

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Noviembre—1911

Núm. 203

Sumario

Discurso de apertura de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, por su presidente D. Manuel Saralegui.

Academias y Congresos: Asociación francesa de cirugía. XXIV Congreso (Paris, 1911).

Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) **Doctor H.** El hierro en la tuberculosis.—2. El régimen en la apendicitis,—3) Las formas clínicas de la fiebre ganglionar en el niño.

Sección profesional.

DISCURSO DE APERTURA

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

por su Presidente D. Manuel Saralegui

SEÑORES ACADÉMICOS

Si deber penoso ha sido para los que, con grandes méritos y abundante bagaje científico, han ocupado, antes que yo, el honroso puesto de Presidente de esta Academia, el hacer el discurso de inauguración del curso académico, calculad lo que será para mí, que llegué á él porque á él me quiso traer vuestra infinita bondad, no mis propios méritos, y calculad, también, cuanto tendré que fiar en esa misma bondad vuestra para salir medianamente airoso de mi cometido, para lo que pido y espero vuestra siempre benévola indulgencia.

Y esta indulgencia os la pido también por si el tema elegido para cumplir con el precepto estatutario os pareciera inadecuado ó poco interesante. No es fácil para un farmacéutico, y menos para un farmacéutico práctico como yo, alejado, por exigencias

de la vida, de los estudios y especulaciones teóricas y recluso entre morteros y hornillos á la ingrata y poco instructiva labor de rebotica, el hallar y poder desarrollar con éxito temas interesantes y apropiados á una Academia, como esta, en la que predomina el elemento médico.

He procurado, pues, huir de temas de gran interés científico, no sólo porque no podría desarrollarlos con la brillantez á que tenéis y tiene esta Academia derecho, sino porque sería ridículo en mí abordar lo que prestigiosas firmas y respetables autoridades médicas han desflorado ya con sus brillantes plumas profesionales. Me ha parecido mejor elegir un asunto, ciertamente no muy transcendental, pero tampoco muy trillado: que aunque ya de muy antiguo conocido, es muy reciente aun cuando ha empezado á fijar la atención de los prácticos y en el que quizá pueda yo aportar mi pequeño grano de práctica profesional y de propia observación.

Me propongo, pues, distraer vuestra atención durante algunos minutos leyéndoos este trabajo, que he titulado «*Estudio bioquímico de las leches fermentadas y en especial del Kéfir.*»

Generalidades é historia

No es, ni mucho menos, una novedad esto de las leches fermentadas; como que su conocimiento y empleo se remonta á muchos siglos de antigüedad: en efecto, en las regiones septentrionales del Cáucaso, en las estepas de la Siberia y en la Rusia meridional se usan desde tiempo inmemorial, sobre todo entre la población mahometana de estas regiones y otras orientales, las bebidas fermentadas á base de leche, ya de vaca, ya de yegua, de oveja y hasta de búfalo, conocidas con los nombres de *Kéfir*, ó *Kápir*, de *Koumyss*, de *Yohocurt*, etc.

Xenofonte y Plinio las mencionan en algunas de sus obras y Herodoto dice que los Scitas del bajo Danubio conocían la preparación del *vinó de leche*.

La tradición mahometana hace remontar su origen á la época del Profeta, quien recompensaba con granos de Kéfir á sus buenos y piadosos creyentes, por lo que también se le ha denominado *mijo del Profeta*.

Pero aunque conocidas estas bebidas desde época tan remota, puede decirse que hasta mediados del siglo XIX no se ha tenido

de ellas idea precisa en la Europa occidental, ni se había escrito nada aun de ellas: en esta época ó sea por los años del 40 al 60, empezaron á tener resonancia en Europa las noticias de maravillosas curas y sorprendentes éxitos, obtenidos en multitud de casos de tuberculosis por medio del tratamiento ó cura por el Koumyss, según se hacía en las estepas rusas. Tanta importancia se les dio á estas curaciones y tal fué el número de enfermos que querían ser sometidos á este tratamiento, que se fundaron varios establecimientos para la preparación del Koumys, algunos de ellos verdaderos sanatorios, pues en ellos permanecían los pacientes todo el tiempo que duraba la llamada cura por el Koumyss. Entre ellos los que adquirieron más renombre fueron los de Sthalberg, en Moscou, y el de Postnikoff, en Ssamara: entre ellos se suscitó una polémica, que se hizo muy personal, defendiendo este último la tesis de la influencia del clima y la región, por lo que recomendaba el empleo del Koumyss en la estepa misma, opinión combatida por Sthalberg, quien daba el mismo valor al Koumyss preparado en Moscou ó San Petersburgo, siempre que fuera preparado con leche de yeguas procedentes de las estepas.

De esta época datan los principales y más completos estudios sobre el Koumyss, así como el mayor número de trabajos sobre el mismo, siendo quizá el más interesante el publicado por Pouloubensky en 1865 y el que más contribuyó á la popularización de este producto, cuyo uso empezó á extenderse á la Europa occidental. En Viena, el mismo Sthalberg, fundó, el año 1874, el primer establecimiento de Koumyss, trayendo, para más garantía de autenticidad, un gran número de yeguas de las mismas estepas y hasta naturales del país, muy prácticos en el arte de fabricar el Koumyss.

Pronto se observaron, no obstante, los inconvenientes de esta preparación, pues además de resultar á un precio muy elevado, había gran dificultad para obtenerla en ciertas épocas del año, en que las yeguas no proporcionan leche: por otra parte, los análisis de Biel y Landowsky demostraron que el Koumyss preparado con leche de vaca no difería esencialmente del preparado con leche de yegua, y habiendo notado las analogías entre aquél y el Kéfir, que se preparaba por los naturales del Cáucaso, se empezó á dar la preferencia á este que tenía la ventaja

de ser más económico y poder prepararse en cualquier época del año.

No se generalizó, no obstante, gran cosa el empleo del Kéfir en la segunda mitad del siglo pasado, hasta que la publicación del libro Podwissotsky, de Odesa, sobre el Kéfir en 1882, hizo fijar la atención sobre él del mundo médico, causando tal curiosidad y despertando tal interés, que según el mismo Podwissotsky refiere, tuvo que hacer cuatro ediciones de su libro en un año.

Entró ya de lleno en terapéutica, y clínicos eminentes como Hayem, Lepine, Potain, Dujardin, Beaumetz, etc., fueron sus más ardientes defensores, contribuyendo á su extensión por toda la Europa occidental.

Aunque no está muy lejano el tiempo en que era considerado como un medicamento de *fantasía*, cuando no hacía su aparición en el cuarto del enfermo haciendo *pendant* con el balón de oxígeno ó las ampollas de aceite alcanforado, va ya ocupando el Kéfir el lugar que le corresponde en la terapéutica alimenticia.

Antes de entrar de lleno en el estudio del Kéfir, he de decir cuatro generalidades sobre otras dos clases de leches fermentadas: el *Koumyss* y el *Yohourt*, bien entendido, que todo lo que diga sobre el Kéfir relativo al quimismo de su fermentación y á su valor terapéutico y fisiológico, tiene aplicación á las otras por guardar en todo ello notable analogía.

Koumyss

Se llama así á la leche fermentada procedente de las yeguas de las estepas, el cual sirve como alimento y á la vez como bebida excitante á los pueblos nómadas de la región sud-oeste de las estepas rusas.

En estas regiones, los campesinos preparan el Koumyss en vasijas de madera ó pellejos de piel de yegua, ahumados en su interior, en los que existen restos de Koumyss viejo: la leche recién ordeñada es introducida en ellos y colocados en sitio templado, agitándolos de vez en cuando, obteniéndose al cabo de dos ó tres días un Koumyss en disposición de ser consumido.

Cuando no se dispone de fermento ni de Koumyss viejo, puede prepararse un fermento artificial de la siguiente manera: se

toman 200 gramos de malta, 100 de harina de trigo y una cucharada de miel y se mezcla todo con un vaso de leche en un plato: apenas ha entrado en fermentación, se envuelve en un paño y se introduce en una vasija que contenga dos y medio litros de leche de yegua y se deja proseguir la fermentación á una temperatura que debe oscilar entre 12° y 24° como límite: al cabo de unos días se obtiene un Koumyss que puede consumirse y servir de fermento para preparaciones ulteriores.

Los procedimientos que los naturales del país emplean para la preparación del Koumyss son, como ya hemos dicho, muy primitivos y siempre adolecen de un defecto grave, que es la falta de limpieza: así resulta, en general, que el Koumyss que obtienen suele tener un olor y un gusto sumamente desagradables.

