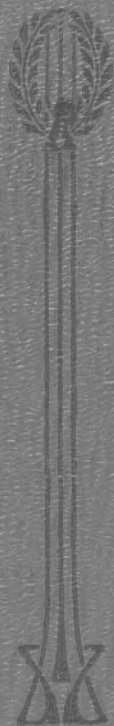
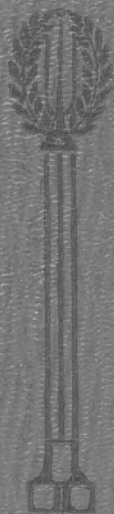
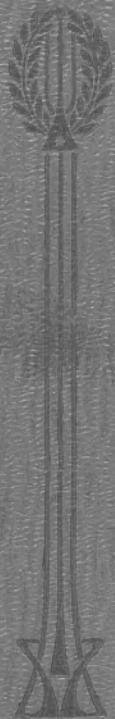


P. Wenceslao Vigil

Manual de Medicina



ΗΣΠΕΡΙΑ
LIBROS HISPANICOS
ZARAGOZA
ESPANA

MANUAL DE MEDICINA

MANUAL DE MEDICINA

ESCRITO EXPRESAMENTE PARA LOS

Misioneros del Extremo-Oriente

POR EL

P. WENCESLAO VIGIL

SACERDOTE DE LA COMPAÑÍA DE JESÚS Y DOCTOR

EN

MEDICINA Y CIRUGÍA

PALENCIA

Imp. y Lib. de Abundio Z. Menéndez

Mayor pral., núm. 70.

1925

NIHIL OBSTAT

Isacius Morán, S. I.

Cens. Ordinis

IMPRIMI POTEST

Ferdinandus G. del Olmo, S. I.

Praep. Prov. Leg.

NIHIL OBSTAT

Marcellus León,

Cens. dioecesanus

Palentiae 22 Decembris 1924.

IMPRIMATUR

Dr. Anacletus Orejón

Vic. Cap. Sed. Vac.



R. 20115

A. M. D. G.

A LA EXCELSA SEÑORA DE SUITUNG

Reina y Señora mía:

¿A quién como a Vos, podría yo dedicar este pequeño trabajo, y bajo qué protección ponerle, mejor que la vuestra?

Vuestro Santísimo Hijo no me concedió la gracia de emplear y dedicar el poco tiempo que me quedaba de vida, a su servicio, en la China.

Y realmente, ¿qué méritos podría invocar yo para conseguir esta gracia tan grande, sino tenía ninguno?.....

A no ser que considerase como meritos los innumerables beneficios que El me había concedido, y que todavía estoy asombrado de que me los haya prodigado como me los prodigó!

Y eso que sé muy bien que si me los concedió, no fué por mí..... ¿quién era yo? Sino, por vos Señora

y Madre mía: que aunque tan indigno, me habeis acogido bajo vuestro amparo y protección, pagandome así, con largueza y generosidad de Reina, el amor y devoción que siempre, aunque pecador y malo os he tenido; haciendo que se cambiase en mirada de misericordia, la mirada airada con que me amenazaba la justicia de Dios.

Pero es el caso que, aunque sin méritos, yo necesito que vuestro Santísimo Hijo me admita para servirle, de alguna manera, en las Misiones de la China..... Y malo ha de ser que no lo consiga.

Siempre sucedió, Reina y Señora mía, que los pobres porfiados saquen mendrugo. ¿Porqué no le he de sacar yo también? Porque a pobre de méritos nadie me gana; pero a porfiado, tampoco.

Y yo, además de pobre y porfiado, cuento con un apoyo tan poderoso, que vuestro Santísimo Hijo, que no me ha querido en el servicio activo de la Misión, sin duda porque veía que no iba a servir para nada, no tendrá más remedio que admitirme, siquiera como Misionero honorario; porque ese apoyo conquie cuento yo para conseguirlo, no hay poder que le resista; ni aún el de El mismo, con poderlo todo.

¡Como que sois vos, Señora!

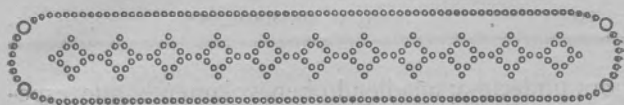
Y lo que me propongo y deseo es que me admita como trabajo de Misionero la pequeña ofrenda de este libbrejo, dedicado a conservar, mediante la ayuda poderosa que Vos le prestareis, la salud y la vida de los Misioneros Chinos; y además, como Vos, no sabeis hacer las cosas incompletas y a medias, me concedereis todavía otra gracia; y es, que el día en que El se sirva llamarme a rendir cuentas, me cobi-

geis, Vos que sois su Madre, pero que también, porque El lo quiso sois mía, bajo vuestro manto, para que así amparado y protegido por Vos, no salga alcanzado en ellas este pobre operario de la hora undécima, y logre el perdón de sus pecados, y un lugar por humilde que sea, donde pueda alabar y dar gracias por siempre a la Excelsa Señora del Anhueí.



