de nuestros semejantes, tenemos el ineludible deber de agotar todas las garantías de acierto posibles y de reunir cuantos elementos de juicio pueden contribuir al éxito de nuestra labor, entre los cuales ocupan preferente lugar, en tal caso, los informes y observaciones del Médico de asistencia sobre el origen y desarrollo de la enfermedad y sobre la eficacia de los medios terapéuticos ya empleados para combatirla.

Claro está que el cumplimiento estricto de estos deberes cuesta disgustos y contrariedades. Haciendo caso omiso de mortificaciones de amor propio muy explicables, al ver cómo se impugna y abandona un diagnóstico formado después de un concienzudo estudio y creído con firmísimo convencimiento y el presenciar la sustitución de un tratamiento que se juzga desacertado y acaso contraproducente y funesto, son verdaderas y hondas amarguras para el Médico amante de la humanidad y de la ciencia. Pero nuestra profesión es profesión de abnegaciones y sacrificios. Puestos los ojos en nuestros altos ideales de caridad y altruismo, debemos afrontar serenamente las adversidades y los sinsabores que son condiciones ineludibles de nuestra misión, contentándonos con la aprobación de nuestra conciencia y con el aplauso de los buenos y de los inteligentes, despreciando los ladridos de ese vulgo ignoto que, como dice el Dr. de la Iglesia, se asombra de la divergencia de dos Médicos, ante intrincados problemas técnicos, y que naturalmente prefiere de ordinario la panacea del intruso y la afirmación rotunda del charlatán á las controversias, á las fundadas dudas y á las legítimas vacilaciones de los hombres de ciencia.

R. MILLE

EJEMPLOS QUE IMITAR

REUNIÓN GENERAL DEL COLEGIO DE OVIEDO.— El acuerdo más trascendental fué el que se refiere á la cuestión importantísima de la asistencia médico-farmacéutica en las *Sociedades aseguradoras de los Accidentes del Trabajo*, sometido por la Junta de Gobierno á la consideración y buen juicio de las Subcomisiones provinciales y que ella no pudo decidir por razones bien convincentes.

Todos los asistentes á la Junta general acordaron suscribir la proposición de nuestro digno Presidente comprometiéndose finalmente, y estableciendo su penalidad á los contraventores, á no *servir bajo ningún concepto oficialmente á dichas Sociedades*, obligándolas á descartar en sus seguros el correspondiente á la *asistencia médico-farmacéutica*, una vez que es atentatorio á la libertad profesional, á la dignidad de la clase, y al derecho del obrero, en cuyo beneficio exclusivo se hizo la ley de accidentes del trabajo, y altamente perjudicial á los médicos que libremente contratan con las empresas.

Ya lo saben los demás compañeros y sírvalos de norma de conducta: *los Médicos de Oviedo no quieren ser explotados por empresas económicas ni nacionales ni extranjeras*; el que quiera médico prestigioso que lo pague, como se paga al ingeniero, al capataz, al técnico de que dispongan.

Ya lo sabe el obrero que debe intervenir en lo que de cerca le toca. Ahora que obren en consonancia con sus deberes y derechos.

Este es el camino de nuestra regeneración y el primer fruto de estar colegiados.

El compromiso está redactado en la siguiente forma:

“ Los médicos de Oviedo se comprometen formalmente y bajo su firma á no aceptar compromiso alguno ni de palabra, ni por escrito respecto á los servicios de su profesión con las Sociedades llamadas *de Seguros de Accidentes del trabajo*, considerándose responsables ante un tribunal de honor si faltasen á lo pactado.

Oviedo 31 de Enero de 1902.— Siguen treinta y tres firmas,,.

COLEGIO MÉDICO DE SEVILLA Y SU PROVINCIA. — Deseosa esta Corporación de regularizar en lo posible los honorarios de los facultativos,

que desde tiempo inmemorial se vienen satisfaciendo sin norma fija ni relación alguna entre las distintas clases sociales, ha acordado en su sesión general de 26 de Enero último la creación del presente Arancel, aplicable á los casos que cada Profesor juzgue oportunos y á los servicios exigidos por las Autoridades.