Por eso los que se han dedicado al estudio y á la preparación para la venta de este producto, han perfeccionado los procedimientos de preparación, fijándose especialmente en la limpieza y esmero, cualidades indispensables para la obtención de un buen Koumyss. Son muchos los procedimientos que los autores indican para obtenerlo, pero expondré solamente el indicado por Postnikoff, quien es una autoridad en esta materia por su larga práctica de más de 15 años al frente de un establecimiento de Koumyss; este autor recomienda:

- 1.º Deben elegirse exclusivamente yeguas de las estepas, de ubre desarrollada y pezón largo.
- 2.º El prado debe estar próximo al sitio de ordeñar, para no obligar á las yeguas á hacer grandes caminatas, que las fatigan, y que no sea húmedo: debe predominar en ellos la llamada yerba dulce de estepa, la *stipa penata*, la fresa silvestre, etc.: conviene haya en las inmediaciones agua de corriente lenta que sirva para beber y para bañarse las yeguas.
- 3.º Las mejores vasijas son las de madera de encina, debiendo tenerlas sumamente limpias; sirven para conservar la leche y preparar el Koumyss.
- 4.ª Las yeguas se ordeñan 6 ú 8 veces al día, pudiendo extraerse cada vez una botella de leche.
- 5.ª El mejor fermento se obtiene con el sedimento del Koumyss viejo desecado cuidadosamente y lavado con alcohol para separarle la parte de grasa que se altera con facilidad. Un gramo de este fermento mezclado con 350 de leche de yegua, puede,

después de 24 horas de reposo en sitio templado, hacer fermentar más de un tarro de los usuales de leche recién ordeñada. Cuando no se tiene sedimento seco, debe prepararse el fermento artificial en la forma ya expuesta.

6.^a Sobre una parte de materia fermentaria se vierten 10 de leche que comienzan pronto á fermentar: agitando con frecuencia y operando á una temperatura suficientemente elevada (de 22° á 30°) comienza pronto la fermentación alcohólica. Pasadas 24 horas se pone el Koumyss en botellas, donde continúa fermentando, hasta que después de un día se obtiene el Koumyss débil; después de dos el medio y de tres ó más, el fuerte.

Respecto á su composición, he aquí el análisis de Koumyss hecho por Wieth, comparado con la composición de la leche que lo produjo:

	Leche	Koumyss
Agua	901,6	918,7
Alcohol	0,0	31,9
Grasas	10,9	11,7
Caseina	18,9	8,0
Albúminas		1,5
Peptonas		10,4
Azucar	66,5	2,9
Ácido láctico	0,0	9,6
Sales solubles	0,8	1,0
Sales insolubles	2,3	2,2

Por este cuadro puede verse la modificación sufrida por la leche por la acción del fermento del Koumyss: casi todo el azucar ha sido transformado en alcohol y ácido láctico: la caseina, precipitada primero por la acción del ácido láctico es, en parte redisuelta: al mismo tiempo otra parte se peptoniza.

Yohourt

El yohourt, ó leche cuajada búlgara, es un alimento muy empleado en todo el imperio otomano: basta, para dar idea de su consumo, el decir que existe en Constantinopla una casa que elabora diariamente unos 6.000 litros de esta bebida.

Se prepara con leche de vaca, de cabra, ó de oveja, sobre la que se hace obrar un fermento especial llamado *maya búlgara*.

Este fermento se compone de un bacilo característico, el *bacillus bulgaricus*, de fermentos lácticos variables, de forma estreptocócica y de algunas levaduras, y algunas veces micodermos y oidiums.

El procedimiento de preparación suele ser el siguiente: se hace hervir la leche á fuego suave durante cierto tiempo, á fin de concentrarla. Para favorecer la evaporación se ejecuta esta en recipientes de mucha superficie y poco fondo: según hierve la leche, se remueve ésta por medio de una espátula: cuando se ha reducido á los dos tercios próximamente del volumen primitivo, y la temperatura ha descendido á unos 35°, se siembra la leche con la maya y se colocan los recipientes en una estufa á dicha temperatura ó, según el procedimiento búlgaro, rodeándolos con tela de lana á modo de aislador térmico. Precisan, por lo menos 6 á 8 horas para obtener la coagulación completa y en invierno generalmente 10 ó 12. Al llegar este momento se coloca el yohourt en un sitio fresco, para su completo enfriamiento y buena conservación para el consumo. El yohourt se prepara con leche integral ó completa: cuando se la bate y descrema se obtiene una especie de crema llamada *airan*, más ácida que el yohurt.

KÉFIR

Como ya he dicho anteriormente, me propongo dar más importancia y extensión al estudio del Kéfir, que al de las otras leches fermentadas, primeramente, por que creo que es, de ellas, hoy día, la más conocida y generalizada en la Europa occidental y la que tiene mayor número de aplicaciones, y, en segundo lugar, por que á su estudio y preparación he dedicado bastante tiempo y atención, y una práctica diaria de más de dos años, lo que me permite aportar á este trabajo mi experiencia personal.

Vuelvo á repetir, también, que lo que diga acerca de la química de la fermentación kefirica, de su acción fisiológica y de su valor terapéutico, puede hacerse extensivo á las demás leches fermentadas, con las que guarda gran analogía.

En este trabajo sobre el Kefir me propongo estudiar: 1.º la morfología del fermento kefirico; 2.º la acción bio-química de este fermento sobre la leche; 3.º el modo de preparación de la bebida fermentada, llamada también Kéfir, y 4.º valor fisiológico y aplicación terapéutica del mismo.

Morfología del fermento kefirico

El fermento kefirico llega á nosotros en forma de pequeños tubérculos mamelonados, de superficie irregular, de un color amarillo pardo y de un olor característico, algo parecido al del cuajo: en el comercio se designan estos tubérculos con el nombre de *granos* y también *semillas del Kéfir*.

Hace aun no muchos años su adquisición era difficilísima por su escasez, teniendo exacta aplicación la frase de que se pagaban á peso de oro, pues así era realmente: Podwissotsky en su obra dice que por una pequeña medida (un vaso) de granos de Kéfir se pedían 75 y 100 rublos y que, á pesar de la enormidad del precio, había siempre más compradores que vendedores. Hoy día, aunque su precio sigue siendo elevado, (60 ó 70 francos el kilo) no llega á alcanzar estas cotizaciones exageradas y es de suponer que aun este precio ha de disminuir notablemente.

El primer trabajo sobre la estructura de los granos de Kéfir es debido á Shablovsky en 1877: este autor comprobó primeramente que el fermento kefirico estaba compuesto de células elípticas y de bacterias.

Kern, en 1881, clasificó ya bacteriológicamente el fermento kefirico, separando, por un lado, unas bacterias en forma de bastoncillos, cuyos extremos se esporulan, por lo que les dió el nombre *dispora caucásica*: en cuanto á las levaduras, según este autor son variedades de la levadura común ó *sacaromices cerevisia*: estas dos especies microbianas viven en simbiosis en los granos de Kéfir.

Estas opiniones de Kern han sido combatidas posteriormente y no sin fundamento, ciertamente. Stange hace investigaciones microscópicas muy interesantes y señala la presencia constante en los granos de Kéfir, además de la gruesa bacteria kefirica propiamente dicha y de las células de levadura, de un tercer microbio, más pequeño, que es la bacteria de la fermentación láctica. La teoría de los esporos que se forman en los dos extremos de la bacteria kefirica no ha sido admitida por todos, entre ellos por Freudenreich, quien propone sustituir el nombre de *dispora caucásica*, por el *bacilus caucásicus*. Freudenreich, admite cuatro microorganismos, como constitutivos del fermento kefirico: células de levadura, que no puede ser considerada, según él, ni biológica ni morfológicamente, como idéntica á la levadura de

cerveza ordinaria; él la denomina *saccaromyces képhir*: cocos en cadena y otros más pequeños: *strep tococus freudenreichis A y B* y la bacteria kefirica ó *bacillus caucásicus*

Podwysotsky en su obra «El Kéfir» combate esta teoría de Freudenreich no admitiendo la existencia de bacterias esféricas en el verdadero Kéfir. El error de Freudenreich, según él, así como el de Hallion, que también admite la existencia de bacterias esféricas en cadena, es debido á no haber hecho sus investigaciones sobre granos de Kéfir típicos ó normales.