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
1850
CHICAGO, ILL.
1850





INTRODUCCIÓN

Dos palabras solamente para exponer el origen de esta pequeña obra; cosa que me parece útil y hasta necesaria.

En 1921, y después de encomendarlo a Dios, expuse a mi antiguo P. Maestro Isacio M. Morán, quien ya tenía algún conocimiento de mi pensamiento, desde el Noviciado, lo conveniente que yo juzgaba sería para la Misión del Anhwei mi ida a la China, en donde nuestros heroicos misioneros se hallan en difficilísimas condiciones el día que caen enfermos, por falta de asistencia médica.

Y con su beneplácito y aprobación, me ofrecí al reverendo padre Provincial para llenar este hueco, aunque me faltaban muchas condiciones para llenarle bien.

El R. P. Provincial aceptó mi oferta; pero reservándose la ejecución, hasta someterlo a la decisión del Rvdmo. P. General.

Recordaba yo entonces que cuando este me admitió en la Compañía, me calificó como operario de la

hora undécima; añadiendo benévolamente que esperaba de mí lo que el Santo Evangelio dice a propósito de los operarios de la última hora.

Y este recuerdo me animaba para esperar resolución favorable a mi pretensión. Pero me equivoqué. La contestación del Rvdmo. P. General fué negativa, fundándose en mis condiciones de edad.

Era la voz de Dios que resolvía; y la acaté sin volver a pensar en China.

Pero, empecé a acariciar la idea de ser Misionero, sin ir a la Misión; ya que el ir no me era posible ¿Y cómo? Pues, de la siguiente manera: Era un hecho muy real y efectivo, y lo sabía yo bien por cartas de la misma China, que nuestros amadisimos Hermanos los heroicos misioneros de mucha parte del Extremo Oriente, estaban, en caso de enfermedad casi completamente entregados a la Providencia de Dios.

De casi nada, o de muy poco, habrá servido el que yo hubiese dado al P. González Olmedo unos cuantos libros de Medicina interna y externa; porque ni bastan, ni podían llenar el objeto.

Eran libros escritos para Médicos. Y el libro que necesitan los Misioneros de China, no era ese; sino uno que teniendo carácter clínico y práctico, haya sido escrito para ser manejado por personas que, sin ser médicos, tengan, sin embargo, la indispensable cultura científica y literaria para saber dudar en un caso dado. Porque profesión tan árdua y difícil como la medicina, no es posible que pueda ejercerse sin dudas y peligros.

Y si ocurre a los médicos tantas veces esto, ¿Cuán-

tas no ocurrirá a los que se vean en la necesidad de practicarla, sin conocerla? Exceptuando, por supuesto, a los ignorantes; porque estos no dudan nunca de nada. Todo para ellos, es trillado y corriente.

Por esa razón, creo que no puedan entregarse ni estos libros ni esta práctica de una manera absoluta, y para obrar sin consulta, a personas que no tengan una sólida formación científica, como la tienen los Padres de la Compañía de Jesús. El proceder de otro modo, es siempre de lo más disparatado, y la mayor parte de las veces, altamente peligroso. Ya sé que la necesidad ha de poner este Manual en manos de los Hermanos enfermeros. Pero deben de tener en cuenta que necesitan, en absoluto, del consejo y dirección del Padre bajo cuya obediencia se hallen en esos lejanos países; y que en conciencia no pueden usarle de otro modo, y muy especialmente en casos graves, como han de verse muchas veces.

Empecé, pues, entonces a pensar en la idea de hacer un Manual que llenase en lo posible, el objeto expresado, y pudiera servir a nuestros Misioneros de guía y medio para atender a la curación de sus dolencias y de las de las personas que tienen a su cuidado.

No se me ocultaban las dificultades de la obra. Pero, confiaba vencerlas con el auxilio poderoso de la Augusta Señora a quien la dedico.

En las Navidades de 1921 tuve ocasión de ver y hablar en Carrión de los Condes con el P. Pardo, Misionero recién llegado de China, quien me mostró unos libritos impresos en Shangai, y escritos por PP. Misioneros que no eran Médicos; circunstancia

que acredita la necesidad que sentían cuando llevó a esos PP. hasta escribir de una ciencia, que no podían conocer lo suficiente, pues no la habían estudiado más que particularmente; lo cual no era bastante, como es consiguiente, para inspirar confianza. Por eso el P. Pardo me rogó con insistencia hacer algo para remediar el peligroso estado en que se hallan los Misioneros. Poco después otras dos cartas de China de los PP. González Olmedo y Arámburu en que me pintaban la difícil situación de los Misioneros y me instaban a aliviarla, y el autorizadísimo consejo de persona de mi absoluta confianza, me decidieron y resolvieron a llevarlo a cabo, con la aprobación del R. P. Provincial.