Las bases adoptadas han sido la diferenciación de los clientes en diez clases según la cédula personal que posea el jefe de la familia asistida y la fijación del precio mínimo de 1 peseta en la Capital y 0'50 en los pueblos de la provincia por la visita ordinaria, y de 5 pesetas y 2'50 respectivamente por las consultas, cuyas cantidades que se considerarán como unidades, se cobrarán á los clientes comprendidos en la clase 10.^a, aumentando proporcionalmente estas unidades, tantas veces como crezca en categoría la cédula personal, según puede verse en el siguiente

CUADRO

| Clase de Cédula | Honorarios por visita | | | CONSULTAS | | |
|------------------|---|-----------------------|----|------------------|-----------------------|----|
| | CAPITAL Ptas. | PUEBLOS Ptas. Cts. | | CAPITAL Ptas. | PUEBLOS Ptas. Cts. | |
| 11. ^a | Asistidos por la Beneficencia Municipal | | | | | |
| 10. ^a | 1 | » | 50 | 5 | 2 | 50 |
| 9. ^a | 2 | 1 | » | 10 | 5 | » |
| 8. ^a | 3 | 1 | 50 | 15 | 7 | 50 |
| 7. ^a | 4 | 2 | » | 20 | 10 | » |
| 6. ^a | 5 | 2 | 50 | 25 | 12 | 50 |
| 5. ^a | 6 | 3 | » | 30 | 15 | » |
| 4. ^a | 7 | 3 | 50 | 35 | 17 | 50 |
| 3. ^a | 8 | 4 | » | 40 | 20 | » |
| 2. ^a | 9 | 4 | 50 | 45 | 22 | 50 |
| 1. ^a | 10 | 5 | » | 50 | 25 | » |

Los servicios efectuados desde las 10 de la noche á las 7 de la mañana, se conceptuarán extraordinarios, y devengarán honorarios dobles, sin bajar nunca de 10 pesetas en la capital y 5 en los pueblos.

Operaciones y partos a precios convencionales.

Sevilla 1.º de Marzo de 1902. — El Presidente, *Gumersindo Márquez*. — El Secretario, *Carlos Voisins*.

LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA RURAL

Introducción

(Continuación.)

ANESTÉSIA

que una analgesia completa, el operado no aqueja ningún dolor y, sin embargo, conserva la sensibilidad fáctil; lo propio ocurre con la sensibilidad térmica, pero sin llegar al dolor.

La rapidéz, intensidad y duración de la analgesia dependen de la concentración de las disoluciones, de tal suerte que la misma cantidad de alcaloide produce efectos diferentes según sea el título de las disoluciones empleadas.

Al propio tiempo que la analgesia, la cocaína produce una vasoconstricción más ó menos graduada, que se acusa por una decoloración de los tejidos con los cuales se pone en contacto. Las embrocaciones ó embadurnamientos de las membranas mucosas con soluciones de cocaína les hacen perder su coloración encarnada y la piel también cambia su color ligeramente rosado por las inyecciones intradémicas de alcaloide; en uno y otro caso aparece en los sitios donde ha tenido lugar la acción de la cocaína una palidez que se acentúa progresivamente, hasta llegar á un blanco lívido.

Esta constricción vascular, como fenómeno local tiene una importancia secundaria aunque aprovechable en la práctica porque nos marca el trazado de las futuras incisiones, como veremos al tratar de las inyecciones intradémicas.

Al absorverse la cocaína y penetrar en el torrente circulatorio posee la mayor parte de las propiedades de los anestésicos generales; produce la analgesia por el mismo mecanismo que ellos, repercutiendo sobre todos los elementos anatómicos, que excita primero y paraliza después (1). Pero aún cuando tenga las propiedades de aquellos no puede sustituirles, pues cuando aparece la anestesia general, la vitalidad del organismo se halla gravemente comprometida; solo se manifiesta como último período de la intoxicación.

(1) Dastre, La cocaïne, Rev. des sciences médicales, 1891, XL, p. 671-704.

Aún á débil dosis la cocaína ejerce su acción excitante electiva para los hemisferios cerebrales, que se traduce por una excitación psíquica é intelectual con cierta tendencia á reír y á hablar de una manera exagerada. Eso se presenta en algunos enfermos, pero sin llegar á grandes alteraciones intelectuales ni á los accesos de furor, característicos de las dosis elevadas y tóxicas.