En los granos secos y que han permanecido al aire durante algún tiempo, no es raro encontrar, además de los microbios por decirlo así esenciales del Kéfir, otros que provienen del aire ó de los objetos con que han estado en contacto: ahora bien, el grano típico normal, es aquel que ha sufrido ya una auto-selección de sus bacterias características por diversas maceraciones en distintas porciones de leche; es decir, el grano que ha servido ya para preparar varias raciones de Kéfir: las bacterias que no pertenecen á ninguna de las variedades características del fermento kefirico van pereciendo en cada cambio de leche, y dicho fermento va aislándose en su individualidad morfológica y funcional.

Ahora bien, según Podwysotsky, el grano de Kéfir típico, ó sea el que ya ha sufrido esta especie de reconstitución de su individualidad morfológica, consta de tres microorganismo distintos; la gruesa bacteria kefirica propiamente dicha, pequeñas bacterias de la fermentación láctica y células de levadura y sólo el fermento que presenta esta composición debe ser considerado como tipo de fermento normal, capaz de proporcionar un buen producto.

¿Cuál de estas diversas teorías es la verdadera?; yo me inclino á considerar la más exacta ésta última; he tenido ocasión de examinar granos de Kéfir de diversas procedencias así como Kéfir ya preparado de uno y de varios días: no he encontrado en ningún caso los estreptococos de Freudenreich; he podido apreciar, en cambio, las tres especies microbianas que admite Podwysotsky, menos en el Kéfir preparado de varios días en el que han desaparecido las células de levadura.

He hecho á este fin algunas preparaciones microscópicas que comprueban esto y que tengo el gusto de poner á vuestra disposición (1)

(Continuará).

(1) El conferenciante presenta varias preparaciones microscópicas como son: frotis de granos de Kéfir de tres procedencias distintas y cultivos de fermentos en leche de uno y tres días.

Academias y Congresos

Asociación francesa de cirugía.—XXIV Congreso (París 1911).—Tratamiento de la peritonitis aguda.

Este asunto ha sido objeto de dos comunicaciones: una del Dr. Hartman, de París, y otra del Dr. Temoin, de Bourges.

Dr. Hartman.—Ha demostrado desde luego que en esta cuestión del tratamiento de las peritonitis agudas es preciso tener muy en cuenta las propiedades de defensa del peritoneo, y si bien la operación le parece indicada desde el principio de la afección, le parecen inútiles los grandes traumatismos que se preconizaban hace algunos años. En efecto, está hoy bien establecido que una peritonitis aguda puede, una vez ha sido suprimida su causa, curar aun cuando no se hayan evacuado la totalidad de las materias infecciosas contenidas en la cavidad abdominal.

Antes de abordar el tratamiento de las peritonitis agudas, M. Hartman cree necesario recordar brevemente las consecuencias principales de estas inflamaciones y los medios de defensa que posee el organismo para luchar contra estos procesos agudos.

Los factores de gravedad de la peritonitis son: 1.º, la extensión misma de la serosa abdominal que iguala la de la superficie cutánea; 2.º, el considerable poder de reabsorción del peritoneo; 3.º, la dificultad que encuentra el cirujano cuando quiere evacuar completamente el derrame á consecuencia de la irregularidad extrema de esta cavidad y de los numerosos repliegues que en ella encuentra.

Medios de defensa.—Los conocidos experimentos de Cornil y de sus discípulos han puesto de relieve el papel del peritoneo. Por otra parte, el eplon, rico en elementos linfáticos, es muy movable y puede ser considerado como una formación movable de combate que desempeña un papel muy principal en la defensa del peritoneo.

Otro punto importante es la tendencia natural de muchas formaciones á enquistarse, gracias á la rapidez con que se forman las diferencias en la cavidad peritoneal.

Una última circunstancia viene á facilitar el papel del cirujano en el tratamiento de las peritonitis agudas; la existencia de una presión positiva en el interior del abdomen, lo que facilita la

evacuación de los líquidos derramados desde el momento en que se ha practicado un orificio en la pared.

TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS AGUDAS.—M. Hartman no se ocupa de las colecciones purulentas enquistadas. Únicamente han llamado su atención las peritonitis libres de extensión progresiva, sean ó no generalizadas. No cree que deban distinguirse estas dos variedades de peritonitis agudas. En efecto, en la práctica es muy difícil decir si tal peritonitis es generalizada; cree que, aun anatómicamente, es excepcional encontrar una peritonitis generalizada, en la cual la inflamación haya alcanzado todos los rincones de la serosa. Ha tenido presente sobre todo las peritonitis difusas, que se caracterizan por la expresión angustiosa de la cara, por frecuencia de pulso y de respiración, sensibilidad general del abdomen, meteorismo, atascamiento de materias y de gases y cierta contractura de la pared.

A) *Tratamiento profiláctico*.—Es muy importante. Ha permitido suprimir casi completamente de nuestras salas las peritonitis post-operatorias, antes tan frecuentes. Esterilizando sus instrumentos, desinfectándose completamente las manos y cubriéndolas para mayor seguridad de guantes de cautchouc, el cirujano ha llegado á suprimir casi completamente la implantación de bacterias procedentes del exterior. Substituyendo para el tiempo intra-abdominal de la operación la asepsia á la anti-sepsia, ha conservado á la serosa en su integridad sus medios de defensa, permitiéndole así luchar con éxito contra ligeras inoculaciones producidas, á pesar de las precauciones tomadas en el curso de la operación.

Contra la irrupción intraperitoneal de gérmenes llevados por el enfermo en su tubo digestivo, vejiga biliar, trompa, ovario, etcétera, han intervenido los perfeccionamientos de la técnica: ejecución de la mayor parte de la operación antes de la abertura de las cavidades sépticas, reducción del tiempo durante el cual estas cavidades permanecen abiertas, y sobre todo limitación exacta del campo operatorio, operando lo más posible fuera del vientre, utilizando las barreras naturales constituídas por los repliegues intraperitoneales y completándolos con el oportuno empleo de compresas de tela esterilizada, etc.

Una vez la operación terminada se aísla el foco del resto de la cavidad, utilizando para ello los repliegues normales del peri-

toneo, especialmente el gran epiploon mayor, y drenando el foco siempre que sea de temer su infección ó la producción de un rezumamiento sero-sanguinolento consecutivo.

La importancia del tratamiento profiláctico se encuentra en todas las peritonitis consecutivas á una lesión espontánea de un órgano intraabdominal.

En todas las afecciones capaces de determinar en un momento de su evolución una peritonitis aguda, la intervención en el período pre-perforativo permite reducir en gran manera los accidentes. Desde este punto de vista es preciso señalar desde luego la apendicitis.

Apendicitis.—Cada vez que se encuentra en presencia de una apendicitis aguda caliente cuando existe fiebre, dolor ilíaco y defensa muscular, M. Hartman toma el bisturí, y hasta ahora no ha visto sucumbir ningún enfermo á estas intervenciones precoces. Está convencido que si los cirujanos considerasen la apendicitis aguda como una enfermedad en la que debe operarse inmediatamente, lo mismo que en la hernia estrangulada, no se registraría una mortalidad tan considerable como la que registramos aun en nuestros días después de retardar la intervención.

Fiebre tifoidea.—Se ha procurado diagnosticar la fase perforativa; con frecuencia es imposible; no se puede pues prevenir la peritonitis; pero operando rápidamente puede intervenir se cuando las lesiones son aún limitadas y alcanzar un gran número de curaciones.

Ulceras del estómago y del duodeno.—Los beneficios de una intervención precoz lo demuestran todas las estadísticas.

La de Terrier-Hartman (1899): 53 operaciones en las doce primeras horas han dado 16 defunciones (30 por 100); 38 operaciones de las doce á las veinticuatro horas, 22 defunciones (58 por 100); 29 operaciones de las veinticuatro á las cuarenta y ocho horas han dado 22 defunciones (76 por 100).

Heridas del abdomen interesando el tubo digestivo.—Según la estadística de Siegel, las intervenciones practicadas en las cuatro primeras horas dan una mortalidad de 15,2 por 100; de cinco á ocho horas, de 44 por 100; de nueve á doce horas, 63,6 por 100; después de doce horas, 70 por 100.

Contusiones del abdomen con rotura del tubo digestivo.—Una estadística presentada por el comunicante da los siguientes

resultados: 72 operaciones en las veinticuatro horas 35 curaciones, ó sea 48 por 100; 27 operaciones después de las veinticuatro horas una curación, ó sea 3 por 100.

Los beneficios de la intervención precoz en la peritonitis aguda se demuestran, pues, cualquiera que sea la causa de la peritonitis.