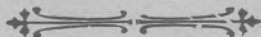
He ahí la historia de este modestísimo Manual, verdadero trabajo de compilación que no tiene más objeto y fin que la mayor gloria de Dios, divisa de nuestro santo Padre, espresado y traducido en el deseo de contribuir a procurar la salud y mayor duración de la vida de los heroicos misioneros, que, en aquellas lejanas regiones del Extremo Oriente, ejercen el sagrado ministerio Apostólico; confiando yo, para ello, más que en mis consejos médicos, en la ayuda y protección que a mi obra dará la muy excelsa Reina y Señora de Suitung.

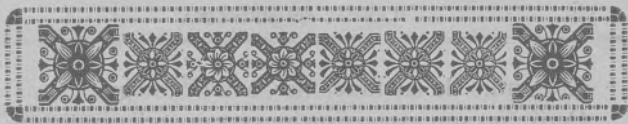
Serán objeto de este Manual, no solo las enfermedades propias o endémicas de los países Orientales, sino también muchas otras que no tienen este carácter, y se padecen allí. Y así mismo daré también un lugar importante a otras de orden quirúrgico, igualmente que a procedimientos de antisépsia y desinfección.

ción, que tan necesario e indispensable es conocer. Considero conveniente dar extensión exeeptional a las enfermedades infecciosas por la gran importancia que tiene su conocimiento, especialmente en China y demás países Orientales. En el resto procuraré limitarme casi a la sintomatología y al tratamiento; porque no es posible otra cosa; y aun así tendré que extenderme demasiado, a veces.

Me ocupo también, aunque bastante brevemente, en otro grupo de enfermedades infecciosas y contagiosas, en las que, apesar de sus condiciones, he juzgado necesario hacerlo, por lo excesivamente frecuentes que desgraciadamente son en China, y por la necesidad en que, a veces, se verán los Misioneros de atenderlas y curarlas, venciendo, por deber de caridad, sus escrúpulos y repugnancias.

A fin de hacer mi Manual más inteligible a las personas para quienes está destinado, me pareció conveniente empezarle con algunas nociones de Anatomía, Fisiología y Patología general. Y no quiero terminar sin dejar consignado que no siendo este Manual una obra con pretensiones psicológicas, aquellas ligeras ideas de esta índole expuestas al hablar de las facultades cerebrales, solo lo han sido en cuanto me ha parecido necesario para explicar debida, aunque muy concisamente, el concepto fisiológico de estas funciones.





CAPÍTULO I

Nociones preliminares de Anatomía y Fisiología

El cuerpo humano se compone de órganos, que son los encargados de cumplir los actos de la vida.

El conjunto de estos actos, recibe el nombre de función.

Las funciones son de dos clases: funciones de nutrición y funciones de relación.

Las primeras se refieren a la conservación y crecimiento del cuerpo.

Las segundas a sus relaciones con los otros seres y objetos que nos rodean.

Al conjunto de órganos que concurren a una sola y misma función es a lo que se da el nombre de aparato.

A las funciones de nutrición corresponden los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio y urinario.

A las de relación, los de locomoción, nervioso y órganos de los sentidos.

El estudio de los aparatos corresponde a la Anatomía.

El estudio de las funciones, a la Fisiología.

Pero, no son estas funciones tan independientes unas de otras que no se mezclen y auxilien muchas veces.

Aparato digestivo.—Es el conjunto de órganos que llevan a cabo la digestión de los alimentos.

La digestión, es una función que consiste en hacer sufrir a las sustancias alimenticias, introducidas en el aparato digestivo, diversas modificaciones, cuyo resultado es transformarlas en dos partes; una destinada a la nutrición, el quilo; líquido que renueva la sangre y reconstituye los órganos; y la otra, los excrementos; residuo semisólido, destinado a ser expelido.

Esta transformación se verifica mediante los distintos jugos y fermentos salival, gástrico pancreático e intestinales; teniendo también en ello gran importancia los movimientos gástricos e intestinales.

Esa función comprende una série de actos sucesivos; tales como la prehensión de los alimentos, la masticación, la insalivación, la deglución, la quimificación, la quilificación, la absorción en el intestino y la defecación.

Sólo habré de ocuparme con alguna detención de las más importantes.

Masticación.—Esta función es ejecutada por los dientes y muelas.

El hombre tiene treinta y dos dientes, divididos en incisivos, caninos y molares.

Hasta los siete años por lo regular, el niño no tiene más que veinte dientes, llamados dientes de leche; que son reemplazados, a partir de esta edad, por los

treinta y dos de la segunda dentición, llamados permanentes.

La muela más posterior se llama muela del juicio, porque su aparición no se verifica sino hacia los 24 o 25 años.

La insuficiencia de la mastificación es una causa frecuente de enfermedades del estómago.

Y tanto se verifica por carecer de dientes, como por una masticación precipitada.

Por medio de los dientes inoculan los perros y otros animales, la terrible enfermedad de la rabia, y las serpientes el veneno.