La cocaína no limita su acción vaso-constrictora en el punto de aplicación, sinó que se manifiesta también á distancia, cuando la actividad circulatoria la pone en contacto de los diferentes órganos. Se nota entonces la decoloración de las mucosas, palidez de la cara, enfriamiento de las extremidades; el pulso se acelera y á veces es intermitente, el corazón late con mayor frecuencia y de una manera irregular; la respiración se acelera. Pero no debe olvidarse que para desarrollarse estos fenómenos, debidos á la excitación del sistema vaso-constrictor del bulbo-raquídeo y á la acción del alcaloide sobre el corazón, como veneno sistólico, que es preciso haber traspasado las dosis y la concentración de las disoluciones aconsejadas. Lo que sí se observa con relativa frecuencia es la anémia cerebral debida á la constricción vascular del encéfalo caracterizada por la tendencia al síncope de algunos enfermos; en efecto, en particular después de operaciones en el cuero cabelludo, en la boca, etc. se diseñan los signos propios de la lipotimia — vértigos, cefalalgía, alteraciones visuales y auditivas, hormigueos, contracturas, sudores y frío generalizados — como si el alcaloide absorbido en estas partes tuviera que recorrer un camino más corto para llegar al cerebro. Esta aparente vulnerabilidad especial de la cabeza — zona peligrosa, llamada por algunos — es debida en la mayor parte de los casos á la posición adoptada por el operando. Así, en la extracción de los dientes, en la extirpación de cancroïdes de la cara, de quistes sebáceos, etc., operaciones en las cuales por punto general se usa la cocaína como anestésico, el paciente está sentado. A mi parecer el síncope no es tan frecuente en las operaciones practicadas en otras regiones del cuerpo sencillamente porque la posición adoptada por el operando es el decubito horizontal.

No hay nada, por consiguiente, más lógico que aconsejar la posición echada á los enfermos, con el objeto de facilitar la circulación cerebral y poder luchar de esta manera con eficacia para escapar del síncope siempre inminente.

A la cocaína se le han atribuido muchísimos casos de muerte,

pero el profesor Reclus (1) que de los mismos ha hecho una crítica á la vez minuciosa é interesantísima, ha demostrado con pruebas fehacientes y con todo lujo de detalles que en su mayor parte la muerte es debida á un abuso flagrante en las dosis empleadas, llegando á reducir á tres el número defunciones, observadas después del uso de dosis terapéuticas. Por lo instructivas, transcribiré el resumen que de las mismas hace el Dr. P. Reclus: " en la primera, la de Knabe, la inyección de 2 centigramos de cocaina fué practicada en el deltoides de una muchacha de once años para combatir desvanecimientos frecuentes y añade el autor que la enfermita tenía una degeneración cardíaca consecutiva á una escarlatina. „ Pregunta Reclus ¿No pueden ser responsables de la muerte estas lesiones más bien que los 2 centigramos de cocaina? — En el segundo caso, el de M. Abadie, 5 centigramos fueron inyectados en el párpado inferior de una enferma; poco rato después de terminada la operación sobrevinieron fenómenos de asfixia y la muerte tuvo lugar cinco horas después del principio de los accidentes. ¿Es preciso culpar á la cocaina? dice Reclus. La autopsia demostró que la muerte era debida á una apoplejía cerebral, ya que existía un coagulo enorme que hacía presión en el suelo del cuarto ventrículo. Algun tiempo antes la enferma había tenido un primer ataque. El tercer caso, corresponde á un dentista de Lille que había inyectado 6 centigramos en las encías de un enfermo; después de algunos instantes sobrevino un síncope, y la muerte media hora más tarde. En la autopsia el médico forense encontró, arrollada alrededor del pecho, una cuerda que la enferma, piadosa y de una devoción exaltada, se había apretado hasta tal extremo que no se podía insinuar el escalpelo entre la cuerda y la piel. A cuya circunstancia, convinieron los médicos peritos, fué debido el síncope mortal, gracias á las dificultades que su disciplina creaba á la respiración. „

La cocaina puede emplearse en aplicaciones directas al exterior, en inyecciones intradérmicas (Reclus), por la impregnación de un tronco nervioso (anestesia regional de Krogins, Braun) por infiltración (método de Schleich) y en inyecciones intra-raquídeas raquicocainización (Corning. Bier).