B) *Tratamiento médico.*—La administración de purgantes en ciertas peritonitis ligeras consecutivas á operaciones abdominales que se manifiestan por una ligera elevación de temperatura, frecuencia de pulso, meteorismo, y algunos síntomas de obstrucción intestinal presta incontestables servicios y es suficiente para obtener la curación. Este es un punto conocido por todos los cirujanos abdominales y sobre el cual ha insistido especialmente M. Lucas Championnière. La reaparición del peristaltismo intestinal es casi siempre suficiente para conseguir la desaparición de los síntomas, ligados á una infección ligera y difusa de la serosa que conduce, si no se presta atención, á la formación de adherencias.

Exceptuando estos casos especiales, el tratamiento médico habitual de las peritonitis agudas debe ceder el paso al tratamiento quirúrgico en todas las peritonitis por perforación, traumáticas ó no; en las apendicitis puede, sin embargo, ser útil en ciertos casos bien determinados cuando no se puede contar con un buen cirujano, ó en presencia de un enfermo de edad avanzada, con un hígado y riñones mediocres, ó en presencia de síntomas generales graves, puesto que en tales casos la intervención hace correr al enfermo un serio peligro.

El tratamiento médico conviene también á ciertas peritonitis que, á pesar de su comienzo á veces aparatoso, tienden por sí mismas al restablecimiento de la normalidad; por ejemplo, las peritonitis blenorragicas con la mujer, en punto de partida genital.

Conviene también en la mayoría de los brotes peritoníticos relacionados con una inflamación de la vesícula biliar y que rara vez conducen á la perforación.

M. Hartman cree inútil también la intervención en las infecciones ultrasépticas del peritoneo. En estos casos de marcha rápida, que se confundían antes con el choc, en los cuales puede decirse que el peritoneo no ha reaccionado y no se encuentra en la autopsia más que distensión con vascularización poco intensa

del intestino, la reacción peritoneal es tan mínima que podrían llamarse septicemias mejor que peritonitis; la intervención no ha dado nunca ningún resultado.

M. Hartman no se atreve á aconsejar tampoco la intervención en los moribundos de cara agrisada y cianósica, pulso filiforme, vómitos incesantes, obnubilaciones de la inteligencia, en una palabra, cuando existen síntomas de profundo envenenamiento. En tales circunstancias el cirujano debe abstenerse sobre todo si el enfermo pasa de los 35 á los 40 años. Sin embargo, aun en estos casos, la operación, á pesar de su resultado casi fatal, está indicada si fuera de ella no existe ninguna esperanza, como en los casos de perforación, que deja penetrar con abundancia en el abdomen el contenido digestivo.

C) *Tratamiento quirúrgico.*—Un punto sobre el cual conviene insistir es la necesidad de un diagnóstico exacto. La primera indicación del tratamiento es, en efecto, la supresión de la causa de la peritonitis, y con un buen diagnóstico se va rápida y directamente al ataque de la lesión casual.

a) *Tratamiento pre-operatorio.*—Toda vez que la intervención tiene en todos los casos de peritonitis aguda un carácter de extrema urgencia, el tratamiento pre-operatorio ha de ser forzosamente muy sencillo. Ha de tener por objeto aumentar la resistencia vital para que el enfermo esté en estado de resistir el shock operatorio y de luchar contra la septicemia. Las inyecciones de suero fisiológico, de aceite alcanforado y, en caso necesario, de estricnina, constituyen la base de este tratamiento.

Si hay vómitos profusos de un líquido verdoso, moreno oscuro, ó acafetado, ó el estómago está muy distendido, es prudente lavar el estómago para poner al enfermo á cubierto de la entrada en las vías aéreas del contenido gástrico, durante la anestesia.

b) *Operación.*—Teniendo presente el interés que debe tener el cirujano en que la intervención se haga con un minimum de duración, se prepara la piel antes de anestésiar al enfermo. Para ello, la simple embrocación de tintura de yodo parece, por su sencillez, superior en este caso á los demás procedimientos habituales de desinfección.

En cuanto á la anestesia, la raquianestesia debe proscribirse en estos enfermos de un modo absoluto, porque su acción deprimente sobre el corazón no conviene en este caso, en el cual debe procurarse activar la circulación.

La *incisión* debe permitir: 1.º, suprimir la causa; 2.º, evacuar los productos infecciosos derramados en el peritoneo. En estos últimos tiempos se ha concedido demasiada importancia á la completa *evacuación* de los exudados peritoníticos. Cierto que en algunas peritonitis sin punto de partida local determinado, la evacuación del derrame abdominal constituye todo el tratamiento; pero en las peritonitis asépticas esta evacuación no tiene ninguna utilidad y la supresión de la causa basta para obtener la curación.

M. Hartmon no es partidario de los *grandes lavajes*, exceptuando ciertos casos de derrames de cuerpos extraños, como por ejemplo, alimentos incompletamente digeridos, y entonces prefiere á los demás líquidos las soluciones salinas calientes.

La *evisceración* le parece contraindicada porque altera la serosa y es una causa de *shok*.

En cuanto á las incisiones y drenajes que tienen por objeto asegurar la continuación de la salida de la cavidad abdominal del contenido toxi-infeccioso, sean el que quiera la forma y número de las primeras y el sistema de drenaje, nunca se obtiene una evacuación completa y durable. Es, pues, con frecuencia, inútil prolongar el drenaje que en muchos casos, y especialmente en los *taponamientos con gasa*, parece haber sido causa de fístulas intestinales.

La indicación de drenaje se desprende para M. Hartman, no de la presencia de pus en la cavidad abdominal, sino de la presencia de partículas no reabsorbibles, porciones mortificadas de serosa dependientes de un apéndice gangrenado, falsas membranas abundantes, restos alimenticios salidos por una perforación, presencia de una superficie cruenta y sangrante como la que sucede á una colecistectomía y más excepcionalmente á una apendicectomía.

Por otra parte, es bien evidente que las suturas completas del abdomen no convienen más que á casos intervenidos muy cerca del comienzo cuando la serosa no presenta todavía alteraciones profundas. En los casos más antiguos, cuando existen verdaderas colecciones purulentas, es prudente drenar, pero entonces es preciso limitar tanto como se pueda la intervención. Nada de mechas, de taponamientos, de drenajes rígidos, ni de vidrio ni de metal; drenaje sencillo de caoutchouc un poco grueso, que debe introducirse en el foco original, en las diversas bolsas purulentas que puedan existir y en el fondo del saco de Douglas.

Una vez colocado el drenaje, es preciso suturar la casi totalidad de la incisión abdominal, para contener el intestino é impedir que haga hernia.

Como esta sutura de la pared está muy expuesta á supurar, por ser la herida fácilmente contaminable por el contenido séptico del vientre, á pesar de las precauciones que se tomen durante la operación, M. Hartman evita las suturas por planos y no coloca en general más que un solo plano de hilos de bronce, no colocando más que excepcionalmente un plano especial para el peritoneo sobre el cual coloca entonces un punto seguido de catgut fino.

e) Tratamiento consecutivo.—Debe tener por objeto asegurar la salida al exterior del contenido infeccioso del abdomen, combatir el colapso y la intoxicación que son una consecuencia frecuente de la peritonitis y remediar la parálisis intestinal que con frecuencia le acompaña.

Evacuación de los líquidos toxi-infecciosos intra-abdominales.—La posición que debe darse al enfermo después de la operación tiene una grande importancia. La posición ventral está abandonada y lo mismo la posición elevada de la pelvis. La posición *semi-sentada* (Fowler) es hoy casi universalmente aceptada. En esta posición los líquidos tienden á caer en la pelvis, en la cual la serosa reabsorbe menos que la de la región diafragmática; los movimientos respiratorios se hacen más libremente, tanto más cuanto las asas intestinales tienden á caer también en la pelvis. La presión intra-abdominal, que no es idéntica en las distintas regiones del vientre y que aumenta en las partes declives, se encuentra disminuida á nivel del epigastrio, de donde la respiración más fácil y aumentada á nivel de la pelvis, y de donde la mayor presión sobre los líquidos que en ella están acumulados y salida de estos líquidos por el drenaje colocado en el Douglas.

Tratamiento del colapso y de la intoxicación.—La *proctolisis de Murphi* conquista cada día nuevos partidarios. El agua absorbida por la vía rectal aumenta la diuresis, calma la sed, refuerza el pulso y mejora considerablemente el estado general de los enfermos.

Es necesario que el líquido penetre muy lentamente y á baja presión, el recipiente que contiene el líquido debe ser mantenido á tal altura que un litro tarde aproximadamente una hora en salir.

Cada dos horas se añade un litro de líquido en el depósito. De este modo el recto no recibe nada durante una hora de cada dos. Murphi emplea una solución de 7 gramos de cloruro de sodio y 7 gramos de cloruro de calcio por litro de agua. De esta solución hace pasar 9 á 10 litros cada veinticuatro horas, inyectándola á 38° aproximadamente.