Insalivación.—Este acto de preparación a la digestión, y aún de principio de ella, tiene lugar en la boca, y es favorecido por la masticación que, triturando los alimentos, facilita su impregnación por la saliva segregada por las glándulas submaxilares y sublinguales, colocadas en la boca, y las parótidas situadas tras del ángulo de las mandíbulas, por delante de las orejas.

La saliva favorece la masticación y la deglución, reblandeciendo los alimentos; por su acción, y bajo la influencia del fermento que contiene, que es la ptialina o diastasa salivar, transforma la fécula de los alimentos de esta clase en glucosa o azúcar de uva.

Deglución.—En este acto, que se reduce al paso del alimento de la boca al estómago, toman parte la lengua, la faringe, que se eleva y viene al encuentro del bolo alimenticio, el velo del paladar que cierra la comunicación con las fosas nasales y el exófago, conducto que recorre el bolo alimenticio para llegar al

estómago. Igualmente la epiglotis, pequeño cartilago movable, que impide, aplicándose sobre la glotis, o abertura de la laringe, el paso del alimento a las vías respiratorias en ese acto; lo cual sería de gravísima transcendencia.

En el estómago hay que considerar, no sólo los dos orificios, sino el fondo y las dos corbaduras; la menor arriba y la mayor abajo.

Quimificación o digestión estomacal.—Una vez en el estómago el bolo alimenticio, en cuyo órgano entra por el orificio superior del mismo, llamado cardias, sufre allí modificaciones que le transforman en una sustancia pastosa llamada quimo.

Estas modificaciones y transformaciones se operan bajo la acción del jugo gástrico, segregado por las glándulas del estómago; y esta acción es debida al ácido clorhídrico, que combinado con el fermento propio también de él, que es la pepsina, goza de la propiedad de transformar los alimentos azoados o nitrogenados, como es v. gr. la carne, en una sustancia soluble y asimilable que es la albuminosa.

En los climas fríos deben dominar en la alimentación las grasas y carnes, y en los calientes los vegetales. Y esto es lo que ordinariamente sucede en relación también con el apetito.

Una vez iniciada la digestión estomacal, empieza a pasar por el píloro u orificio de salida del estómago el contenido gástrico, y entra en el intestino donde sufrirá las transformaciones que veremos.

A veces, no pasan los alimentos al intestino y son arrojados por el vómito, acto que se verifica median-

te las contracciones del estómago, de las paredes del vientre y del diafragma, músculo plano que a modo de membrana separa la cavidad torácica de la abdominal.

El vómito va siempre precedido y acompañado de un malestar general, de orden nervioso, a veces muy molesto. El vómito es determinado por la acción del sistema nervioso. Por eso, cuando se toma un vomitivo, no se desarrolla su acción hasta después que es absorbido y pasa al torrente circulatorio.

Es difícil precisar, con exactitud, la duración de la digestión en el estómago; porque está en relación con la naturaleza de los alimentos, el grado de energía de las contracciones del estómago y la actividad de secreción del jugo gástrico.

Sin embargo, se presume que su término medio es de tres horas. He aquí porque no debe tomarse ningún baño antes que pase ese tiempo.

Las transformaciones que se iniciaron en el estómago, mecánicamente, por las contracciones de esta viscera, y químicamente por la acción de la pepsina y del ácido clorhídrico, continúan en el intestino mediante la quinasa, fermento que existe en el jugo intestinal, y del fermento triple del páncreas; interviniendo asimismo la acción de la bilis que segrega el hígado y que emulsiona las grasas.

Reducidos como hemos dicho los alimentos en el estómago, al estado de pasta blanda, llamada químo, empiezan a entrar al intestino por el píloro, orificio que establece la comunicación entre él y el estómago.

El píloro corresponde al epigástrico; o sea a esa

parte del vientre, llamada vulgarmente boca del estómago, región en la cual se observa frecuentemente la presencia de tumor en los individuos atacados de cancer del estómago; aunque puede estar, y está con frecuencia, más alto, más bajo, o lateralizado. En estos enfermos son las digestiones muy lentas; y a veces no pasan, o pasan muy difícilmente los alimentos al intestino, por obstrucción más o menos completa del orificio pilórico.

La posición viciosa de los niños en la escuela, que apoyan su pecho sobre el borde de la mesa, lo mismo que los que tienen profesiones u oficios en los que es común esta posición, que ocasiona compresión más o menos continua sobre la región epigástrica, sufren frecuentemente trastornos en las funciones digestivas que pueden, a la larga, determinar lesiones del estómago de alguna importancia. El píloro es el punto más estrecho del tubo intestinal.

Sin embargo, no opone dificultad al paso de cuerpos extraños de algún volumen. Yo he sido testigo del paso por él de una moneda de cinco céntimos que, atravesada en el exófago, fué empujada por mí, por medio de una sonda gástrica dura hasta el estómago; y al día siguiente fué expelida. Otros han visto espelerse monedas mayores como de diez céntimos y aún de cinco francos.