1.º *Aplicaciones directas al exterior.* — Su empleo se limita á

(1) P. Reclus, La cocaine en chirurgie, Paris, 1896 p. 33 y siguientes. El mismo, en la Semaine medicale, 1893, p. 244.

las mucosas, produciéndose una analgesia tan poco graduada, hasta con disoluciones de 3 á 5 por 100, que solo se utiliza para determinadas exploraciones dolorosas ó en ciertas intervenciones insignificantes.

Inyecciones intradérmicas. — La verdadera aplicación de la cocaína la constituyen las inyecciones intradérmicas, tan preconizadas por Reclus, procedimiento de gran utilidad y á menudo el único accessible para el práctico aislado, cuyas positivas ventajas, personalmente he comprobado y puede convencerse quién siga estrictamente los consejos dados por aquel célebre cirujano de París, siendo de un empleo tan sencillo que aventaja á qualquier otro.

Se recurre á las inyecciones intradérmicas de cocaína en todas las operaciones típicas, en las cuales de antemano conocemos la técnica, cuando el campo operatorio es poco extenso y siempre y cuando condiciones especiales nos hagan temer á los anestésicos generales.

No resulta posible el empleo del método que nos ocupa: en los niños, en operaciones atípicas, de foco extenso, con planos superpuestos, necesitando cada uno de ellos una anestesia independiente, en ciertas ulceraciones y trayectos fistulosos y en operaciones de técnica compleja, en especial las abdominales.

Una vez decidida la analgesia cocainica se han de tener en cuenta una série de reglas capitales á fin de obtener los resultados satisfactorios que sin estas precauciones no podriamos alcanzar. Es indiferente que el enfermo haya ó no comido, aún cuando es mejor que haya hecho una comida ligera antes de empezar la operación. Otra prevención buena es avisar á la familia que tengan preparada una taza de café negro fuerte y un vaso de coñac para el caso de presentarse una lipotimia, ó también para beberlo á sorbos en el curso de la intervención, como medida preventiva, si esta fuera de alguna importancia. La regla verdaderamente capital en el concepto preventivo es el descúbito horizontal para facilitar la circulación encefálica é impedir en lo posible los fenómenos de la vaso-constricción y el síncope consiguiente; esta posición la debe conservar el enfermo dos ó tres horas más después de la operación, hasta haber hecho la primera comida, pues, de otra manera se pueden presentar vertigos, agitación, dolores en el epigastro, etc. En niños, en personas pusilámines y, sobre todo, en las mujeres nerviosas es conveniente cubrirles los ojos con una compresa ó con un pañuelo porque al ver los instrumentos y demás preparativos se impresionan vivamente y

en el curso de la intervención aquejan dolores agudos cuando en realidad sólo perciben simples sensaciones de contacto.

Las disoluciones se prepararán con agua destilada hervida para que sean lo más asépticas posible, más nunca se disolverá el alcaloide en el agua hirviendo, ya que por la acción del calor la cocaína se transforma en ecgonina, sustancia que no es anestésica. Así, pues, el agua que se haya llevado á la ebullición, sostenida durante media hora, se dejará enfriar completamente antes de añadirle la cocaína para preparar la disolución enalgésica, la cual es conveniente que sea fresca, es decir, recién preparada, porque si tiene más de dos ó tres días su poder anolgesiante es menor; si data de más tiempo el fracaso de las inyecciones es completo, gracias á que la cocaína se altera con suma facilidad.

Las disoluciones han de ser poco concentradas, pues así resultan inocentes conservando sus propiedades analgésicas y sin traspasar la dosis que el organismo soporta sin peligro se pueden multiplicar las inyecciones. Para operaciones de poca importancia me sirvo de disoluciones al 2 por 100, pero en aquellas en que el campo operatorio es de mayor extensión ó por necesitar por cualquier causa mayor cantidad de alcaloide empleo la disolución al 1 por 100, que es la recomendada invariablemente por P. Reclus. Con esta disolución (1 p. 100) se pueden practicar de 15 á 19 inyecciones de gramo (ó sea, 15 á 19 geringuillas de Pravaz), cuya dosis no conviene traspasarla bajo ningún concepto, suficiente por otra parte para cualquier operación reglada de alta cirugía, (quelotomias, ano contranatura, cura radical del hidrocele, ciertas amputaciones y Reclus ha llegado á practicar sin traspasar esta dosis: gastrostomias, laparotomias por quistes del ovario, histerectomias vaginales, etc.)