Si después de dos ó tres días el enfermo ha absorbido demasiado líquido, etc., aparece un ligero edema al nivel de los málolos, en la cara dorsal de las manos y en la cara. Es preciso entonces suspender la inyección y no reanudar la proctolisis hasta que se ha restablecido el equilibrio circulatorio.

Es mejor no esperar este momento para suspender la inyección de suero, porque su absorción en gran cantidad podría, como ha hecho notar Noetzel, ser causa de accidentes de edema pulmonar agudo.

En los casos de colapso cardíaco la *inyección intra-venosa* de cierta cantidad de suero *adicionado de algunas gotas de adrenalina*, aconsejada por Heidenhain, parece útil. Lo mismo las *inyecciones subcutáneas* de *aceite ó éter alcanforado*, de *cafeína*, de *estricnina*. Los opiados parecen contraindicados á algunos cirujanos que les acusan de añadir su acción tóxica á la intoxicación ya existente de ejercer una acción paralizadora sobre el peristaltismo intestinal y de inhibir la leucocitosis de defensa. M. Hartman continúa sin embargo su empleo bajo la forma de inyecciones subcutáneas de morfina y de heroína. Estas inyecciones tienen la gran ventaja de aliviar á los enfermos y de procurarles la calma indispensable, disminuyendo el dolor y permitiendo respiraciones más amplias, punto importante para prevenir los accidentes pulmonares.

Tratamiento de la parálisis intestinal.—La proctolisis gota á gota es suficiente con frecuencia para provocar evacuaciones gaseosas por el ano. Cuando es insuficiente, puede recurrirse á los diversos medios aconsejados para activar el peristaltismo intestinal; los *purgantes* salinos, aceite de recino, calomelanos, inyecciones subcutáneas de *salicilato de fisostigmina* (medio miligramo dos ó tres veces en seis horas), *sulfato de atropina*, etc. Si fracasan todos estos medios, es preciso abrir de nuevo el vientre y practicar la *enterostomía*, sin esperar la cianosis de las extremidades, que indica una muerte próxima.

La operación debe hacerse rápidamente, fijando en el intestino un tubo de Paul de Mixter ó el aparato inventado por Pinatele y Riviére.

Tratamiento de los vómitos.—El lavado del estómago es útil y alivia á los enfermos de un modo manifiesto. Desgraciadamente es preciso repetirlo muchas veces porque el estómago se llena de nuevo rápidamente, y el paso de la sonda es penoso para ciertos enfermos. Por esto Westerman ha ideado establecer una sonda permanente en el estómago por medio de una sonda introducida por la nariz, fijada á la cabeza por un lazo y con su extremidad libre colocada en un recipiente al lado de la cama. Max Kappis, que alaba el procedimiento, recomienda no dejar la sonda más de doce horas y reintroducirla si es necesario, pues ha observado un caso de escara del esófago por haber dejado la sonda colocada más de veinticuatro horas.

Diversos coadyuvantes del tratamiento.—Para terminar mencionaremos un cierto número de medicamentos cuya utilidad se discute todavía.

Con objeto de favorecer la leucocitosis, Mikuliez y su discípulo Myake han aconsejado las *inyecciones subcutáneas de nucleinato de sosa*. Los más recientes estudios demuestran que estas inyecciones no tienen, contra lo que se había dicho y á lo que se había pensado al principio, ninguna acción sobre la evolución de las intervenciones abdominales.

Raimuado Petit ha preconizado el empleo del *suero del caballo*, del cual vierte 20 c. c. en la cavidad peritoneal. Este suero debería ejercer una acción aglutinante casi instantánea sobre el coli-bacilo y aumentar la leucocitosis en considerables proporciones.

Murphy dice haber obtenido buenos resultados con el empleo de un *suero estreptolítico*, Davis (de Chicago) con una *vacuna colibacilar*, Betham Robinson con una *vacuna pneumocócica*, etcétera. Sobre este asunto existen aún un gran número de experimentos todavía en estudio y sobre los cuales no podemos pronunciarnos.

CONCLUSIONES.—Los resultados obtenidos en el tratamiento de las peritonitis agudas han mejorado considerablemente en estos últimos años. En 50 años (dos perforaciones de úlcera gástrica, 1 de úlcera del duodeno, 4 perforaciones tíficas y 42 apendi-

citis), Murphy no ha tenido más que 2 defunciones. Esta mejora sólo puede ser obtenida por *una operación precoz siguiendo á un diagnóstico exacto*. Los casos de Murphy han sido operados de tres á cuarenta y ocho horas después del comienzo de los síntomas.

En el tratamiento de las peritonitis agudas no es preciso aspirar á una limpieza completa de toda cavidad peritoneal; *es necesario dejar su parte á la serosa misma, que posee medios de defensa reales y que llega á desembarazarse de su contenido tóxico-infeccioso si se ha dado salida á la mayor parte de éste y se le pone á cubierto de nuevas reinoculaciones por la supresión de la causa*.

La operación debe ser *rápida y sencilla*.

Debe suprimir el foco inicial á costa de los menores desórdenes posibles.

Cuando el drenaje está indicado es útil casi siempre *colocar un tubo en el fondo de Douglas y mantener al enfermo en posición semisentada*.

La inyección de suero en el recto gota á gota, *proctolitis de Murphy*, parece prestar servicios evidentes en el tratamiento consecutivo.

Estas conclusiones son poco más ó menos las mismas que se desprenden de la comunicación de M. Temoin (de Bourges). Son las siguientes:

La peritonitis aguda es la infección libre del peritoneo, ya sea generalizada ó en vías de generalización.

Contra esta infección el peritoneo dispone de medios de defensa considerables, pero insuficientes sin el auxilio de la cirugía.

No existe actualmente el tratamiento médico de la peritonitis.

Para que la intervención sea útil debe ser precoz y rápida.

Precoz, evita la generalización.

Rápida, reduce al mínimum las maniobras intraperitoneales, dejando así al peritoneo su poder fagocitario.

Nada de grandes lavajes: suprimir la causa de la peritonitis, y para facilitar la respiración, para recoger los líquidos en la pequeña pelvis y para preservar la parte del peritoneo dotada de mayor poder de absorción, colocar al enfermo en posición de Fowler ó en decúbito lateral, según el método de Walther.

El drenaje puede ser suprimido en ciertos casos; es casi siempre necesario; pero debe ser reducido á dos tubos, uno de los cuales colocado en el fondo de Douglas, ó un solo tubo colocado en la región primitivamente infectada.

La infección gastro-intestinal y la reabsorción peritoneal serán combatidas por medio de lavados del estómago ó irrigaciones continuas del intestino, dadas gota á gota, sea de abajo arriba según el método de Murphy, sea de arriba abajo practicando la apendicostomía ó la cecostomía.

Los medios médicos, las inyecciones de líquidos fagocitarios ó antitóxicos, completarán el tratamiento.

Siendo la apendicitis la causa más frecuente de peritonitis, será prudente colocar á los enfermos de esta afección en posición semisentada para favorecer la localización en caso de infección peritoneal. El mejor tratamiento preventivo de la peritonitis es la operación precoz de la apendicitis.

Por todos estos medios, en nuestro país como en el extranjero, vemos mejorar las estadísticas la curación reemplazar á la mortalidad, y será uno de los mayores triunfos de la medicina moderna haber vuelto curable una afección hasta ahora mortal y que había hecho decir á los mismos cirujanos que nada podían contra ella.

M. Kirmisson (de París).—Esta cuestión del tratamiento de la peritonitis aguda interesa en alto grado á los cirujanos de niños, dada la frecuencia de la peritonitis apendicular en estos últimos. *M. Kirmisson*, desde este punto de vista, no tratará más que de algunos puntos relativos á la técnica operatoria de la intervención quirúrgica.

Cree que se ha abusado de las incisiones pequeñas porque se renunciaba á ir en busca del apéndice. Esta busca se impone, siempre, naturalmente, que el estado general no sea demasiado grave; de donde la necesidad de hacer incisiones largas que permitan suprimir radicalmente el foco inicial de la peritonitis. *M. Kirmisson* nunca ha sido partidario de los lavados del peritoneo; por el contrario, ha preconizado siempre el drenaje profundo con un tubo colocado en el fondo de Douglas.