El tubo intestinal humano, cuya longitud es de seis o siete veces la de la talla, se divide en varias secciones de diversa importancia y papel en la digestión.

Por de pronto, se divide en intestino delgado y grueso. Es la división principal.

El delgado se compone de duodeno, yeyuno e ileon.

El grueso, de colon ascendente, colon transverso, colon descendente, S iliaca del colon y recto, que es la última parte de él.

El químo franquea, como hemos dicho, el píloro, y recorre sucesivamente el duodeno, yeyuno, e ileon, y el colon en sus varias divisiones, sufriendo las transformaciones consiguientes, determinadas por la quinasa del jugo intestinal o entero-quinasa, el jugo pancreático y la bilis del hígado, que le ponen en condiciones de ser absorbido, convirtiéndole en quilo.

El páncreas y el hígado son dos órganos importantísimos por su función en la digestión de los alimentos.

Ambos vierten sus jugos en el duodeno; conducidos del páncreas por el canal de Wirsung, y del hígado por el canal colédoco hasta la ampolla de Water, donde se unen.

El jugo pancreático desarrolla la acción de sus tres fermentos, continuando la acción de la saliva sobre las féculas por medio de la amilasa; sobre las grasas que emulsiona y divide en finísimas partículas, susceptibles de ser absorbidas, por la lipasa; y digiere los alimentos albuminoideos por la tripsina. Por eso tiene tan excepcional importancia este órgano en la función digestiva, y por consiguiente, en la nutrición.

Así mismo la tiene también muy notable el hígado, no sólo en la digestión, por el poder emulsionan-

te de la bilis sobre las grasas y por su acción contra la fermentación pútrida del contenido intestinal, que adquiere muy fétido olor cuando falta la bilis en él, y porque activa la renovación celular del epitelio intestinal, facilitando así sus funciones de absorción, sino también sobre todo el organismo por sus variadas y múltiples funciones.

Cuando un cuerpo extraño, como un cálculo, se atraviesa en el colédoco, dá lugar a varios trastornos, entre los cuales descuella la aparición de la ictericia por el paso a la sangre de la bilis, que no puede entonces pasar al intestino.

Los intestinos están cubiertos por una capa de grasa, llamada *epíplon gastro cólico*, que desciende tanto más abajo del abdomen, cuanto más edad tiene el individuo.

El epíplon, lo mismo que el mesenterio son dependencias del peritoneo, membrana extensa que recubre los órganos internos abdominales. El epíplon, también se llama Omento.

El intestino delgado está fijo a la columna vertebral por un repliegue membranoso llamado *mesenterio*, que contiene, entre sus pliegues, las arterias mesentéricas, las venas meseraicas y los vasos quilíferos con sus ganglios. Ofrece una gran movilidad; y de ahí la frecuencia de sus hernias, lo mismo que del terrible íleo, o cólico miserere.

La marcha de los alimentos en el intestino, está favorecida por las contracciones de sus fibras musculares; y es retardada por los repliegues llamados válvulas conniventes, que aumentan la extensión del

intestino; y por lo mismo, la superficie de absorción; pues en estos repliegues se hallan las vellosidades intestinales que presiden a esa función de la absorción, y dan a la mucosa intestinal un aspecto aterciopelado. Estas vellosidades reciben, en su interior, las extremidades de los vasos quilíferos y ramificaciones de la vena porta, encargados de tomar por imbibición, el quilo elaborado por el trabajo de la digestión.

Los quilíferos transportan el quilo al canal torácico que se halla colocado a lo largo de la columna vertebral, el cual los vierte en la sangre en el punto de reunión de las venas yugular interna y subclavia derecha.

Las ramificaciones de la vena porta toman los elementos del quilo, y los conducen al hígado, siendo luego vertidos en la vena cava inferior por las supra hepáticas. El quilo penetra pues, en la circulación general por intermedio del sistema venoso.

Las materias excrementicias recorren el colon ascendente, el transverso y el descendente; se acumulan en la parte llamada S iliaca o colón iliaco, atraviesan el recto, y son expulsadas por el ano, orificio inferior del recto y terminación del intestino.

En su trayecto por el intestino grueso aún se absorbe alguna cantidad de quilo que llevan todavía, antes de ser eliminadas.

La propiedad absorbente del intestino grueso es utilizada por los médicos para administrar lavativas nutritivas y medicamentosas.

Aparato respiratorio.—Encerrado este aparato en

el torax, o caja torácica, está formado por la laringe, tráquea, brónquios y pulmones.

El torax es una cavidad cónica con la parte más estrecha arriba. Está limitada por detrás por la columna vertebral o raquis, compuesta de veinticuatro piezas óseas, llamadas vertebrae, distribuidas en cuatro regiones, que son la cervical, la dorsal, la lumbar y la sacro-coxígea. Por delante, por el esternón, y lateralmente por doce pares de costillas; cuyos dos últimos pares son y se llaman flotantes. Todas se articulan oblicuamente con la columna vertebral.