El clorhidrato de cocaína, única sal que debe emplearse, tiene propiedades diferentes según la concentración de las disoluciones, experimentando desde luego con las mismas dosis. Por ejemplo, 10 centigramos de clorhidrato de cocaína disueltos en 10 gramos de agua son más peligrosos que los mismos 10 centigramos, y hasta que 20 centigramos, disueltos en 100 gramos. A esta circunstancia se deben algunos accidentes graves observados con dosis pequeñas (5 y 10 centigramos) por cirujanos de reconocida pericia al paso que con las disoluciones al 1 y al 2 por 100 jamás se presenta el menor incidente, teniendo en cuenta desde luego cuantos preceptos van indicados.

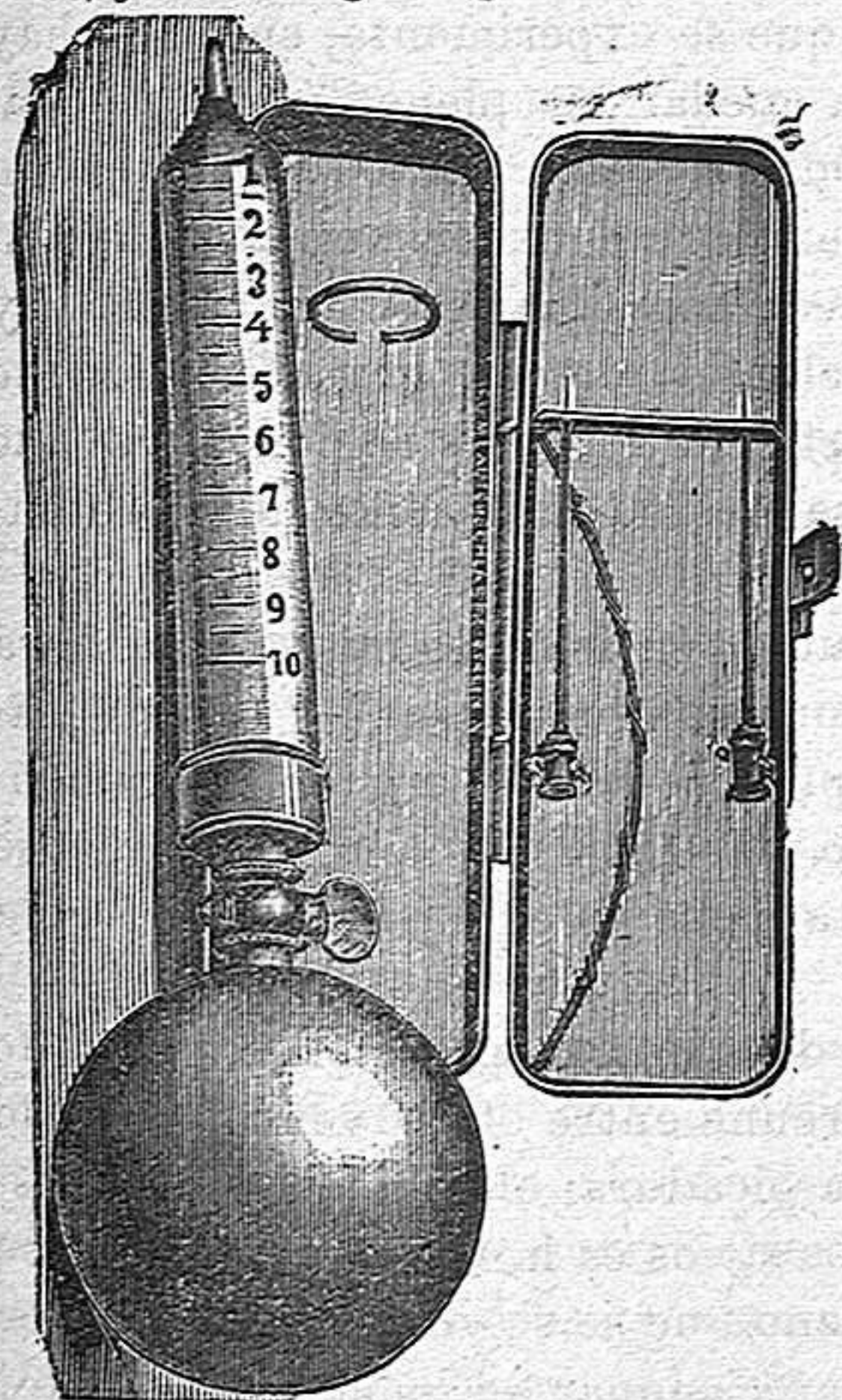
La concentración de las disoluciones también influye en la rapidez y duración de la analgesia; ésta es casi instantánea con disoluciones al 5 por 100, desechadas, al paso que con disoluciones al 2 y al 1 por 100 tarda en presentarse tres y cinco minutos respectivamente; analgesia que se sostiene una hora con las primeras, media hora con las del 1 por 100 y con las del 2 por 100 algo más.