En lo que concierne á los cuidados post-operatorios, *M. Kirmisson* no puede dejar de recomendar que se coloque á los operados en posición de Fowler y que se emplee la seroterapia de

Murphy, pues con ello ha obtenido grandes resultados. Sin embargo, como en algunos niños se manifiesta á veces una intolerancia del recto para el agua salada, M. Kirrison ha ensayado en ellos inyecciones de suero caliente, inyectado gota á gota en el mismo foco inicial de la peritonitis, y ha obtenido buenos resultados con este procedimiento; pero hace poco tiempo que lo emplea, y no puede por lo tanto establecer su valor exacto.

M. Depage (de Bruselas).—Tampoco se ocupa más que de la peritonitis aguda difusa de origen apendicular. Esta forma de peritonitis es muy grave. Hace veinte años las curaciones eran excepcionales. La mayor parte de las veces la operación no hacía más que apresurar la terminación fatal. Era en el tiempo en que se hacían grandes evisceraciones y grandes lavajes del peritoneo; la mortalidad, reducida á 40 por 100, no descendía. Desde 1906, época en la cual adoptó un sistema análogo al de Murphy M. Dapage, ha visto reducirse la mortalidad á 9 por 100 (3 defunciones en 32 operaciones). Se guarda bien de ir en busca del apéndice; coloca un doble drenaje en la fosa iliaca y no emplea las inyecciones intra-rectales. Si no ve la necesidad de practicar la ablación del apéndice enfermo, es por que está convencido de que esta ablación no cambia en nada el estado de infección del peritoneo. Lo importante es asegurar una buena vía de salida al pús por el drenaje, y la naturaleza hará el resto. Es preciso en esta operación ir muy aprisa y aun renunciar á la anestesia general.

Bajo el punto de vista del diagnóstico, M. Depage se fija poco en el pulso, temperatura y datos hematológicos; lo que le guía es la facie angustiosa infectada del enfermo, y sobre todo la dureza leñosa del vientre, «el vientre de madera». Cuando existen estos dos síntomas puede diagnosticarse con seguridad el comienzo de una peritonitis difusa.

M. Depage insiste todavía sobre una forma muy especial de esta enfermedad: la forma gangrenosa de microbios anaerobios, etcétera, etc. Produce una toxina que hace desaparecer los síntomas. Estos casos son extremadamente graves y casi siempre mortales. M. Depage ha observado tres casos, seguidos siempre de muerte después de la operación.

M. Forgue (de Montpellier).—No trata tampoco más que la peritonitis aguda libre, es decir, sin adherencias ni limitaciones, de origen apendicular.

Cuenta, en 38 casos de esta clase, 20 defunciones. Las esperanzas de curación dependen, sobre todo, de la precocidad de la intervención. Antes de las veinticuatro horas, su intervención siempre ha sido seguida de éxito; entre las veinticuatro y las treinta y seis, una defunción por 4 peritonitis libres operadas; entre las treinta y seis y las cuarenta y ocho, 2 defunciones en 5 peritonitis difusas. Después del segundo día las cosas cambian: en el tercer día, 11 intervenciones con 5 defunciones; en el cuarto día, 7 operados con 3 defunciones; del quinto al octavo, 4 intervenciones con 3 defunciones. La peor intervención es, pues, la que se nos impone de urgencia entre el tercero y el séptimo día (la intervención intermediaria de los alemanes). M. Forgue ha observado mejores resultados entre la clientela urbana, en la cual el enfermo es transportado más pronto y confortablemente que en la clientela rural, en la cual se ha encontrado con retardos y dificultades para la evacuación. Desde hace tres años, el coeficiente de mortalidad ha descendido considerablemente bajo la acción combinada de la precocidad de la intervención del mínimun de traumatismo intestinal del drenaje simplificado de la posición de Fowler y de la proctolisis.

M. Forgue ha obtenido excelentes resultados con el procedimiento de Murphy, el cual no le parece ser más que una nueva forma de inyección de suero, pero una forma continua á dosis fracta, incapaz de sobrecargar el corazón. Pero es preciso conservar, para las inyecciones intravenosas, su preciosa indicación en los casos de colapso. La digitalina á dosis fraccionada y la vejiga de hielo sobre el corazón son recursos muy útiles, sobre todo cuando, á pesar de las inyecciones de suero, persiste la taquicardia. El colargol y el electargol prestan algunos servicios contra la toxemia.

En resumen, nuestra principal y más poderosa arma es la precocidad de la intervención, como el mejor tratamiento de la gangrena herniaria ha sido su previsión por la kelotomía precoz.

Revista de Revistas.-Bibliografía

1) Doctor H. El hierro en la tuberculosis.

Se ha señalado desde hace largo tiempo la necesidad de variar las medicaciones prescritas á los tuberculosos porque, al lado de su acción

propia mente farmacodinámica, dicha medicación ejerce una influencia psíquica no menos innegable que favorable. Todos los médicos que practican, saben que basta cambiar algo en el tratamiento de dichos enfermos para obtener una mejoría, desgraciadamente pasajera, pero á veces muy notable.

La lista de los medicamentos preconizados contra la bacilosis es casi interminable y se va alargando cada día. Aunque muchos carezcan de verdadero valor, hay sin embargo algunos casi olvidados ó desconocidos, á pesar de la actividad de que dan pruebas,—y tal vez por eso mismo. Entre estos últimos, debe llamar especialmente la atención de los tisioterapeutas el hierro, ó sea la medicación marcial.

La razón que se invocaba para proscribir el hierro en el tratamiento de los tuberculosos, era la excitación cardiovascular marcada y las hemoptisis que puede provocar. En efecto, es incostestable, que una medicación ferruginosa intensa trae consigo á veces fenómenos congestivos peligrosos, especialmente en los *eréticos*. Pero la contraindicación resulta, en este caso, como es fácil comprenderlo, de una falta de método más bien que de la acción realmente nociva del medicamento. Basta saber manejar este agente y aplicarlo á los casos en que realmente conviene para obtener, por el contrario, resultados muy satisfactorios.

Así, el empleo del hierro en la tuberculosis empieza á recobrar cierto favor.

Sin embargo no sólo conviene no utilizarlo, sino en los casos de anemia marcada con hipotensión, y fuera de los periodos de congestión en los hemoptoicos y frebricitantes, sino además no prescribirlo más que en pequeñas dosis, según lo recomienda Rénon.

Y no es esto todo: hay que escoger también con cuidado la forma en que se ha de administrar, porque no todas las preparaciones farmacéuticas producen los mismos efectos. El profesor Alberto Robin prescribe principalmente las aguas minerales ferruginosas, como Forges, Bussang, Pougues y Orezza, ó simplemente el agua con hierro de Codex. El doctor Rénon asocia el protoxalato de hierro á las sales de cal, según la fórmula:

Carbonato de cal	}	ââ 0 grs. 50
Fosfato tricálcico		
Protoxalato de hierro.		

para cada sello. Dos sellos por día durante veinte días; interrupción de un mes ó seis semanas y reanudación del tratamiento.

En cuanto á nosotros, que empleamos desde hace largo tiempo el hierro en la tuberculosis, damos la preferencia á las hemoglobinas bien preparadas y activas, las cuales no determinan jamás accidentes cuando su administración es objeto de cuidadosa vigilancia.

Hay además otra razón para esta preferencia. Witz y Osmod llamaron en otro tiempo la atención sobre las sales de vanadio. «Si se tiene en cuenta, dicen, que la hemoglobina desempeña normalmente en la sangre un papel que recuerda mucho el del vanadio en la preparación del negro de anilina con cloratos, induce á pensar que el vanadio podría tal vez determinar en los seres vivientes oxidaciones de naturaleza especial y gozar de propiedades fisiológicas interesantes.» En consecuencia, los metavanadatos han entrado en la terapéutica, y Laumonier comprueba, en sus *Nouveaux traitements* (3.^a edit., pag. 65), que, bajo su influencia, y durante el periodo de su administración, desaparece la anorexia, el apetito aumenta notablemente y lo mismo el peso, y parece modificada en sentido favorable la evolución de la infección, resultados, por lo demás conformes con lo que Hallion ha observado en los cobayos tuberculosos. Obran en el mismo sentido, pero con mayor energía y con actividad más duradera las oxidasas, ya metálicas (metales coloidales), ya orgánicas. Ahora bien, entre estas últimas, ocupa el primer lugar el hierro de hemoglobina y desempeña un papel de vehículo del oxígeno tanto más importante desde el punto de vista de las oxidaciones intraorgánicas, cuanto que, en los tuberculosos, la anemia es más marcada en virtud de las hemolisinas bacilares, y la hematosis más restringida á causa de las lesiones pulmonares. Sin embargo se ha formulado una objeción contra el empleo de las oxidasas en la tuberculosis. En efecto, en esta enfermedad, los cambios sutren ya considerable aumento. ¿No acrecerá más aún la consunción el empleo de tales fermentos? De ninguna manera, responde la clínica, si se procede con prudencia y discernimiento, dado que la consunción se halla principalmente bajo la influencia del sistema nervioso y este último tiende á calmarse por efecto de la regularización de las funciones respiratorias y catabólicas.