Los espacios que limitan las costillas están tapizados por los músculos intercostales.

La superficie externa del torax, dá inserción a poderosos músculos que, además de desempeñar papel importante en la respiración, la protegen contra las violencias exteriores.

La base interior del torax, está cerrada por una membrana muscúlosa llamada *diafragma*, que separa la cavidad torácica de la abdominal.

La laringe es el órgano especial de la producción de la voz y de los sonidos; y también sirve para la respiración. Es de notar en ella, en el exterior, el saliente anterior, llamado *nuez o bocado de Adán*, por bajo de la cual se halla la glándula tiróides cuya hipertrófia o aumento de volúmen constituye el bocio.

El orificio superior de la laringe, está provisto de una cubierta llamada epiglotis, parecida a una pequeña hoja de verdolaga. Uno de sus más importantes papeles, ya lo hemos dicho: es cerrar el paso a los alimentos que pudieran pasar desde la faringe. En la

parte interna de la laringe se hallan también las cuerdas vocales, de tan importante papel en la producción de la voz, que es efecto del paso del aire por la glotis, con cierta fuerza para hacer vibrar las cuerdas vocales, que cuanto más tensas estén, más agudo es el sonido.

La palabra, o voz articulada, se produce por la acción combinada de lengua, labios y farínge.

A la laringe sigue la tráquea, tubo compuesto de una série de anillos cartilaginosos incompletos que se oponen a que la tráquea pierda la forma de conducto.

Al nivel de la tercera vértebra dorsal, la tráquea se vifurca en dos, que llevan el nombre de brónquios; cada uno de los cuales se divide en un infinito número de ramificaciones que terminan en una dilatación que lleva el nombre de *vesícula pulmonar*.

Al rededor de estas ramificaciones, se hallan las de los vasos sanguíneos que vienen del corazón derecho y vuelven al corazón izquierdo. El conjunto de todos estos canales aéreos y sanguíneos constituye los pulmones.

El papel o función de los pulmones, es la transformación de la sangre venosa o negra, en roja o arterial, desembarazándose del ácido carbónico mediante el oxígeno del aire, cuyo cambio de gases tiene lugar en las vesículas pulmonares.

El mecanismo de la respiración, comprende los dos tiempos de inspiración y espiración. Por el primero, empieza la vida, y con el segundo concluye.

El cuerpo humano, hace unas veinte respiraciones por minuto, en estado normal. Se ha atribuido a la

respiración el único origen del calor animal; lo cual no es exacto; pues toman además parte en él las reacciones químicas que tienen lugar en el organismo.

La temperatura del hombre, tomada en la axila o sobaco, es de 37 grados centígrados término medio, en estado normal, pues la temperatura normal fisiológica, oscila entre 36°,5 y 37°,5 centígrados. En las enfermedades puede subir a 42° C. o más. Se le ha visto llegar a 45° C.

Es un hecho curioso que se observa en el estadio de frío de la fiebre intermitente que, a pesar del frío, se eleve la temperatura tres o cuatro grados más de la normal.

Aparato circulatorio.—Es el conjunto de órganos encargados de transportar la sangre, desde el corazón, su centro, a todas las partes del cuerpo, y de volverla a conducir al corazón.

El aparato circulatorio se compone de un órgano central que impulsa la sangre: el corazón; y de medios transmisores, que son las *arterias*, *las venas* y *los capilares*.

El corazón es un órgano musculoso del tamaño del puño en el adulto; más pequeño en las mujeres que en los hombres; encerrado en el pecho detrás del esternón aunque un poco hacia la izquierda.

Puede ser dividido en dos órganos distintos: el corazón derecho, destinado a contener y conducir la sangre negra, y el corazón izquierdo, que preside la circulación de sangre roja.

Cada parte de éstas, se compone de dos cavidades superpuestas. La superior es la aurícula; la inferior el

ventrículo. Se comunican por medio de orificios cerrados por válvulas. La del orificio derecho, es, la válvula tricúspide. La del izquierdo, es la mitral.

A las cavidades auriculares abocan venas. A la derecha, las cavas superior e inferior. A la izquierda, las venas pulmonares. De los ventrículos, parten arterias; la arteria pulmonar del derecho, la aorta del izquierdo.

La aorta, es el vaso arterial más grueso del cuerpo. Sale del corazón, formando en seguida el *cayado*, llamado cayado de la aorta.

El corazón es un órgano insensible. Los dolores que a veces se presentan en su zona, son debidos, casi siempre, a una neurálgia intercostal o de la pared torácica.

La punta del corazón late en el cuarto espacio intercostal del lado izquierdo; un poco por dentro y por debajo de la tetilla.

En casos de hipertrofia traspasa éstos límites.