Por regla general bastan de 8 á 10 gramos de la disolución al 1 por 100 para las intervenciones corrientes, ó sean 8 á 10 centigramos de alcaloide, siendo muy raro que se necesiten cantidades superiores. Solo en determinados casos, verdaderamente excepcionales, se ha de traspasar aquella dosis y llegar á 15 ó 19 gramos de disolución (15 á 19 centigramos de cocaína), pero bajo ningún pretexto *jamás alcanzaremos dosis superiores á 20 centigramos de alcaloide* (Reclus). (1)

Es de absoluta necesidad servirse de una disolución fresca y aséptica, y de una geringa esterilizada. No se debe cargar la geringa directamente de la botella en que está contenida la disolución, si-

nó de un pequeño recipiente (vasito, tacita, jícara, etc.) de hierro esmaltado que se esteriliza por medio de la llama (*flambage*) y al cual se vierte la cantidad necesaria de disolución.

Entre los variados modelos de geringas que hay, cualquiera es aceptable mientras reúna las condiciones que exige la asépsia moderna. Los modelos preferentes son: el de Roux de 1 gr., perfectamente esterilizable; el de Debove, cuyo pistón de amianto resiste altas temperaturas sin la menor alteración y la geringa asepticable del profesor Koch, que consiste en un cilindro de cristal, de 1 gramo de capacidad,



Geringa esterilizable del profesor Koch

(1) P. Reclus, *La cocaïne en chirurgie*, Paris, 1896, pág. 75 y 77.

exactamente graduado, con monturas de metal niquelado, y lo que resulta más nuevo en el aparato, una pera de caucho en sustitución del émbolo.

La MANERA DE PRACTICAR LA ANALGESIA COCAÍNICA es muy sencilla: desinfectada la región como para cualquier otro acto quirúrgico, se fija el sitio exacto de la futura incisión y su extensión; en una de sus extremidades se introduce la punta de la aguja de la geringa, llena de disolución cocaínica, casi paralelamente al tegumento, pero sin atravesarlo, quedando en el espesor del dérmis, y se empuja ligeramente el pistón; en el instante la piel se hincha ligeramente, toma un color blanco súcio que marca la parte anestesiada y, desde este momento, cesa todo dolor. A medida que la aguja atraviesa lentamente en el espesor del dérmis se empuja el pistón de la geringa y de esta manera los tejidos se van anestesiando antes de ser atravesados por la aguja.

Si se atraviesa el dérmis y se penetra en el tejido celular se reconoce por la falta de resistencia que se experimenta; entonces hay que retirar un poco la aguja hasta quedar en pleno dérmis, lo cual se reconoce por la ligera hinchazón y el color blanco que deja en pos de sí el líquido y por la resistencia que experimenta la aguja. En determinadas partes, como sucede por ejemplo en los párpados y en el prepucio, el dérmis es tan delgado que con gran facilidad se atraviesa, inconveniente sin importancia en estas regiones, ya que en ellas la infiltración anestésica se efectúa fácilmente de la profundidad á la superficie.

Ocurre con frecuencia que la futura incisión es muy larga para poderla recorrer en una sola vez con las agujas usuales; en este caso, hay que retirar la aguja y después de haber cargado nuevamente la geringa, introducirla un poco más arriba del punto en que se suspendió la inyección, porque esta parte ya está anestesiada y la picadura no es dolorosa.