Tales son los diversos motivos por los que prescribimos á los tuberculosos anémicos, tórpidos, atacados de hipotensión y apiréticos, la hemoglobina, y siempre con resultados satisfactorios, puesto que vemos aumentar con bastante rapidez el valor globular, el apetito, las fuerzas, la tensión arterial y el peso de los enfermos. En los *eréticos*, congestivos y hemoptoicos, deben ser más débiles las dosis y estar su-

jetas á gran vigilancia. Por lo demás, en todos los casos, no debe administrarse el medicamento sino en períodos de quince días á tres semanas, cortados por descansos de igual duración.

2) El Régimen en la Apendicitis

Durante bastante tiempo se ha vacilado algo acerca del régimen que conviene imponer á las personas atacadas de apendicitis. Unos—y son la gran mayoría—obligaban á los enfermos á una dieta rigurosa y prolongada (Pauchet, de Amiens, hablaba de quince días de dieta absoluta) que no siempre ha dado resultados satisfactorios. Otros, por el contrario, luego que la temperatura recobraba su normalidad, permitían á los pacientes comer casi á su antojo, y tampoco en este caso se obtenía resultados satisfactorios. Hoy día parece definitivamente establecido el acuerdo, fuera de algunas divergencias poco importantes, y vamos á indicar las principales líneas del régimen: 1.º durante la crisis aguda; 2.º después de la crisis aguda, es decir durante la convalecencia y después de ella, cuando no se ha juzgado necesaria, ó se ha rechazado la intervención quirúrgica.

1.º Durante el período de crisis aguda, *dieta absoluta*, y hay que entender por ésta la abstención completa de todo alimento sólido ó líquido, hasta del agua, por la vía bucal. Esta dieta no debe prolongarse más allá de tres días. Sin embargo, si el estado del paciente (fiebre elevada, vómitos, dolores, etc.) exige su prolongación, se pondrá remedio á la depresión consecutiva con ayuda de lavativas de 125 gramos de agua hervida, á la que se agregarán 1 gramo de sal y de 5 á 10 gramos de azúcar. Adminístrense de cuatro á seis lavativas semejantes por día. Puede también recurrirse á las inyecciones del suero fisiológico (sin azúcar); medio litro en las veinticuatro horas.

Luego que la temperatura normal se restablece, y desaparecen los dolores espontáneos, se establece la dieta hídrica, de 500 á 1.500 gramos de agua por día; primero una cucharada cada cuarto de hora, el cuarto día; después un vaso de los de Burdeos cada hora, el quinto. Se adiciona ventajosamente el agua con un vaso de champagne ó con una cucharada de las de café de aguardiente *añejo*, *por litro*; según los casos puede prolongarse hasta el séptimo día.

Durante la segunda semana debe seguirse el régimen hidrocarbonado puro, en forma de caldo de legumbres colado, sopa de tapioca, de sémola, de sagú, de crema de arroz, de zumo de fruta colado y de agua, adicionada como se ha dicho anteriormente. A partir del décimo ó del undécimo día, papillas de harinas de cereales con leche ó

con agua y azúcar, purés claros y colados de patatas, jalea de grosella ó de manzanas, zumo de frutas, *breakfast* y la misma bebida que anteriormente.

2.º Al décimoquinto día, restablecido el estado normal, puede el enfermo alimentarse de nuevo. Sus pérdidas han sido considerables y tiene necesidad de repararlas; pero con grandes precauciones. En este momento, el régimen debe cubrir la ración necesaria, evitando sin embargo, según lo recomienda Legendre, exponerse á las infecciones intestinales que podrían provocar una nueva crisis apendicular. Se continuará pues el régimen precedente, pero agregando á él progresivamente las pastas secas, los purés de legumbres verdes, el requesón, la cuajada, mermeladas de fruta y por último pan sentado ó tostado. Limítense los condimentos á la sal, á la manteca fresca (no cocida) y al zumo de limón, y no se permita como bebida sino agua pura, agua mineral débilmente mineralizada, y tisanas indiferentes. No debe exagerarse el empleo del azúcar. Sólo al cabo de un mes, por lo menos, de esta dietética, puede volverse al régimen mixto, en el que se dará la preponderancia á las pastas y á los farináceos, reduciendo á la parte mínima la ración de carne.

Conviene hacer aquí una observación importante. Las infecciones intestinales desempeñan, como es sabido, un papel considerable en los accidentes apendiculares, hasta tal punto que muchos autores, entre los más calificados, consideran que las perturbaciones gastrointestinales son casi siempre el origen de la apendicitis. Por eso el régimen establecido para los enfermos de esta categoría tiende á evitar la reaparición de semejantes perturbaciones.

El descanso de los órganos digestivos, impuesto por una larga dieta, basta, á veces, en efecto para curarla. Pero no sucede siempre así; se ha visto en los falsos *apendiculares* que, á pesar del régimen, de la dieta, y hasta de la intervención inoportuna, siguen padeciendo perturbaciones en el estómago y en los intestinos. No es raro tampoco observar en los *apendiculares*, hasta en los muy vigilados y que observan escrupulosamente el régimen, perturbaciones digestivas y una intolerancia curiosa y tenaz para los hidrocarbonados. En estos enfermos, que por tal causa parecen perpetuamente amenazados de crisis el examen del quimismo gástrico y de las deyecciones manifiesta una insuficiencia secretoria, que afecta especialmente al páncreas, y que ha sido perfectamente caracterizada por Schmidt. Como, á pesar de todo, hay que asegurar la nutrición de estos insuficientes, está indi-

cada la prescripción de fermentos artificiales, especialmente de la maltina ó diástasa y de la pancreatina. Bajo la influencia de esta medicación asociada á un régimen mixto severo, pero lo más digerible que sea posible (purés, jugos, caldos, cremas, etc.) se observa que mejora rápidamente el estado general y desaparecen las amenazas de crisis.

3) Las formas clínicas de la fiebre ganglionar en el niño.

Desde la memoria de Pfeiffer, la fiebre ganglionar fué objeto de numerosas discusiones. En un trabajo de conjunto, publicado el año último, el Dr. Terrien ha estudiado su naturaleza, sus formas clínicas, de una manera particularmente interesante.

La fiebre ganglionar no es sin duda una entidad mórbida específica y diferenciada bacteriológicamente; sin duda no es probablemente sino una adenitis consecutiva de la infección de la mucosa buco-faríngea. Sin embargo sus caracteres son tan salientes, sus reacciones ganglionares son tan predominantes, que este tipo clínico merece verdaderamente una descripción especial; así, sin prejuzgar su patogenia, aún hasta admitiendo que estas adenopatías deben tener su punto de partida en la mucosa naso-faríngea, parece legítimo guardar á ese síndrome tan particular una designación especial: á este título, el nombre de fiebre ganglionar merece ser conservado.

Hay más, este mismo tipo clínico no es siempre idéntico á sí mismo; con frecuencia el volúmen de las adenopatías, según el sitio en que están, la violencia de la reacción inflamatoria ó la intensidad de los fenómenos concomitantes, la fiebre ganglionar puede representarse bajo aspectos sensiblemente diferentes, hasta capaces á veces de extrañar el diagnóstico. Hay, pues, motivo para distinguir en esta afección, tipos clínicos.

I. Forma ganglionar simple (tipo Pfeiffer). En su forma más sencilla, la fiebre ganglionar está caracterizada por una elevación de temperatura más ó menos acusada, acompañada, sea desde luego, sea después de algunos días, de adenopatías cervicales que son frecuentemente bilaterales, y que no llegan nunca, por decirlo así, á la supuración.

El comienzo es habitualmente brusco: niño en buen estado de salud todavía la víspera, aparece con fiebre, con anorexia y, á veces, con vómitos. Se le examina y no se encuentra nada; á penas se nota á veces un poco enrojecido en la mucosa faríngea. Pero bien pronto aparece un síntoma característico: en el borde posterior del esterno-mastoi-

diense ó en el ángulo de la mandíbula, existen gangliones; pequeños, primero; después, más gruesos; duros, hinchados, dolorosos á la presión, hasta con frecuencia se observa en el tejido celular periganglionar, participa de la inflamación, pero la piel permanece intacta. Sin embargo la garganta está limpia ó por lo menos lo que se observa en ella está fuera de proporción con la intensidad de las reacciones ganglionares.