Las arterias, son tubos elásticos, contráctiles, destinados a llevar la sangre a todas las partes del cuerpo. Se distienden a cada contracción del corazón, y por razón de su elasticidad vuelven sobre sí mismas, apenas cesa la impulsión cardiaca. Este movimiento de las arterias constituye el pulso.

Con la vejez, o cuando, aún antes de ella, sobreviene la arterio-esclerósis, pierden las arterias su elasticidad; y si esta alteración, afecta a los capilares cerebrales, con facilidad ocurre una ruptura de ellos; lo que da lugar a la hemorragia cerebral, (apoplejía).

Las venas son las encargadas de llevar la sangre

al corazón en retorno de todas las partes del cuerpo; y a fin de facilitar su marcha, están provistas de válvulas que la impiden retroceder; pues tienen las paredes blandas y flácidas, y carecen de elasticidad.

Las contracciones musculares ayudan también la marcha de la sangre de ellas.

Las paredes de las venas, ofrecen, a veces, dilataciones permanentes, llamadas varices. Las varices del recto han recibido el nombre de hemorroides; (almorranas).

Los vasos capilares forman una espesa pared de tubos intermedios entre las arterias y las venas.

Como es consiguiente, retrasan y lentifican considerablemente el curso de la sangre.

La sangre venosa, afluyendo de todas las regiones del cuerpo, llega por las dos venas cavas a la aurícula derecha; de ahí pasa al ventrículo derecho que la envía a la arteria pulmonal, cuyas ramificaciones se esparcen por el espesor del pulmón.

La sangre venosa, o sangre negra recibida por los pulmones, llega a convertirse en arterial o roja al contacto del aire; y entra, así modificada, por las venas pulmonares, en la aurícula izquierda, de donde pasa al ventrículo izquierdo.

Las contracciones de este ventrículo empujan el líquido sanguíneo a la aorta; y de ahí, por todo el sistema arterial, hasta los capilares, donde abandona a los tejidos de la economía sus materiales nutritivos, volviendo al corazón por las venas.

La circulación, desde el ventrículo izquierdo, a la aurícula derecha, a traves de todo el organismo, es

la gran circulación. La del ventrículo derecho a la aurícula izquierda a través de los pulmones, es la pequeña circulación.

La sangre no tarda más que treinta segundos en recorrer el ciclo entero de la circulación. Por consiguiente, un glóbulo sanguíneo recorre en veinticuatro horas, 2880 veces el doble círculo circulatorio; lo cual da una velocidad de 28 kilómetros por hora. El cuerpo humano contiene una cantidad aproximada de cinco litros que representa la 13.^a parte de su peso.

Cuanto más activa es la circulación en un órgano más desarrollo tiende éste a adquirir.

Por eso, el brazo derecho es más fuerte que el izquierdo; y aún, aunque en menor escala, se halla este también en los piés; pues por lo regular, se halla más desarrollado el derecho que el izquierdo.

Aparato urinario.—Este aparato está muy relacionado con los anteriores; tanto que en él se reflejan, con muchísima frecuencia, los trastornos que tienen lugar en éstos.

Los líquidos, impropios para la nutrición, son eliminados, en muy grande parte, por los riñones, que están formados por un gran número de filtros, que son las pirámides de Malpígio. Estos filtros dejan pasar todas las impurezas de la sangre, que es lo que constituye la orina.

La orina es un líquido coloreado en ligero amarillo; y contiene el 93 % de agua, y 2 % de úrea, que es un principio nitrogenado.

La orina desciende de los riñones por los uréte-

res, conductos que la llevan a la vejiga, de donde es espelida por el canal de la uretra.

En la orina pueden también encontrarse otras sustancias tales como azúcar, albúmina, bilis, moco y sales, como fosfatos y otras.

De ello me ocuparé al tratar de las enfermedades de las cuales son síntomas.

Conviene anotar aquí la facilidad con que algunos, poco peritos en estas cosas, confunden el precipitado que dan los fosfatos, tratada la orina, en un tubo de ensayo, por el calor, para investigar la albúmina, con el precipitado que esta produce. Alguna ligera semejanza ya hay en él; pero cuando exista esta duda, facilísima y rápidamente se aclara. y siempre conviene hacerlo, añadiendo al tubo de ensayo tres o cuatro gotas de ácido nítrico, con lo cual desaparece el precipitado si es de fosfatos, y persiste si es de albúmina. Y esta diferenciación es de grande importancia.

La orina puede también aparecer con olores determinados, como el amoniacal, en el caso que exista en ella la acetona; observación de importancia en caso de diabetes. Los espárragos le dan también un olor especial pocas horas después que se toman.

El hombre adulto escreta, por término medio, litro y medio de orina diario. Durante el verano disminuye esta cantidad, porque aumenta la transpiración por la que se elimina entonces lo que hubiera de eliminarse por el riñón.

A veces, contiene la orina arenillas, cálculos, pie-

dras que suele depositar en la vegiga o espelerse con ella.