Este método de analgesia, que debemos al profesor Reclus, de quien extractamos estos párrafos, reúne entre otras ventajas la de no ser dolorosa más que la primera picadura; el trazado de la anestesia es interrumpido y en todos los sitios es la misma; en fin, si se atraviesa una vena la dosis de veneno que se se vierte en el interior de ella es demasiada pequeña para ocasionar el menor accidente. Además, la red vascular del dérmis es muy pequeña para hacer temer ningún peligro. No sucede lo propio con algunos órganos, —el

cuello uterino, ciertos angiomas, la lengua entre ellos, — en los cuales, dada su riqueza vascular, es posible la absorción de cierta cantidad de alcaloide, suficiente cuando menos para alterar el equilibrio fisiológico de los enfermos. Para evitar este inconveniente, en ocasiones muy peligroso, se puede practicar la inyección retrógrada, introduciendo toda la aguja en el espesor del dérmis y empujando luego el émbolo á medida que la retiramos.

Una vez terminada la inyección es necesario esperar cinco minutos para que la analgesia sea completa. Después de este momento de espera, que puede aprovecharse para la asépsia definitiva, se coge el instrumento cortante y se divide la piel, siguiendo siempre la infiltración *analgésica*, por que la cocaína se difunde poco en los tejidos y su acción analgesiante se ejerce casi únicamente con los elementos anatómicos con las cuales se pone en contacto. A la ignorancia de esta regla se deben muchos fracasos, por cuanto en la trama del dérmis el trazado insensible apenas alcanza 10 centímetros en amplitud, ó sea medio centímetro á cada lado del centro de la línea de analgesia y, por consiguiente, á poco que nos apartemos de ella los enfermos experimentan fuertes dolores. Precisamente esto es lo que ha sucedido en algunos casos en los cuales la inyección estaba bien hecha y la analgesia era perfecta, pero los ayudantes han ejercido tracciones de los tejidos, han estirado el tegumento y el operador no ha iniciado el trazado insensible sinó fuera de él. Por consiguiente, deben evitarse toda suerte de maniobras que tiendan á destruir el paralelismo de los tejidos, en aquellos casos en que se tema no reconocer bien el trazado, sea por la extensión excesiva de la incisión, sea por tratarse de regiones en que la piel es muy movable, ó porque una parte de la región operatoria esté cubierta por un relieve, situado en una aufractuosidad, et., no debemos vacilar en ir marcando la línea de la futura incisión á beneficio de un pincel mojado en tintura de yodo.

A la escasa difusión de la cocaína en superficie debemos añadir la infiltración analgésica casi nula en profundidad. Teniendo esto en cuenta, para una analgesia perfecta, si el acto operatorio es complejo y hay que seccionar varias capas de tejidos, no basta con la inyección superficial hasta ahora mentada, sino que es preciso repetir las inyecciones para cada plano, pues, cada uno de ellos reclama una analgesia particular, si bien para cada una de ellas se necesitará menos cocaína que para la piel. Por ejemplo, en una quelotomía

hay que anestesiar sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, las cubiertas fibrosas del saco, peritoneo; cuando se ha de llegar al hueso, de un miembro v. gr., necesitan otras tantas analgesias sucesivas la piel, el tejido celular, la aponeurosis, los músculos y el periostio.

En fin, como última consideración para terminar lo referente al método de Reclus, resta indicar que siempre y cuando sea necesario el uso del termo-cauterio no comenzaremos la intervención hasta que la analgesia sea completa (5 ó 6 minutos), pues, de no ser así, como que el calor altera la cocaina y obra, además, por irradiación, el paciente podría percibir algún dolor.

J. MAS CASAMADA.

(Se continuará).

Monte-pío del Colegio de Médicos de Gerona

Resúmen numérico de asociados y de fondos en el 1.º trimestre de 1902

DE SOCIOS

Se ha dado de baja voluntariamente D. Pablo Arbós, de Llivia, sin haber aceptado ningún recibo del año 1901, quedando por lo tanto 73 socios de número y dos protectores.

DE FONDOS

Se han cobrado 38 cuotas trimestrales, que á 12'50 pesetas cada una importan. 475 Pesetas
 Que sumadas á las que existían en Caja. 2782'50 "
 Importan un total de. , 3257'50 "

No ha habido salida alguna de la Caja.

VICENTE PAGÉS, *Secretario.*