Después de un lapso de tiempo, variable de algunos días á varias semanas, la fiebre decae y la adenopatía se resuelve poco á poco: la supuración es absolutamente excepcional.

Esta integridad, por lo menos aparente, de la mucosa nasofaríngea, señalada por la mayor parte de los autores, es un elemento de los más característicos de la afección. Ciertamente también se ha señalado adenopatías agudas, febriles y á veces supuradas, sucesoras de anginas muy caracterizadas; pero estos casos no merecen en verdad figurar en el cuadro de la fiebre ganglionar.

II. Forma pseudo reumatisal. (Tortícoli de apariencia idopática.) En la mayor parte de los casos se nota un síntoma señalado ya por Pfeiffer en su memoria original: es una cierta molestia dolorosa de los movimientos del cuello. Pero casi siempre esta molestia es ligera ó bien la adenopatía, muy predominante, acompaña y explica los dolores cervicales.

Por el contrario, en algunos casos ocurre á la inversa: los dolores del cuello y las contracturas musculares son precoces y acentuados, en tanto que la poliadenitis, á penas indicada, no aparece sino tardíamente. Durante algunos días todo se reduce á una tortícoli extremadamente pronunciada: la cabeza está inmobilizada, el niño no puede inclinarla ni volverla. En vano se busca la manera de determinar la causa de esta manifestación, el examen de la garganta y de los oídos permanece negativo y como hay fiebre y algunas veces vómitos, se piensa en un reumatismo vertebral y hasta en un comienzo de meningitis. Pero al cabo de algunos días de poliadenitis se desenmascara y la tortícoli ó la tirantez de la nuca se agregan entonces á su verdadera causa. Todavía esta poliadenitis, á menudo á penas indicada, debe ser buscada y sus relaciones con la tortícoli, bien conocidas.

III. Forma pseudo-urliense.—A este tipo en que la contractura de los músculos del cuello está fuera de proporción con la poliadenitis, á menudo ligera, se puede oponer la forma siguiente: aquí la adenopatía reviste, por el contrario, una intensidad considerable que predomi-

na en la región del ángulo de la mandíbula y detrás de su rama ascendente; la inflamación, al ganar el tejido celuloso peri-ganglionar, provoca á veces edema y tumor blando,—*bouffissure*,— en la región parotidiense. El diagnóstico de inflamación del tejido celular de la parótida—*oreillons*—parece imponerse.

Sin embargo algunos signos permiten hacer el diagnóstico: es raro que se observe la adenopatía simétricamente en las dos regiones parotidienses, con igual intensidad; siempre es posible distinguir la adenopatía, más claramente circunscripta y de consistencia más dura, de una inflamación de la parótida, cuya blandura y la difusión de la tumefacción, son precisamente los caracteres distintivos; en fin, en la mayor parte de los casos, no se tarda en notar la coexistencia de otras adenopatías cervicales, más pequeñas y que se hallan en los puntos en cierto modo clásicos, sobre los bordes del esterno-mastoidiense.

IV. Forma pseudo flemosa.—Por último en ciertos casos la reacción ganglionar es más violenta todavía; la inflamación se extiende no solamente á la capa celular del ganglión sino al tejido celular subcutáneo la misma piel participa de esta inflamación y se pone rosa: parece que evoluciona un adeno-flemon. Las apariencias, en muchos casos, hasta fueron á tal punto engañosas que una intervención quirúrgica pareció necesaria; este es un error que es importante evitar: la supuración es, en efecto, completamente excepcional en todas las formas de la fiebre ganglionar y este mismo tipo se termina por resolución en la inmensa mayoría de los casos.

De estos hechos resulta que el diagnóstico de la fiebre ganglionar tan fácil cuando se trata de la forma habitual (tipo Pfeiffer), puede en ciertos casos, cuando la adenopatía está acentuada, dar lugar á preguntarse si no está ligado, por ejemplo, á una difteria desconocida.

El examen con el espejo, la cultura bacteriológica, son casi siempre indispensables para afirmarlo. Después, esta causa descartada, otros problemas se presentan: ¿Esta adenopatía va á supurar? ¿Hay ó no hay que intervenir? ¿Se va á operar sin motivo ó en la espera no se corre el riesgo de ver producirse explosiones profundas, ulceraciones de los grandes vasos, etc., etc.?

Si esta adenopatía aparece como idopática, si existe una polidadenitis concomitante de los diferentes grupos ganglionares de la región del cuello, si la piel permanece normal, si no está ni rosada ni adherente, es muy probable que se trata de fiebre ganglionar. Entonces se puede estar casi seguros que no había supuración.

Después de la desaparición de la fiebre; la poliadenitis amenaza á veces eternizarse y entonces se puede pensar si la tuberculosis no estará en juego ó si no se trata de adenitis, de leucemia lisfática.

En efecto, las ádenopatías cervicales-tuberculosas no tienen fatalmente una evolución insidiosa y crónica; tienen á veces una evolución aguda. Pero estos hechos son demasiado raros para entrar en línea de cuenta y la duda será en todo caso de poca duración, pues es una regla ver esta adenopatía desaparecer al cabo de algunas semanas ó de algunos meses.

(G).



Sección Profesional

Vacantes.—La de médico titular de Lizarza (Guipúzcoa), dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagaderas por semestres vencidos, y casa-habitación decente y capaz. Los aspirantes, que deberán poseer el idioma vascongado, presentarán sus solicitudes en esta Alcaldía, dentro del plazo de treinta días, á contar desde el siguiente al de la publicación de este anuncio (*B. O.* del 22 de Noviembre). El alcalde, *Fermín Bengoechea*.

—La de médico titular—por traslado—de Sanzoles (Zamora), con la dotación anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestre vencidos del presupuesto municipal, por la asistencia á 70 familias pobres y pobres transeuntes. Los aspirantes presentarán sus solicitudes con los documentos que acrediten su aptitud en la Secretaría de este Ayuntamiento en el término de treinta días (*B. O.* del 22 de Noviembre).—El alcalde, *Francisco Bailón*.

—Peñas de San Pedro (Albacete).—En 1.º de Enero de 1912 quedará vacante la plaza de médico titular de esta villa, dotada con 1.000 pesetas anuales, de cuyo cargo hace renuncia D. Angel García Alcantu en 14 del pasado. Lo que se hace público para que los señores médicos á quienes interese puedan solicitarla en el plazo de treinta días (*B. O.* del 23 de Noviembre).—El alcalde, *José María R. de Vera*.

—La de médico titular—por renuncia—de Lemona (Vizcaya), con el haber anual de 1.500 pesetas, pagaderas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia gratuita á las familias pobres de esta localidad. Las condiciones para la provisión de dicha plaza, ya aprovadas por la Junta municipal, se hallan de manifiesto en la Secretaría, y los aspirantes á ella dirigirán sus solicitudes documentadas á esta Alcaldía dentro del término de treinta días (*B. O.* del 23 de Noviembre).—El alcalde, *Pablo Iturríos*.

—La de médico titular—por estar servida interinamente—de Villavendimio (Zamora), con la dotación anual de 750 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, por la asistencia á 30 familias pobres que el Ayuntamiento designe y pobres transeuntes. Los aspirantes á dicha plaza presentarán sus solicitudes en la Secretaría de este Ayuntamiento en papel de la clase undécima en término de treinta días, contados desde la inserción del presente en

el periódico oficial de esta provincia, acompañadas de los documentos que justifiquen su aptitud (*B. O.* del 22 de Noviembre).—El alcalde, *Germán del Teso*.

—La de médico titular—por defunción—de Almazar (Soria), con el sueldo anual de 999 pesetas, pagadas por trimestres vencidos de los fondos del presupuesto municipal. Así mismo el agraciado podrá contratar las igualas con varias familias acomodadas de este pueblo de Almazar, San Andrés de Almazar y Cubo de la Sierra, distantes de este pueblo 800 metros el primero, y 3 kilómetros el segundo. Solicitudes hasta el 27 de Diciembre.—El alcalde, *Jesús Domingo*.

—La de médico titular—por dimisión—de Almonacid del Marquesado (Cuenca), dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, por la asistencia á veinte familias pobres y casos legales. Además se darán 2.000 pesetas cobradas por una Junta nombrada por la municipal de este pueblo, del reparto que se haga al vecindario ó vecinos pudientes. Solicitudes por treinta días (*B. O.* del 27 de Noviembre).—El alcalde, *Diego del Busto*.