Y el paso de estos cuerpos suele dar lugar a cólicos nefríticos, tanto más dolorosos, por lo regular, cuanto mayor sea el tamaño de esos cuerpos, o mayor la cantidad.

Lo mismo pasa a veces en la vegiga viliar; lo cual da lugar también al cólico biliar, y es producido por el paso de las arenillas, cálculos o lodo biliar por los conductos biliares.

La bebida en abundancia suelen ser un remedio eficaz para evitar el cólico en los predispuestos a él.

Los órganos secretores de la orina son los dos riñones colocados a los lados de la columna vertebral al nivel de la región lumbar. La orina segregada por ellos marcha por los uréteres hasta la vegiga que es el órgano receptor.

También es preciso tener en cuenta otro órgano colocado delante del recto, de mayor volumen en el viejo que en el adulto, por la importancia que tiene en la espulsión de la orina. Es la próstata que se halla atravesada por la uretra, conducto que nace en el cuello de la vegiga y vierte la orina al exterior.

Funciones de relación.—Además de las de nutrición, posee el organismo otro orden de funciones, en virtud de las cuales, siente, piensa, quiere y obra con arreglo a las determinaciones de su voluntad; y por medio de ellas, se comunica con los demás seres. Son estas las funciones de relación que se dividen en dos grandes grupos; las de sensibilidad y las de movimiento.

En el primero se comprenden las sensaciones y las facultades intelectuales y afectivas. Al segundo, pertenecen los movimientos.

Las sensaciones no son otra cosa que las impresiones que percibe el alma, por conducto de nuestros medios transmisores, de los objetos exteriores o interiores que afectan a nuestro organismo.

Los órganos encargados de recibir las impresiones externas son nuestros cinco sentidos.

Los movimientos son inherentes e inseparables de la materia organizada y dotada de vida y sensibilidad.

Sólo me ocuparé aquí de los musculares, dejando a un lado los moleculares o químico-vitales, los sarcódicos y los vibrátiles que no interesan, de un modo especial, en este trabajo.

Los movimientos musculares se realizan inmediatamente por medio de los músculos animados por los nervios, que transmiten las órdenes de los centros.

Y lo mismo las sensaciones que los movimientos, dependen de estos centros que constituyen el sistema nervioso.

Además de los actos voluntarios y de las sensaciones, existen en el organismo otros actos independientes de la voluntad, y puramente automáticos; que son los correspondientes a las funciones de los órganos, tales como las palpitaciones del corazón, las contracciones del intestino, &c.

Estos se hallan colocados bajo la influencia del aparato nervioso especial llamado *Gran Simpático* que está formado de cordones blanquícenos y de pe-

queñas masas ganglionares, distribuidas irregularmente en las vísceras de la nutrición, y extendidos bajo la forma de dos cadenas simétricas, una a cada lado de la columna vertebral.

Los nervios de este aparato se dirigen, como he dicho, unos a las vísceras; otros sirven para poner en relación los diferentes gánglios entre sí, y otros se comunican y unen con los pares cerebrales o raquídeos; pero a pesar de esta comunicación, no se relacionan con los órganos de la voluntad, puesto que los movimientos que ocasionan en las vísceras son completamente involuntarios.

El sistema nervioso se compone de una parte central, constituida por el cerebro, cerebelo, istmo del encéfalo y médula espinal; y de una parte periférica formada por un incontable número de filetes nerviosos que van a todas las partes del cuerpo, sirviendo unos a la sensibilidad y otros al movimiento. Unos son receptores y otros trasmisores.

El centro nervioso céfalo-raquídeo se halla protegido por los huesos del cráneo y las vértebras; y además por las tres membranas, dura-madre, pia-madre, y aracnóides, que llevan el nombre de meninges.

El cerebro ocupa toda la cavidad del cráneo, excepto las fosas occipitales inferiores destinadas al cerebelo.

El cerebro está dividido en dos porciones llamadas hemisférios, en cuya cara externa convexa se aprecian las circunvoluciones.

El centro nervioso encéfalo-raquídeo se halla for-

mado de dos sustancias; la sustancia blanca y la sustancia gris.

De él parten todos los nervios bajo la forma de raíces, llamándose nervios craneales los que pasan por los agujeros de la base del cráneo, y nervios raquídeos los que pasan por los agujeros de conjunción del raquis. Son los primeros doce pares. Los segundos treinta y uno. Son los nervios de la vida de relación.

Hay además los nervios de la vida nutritiva que son los gánglios y filetes del gran simpático, que se distribuyen por las vísceras en forma de *plexos* que no son otra cosa que conjuntos de numerosos filetes entrelazados.

Los nervios raquídeos, tienen dos raíces distintas. La anterior preside exclusivamente a la motilidad; la posterior a la sensibilidad. Ambas se unen en un cuerpo, después de salir de los agujeros de conjunción.

Los hemisférios cerebrales son los instrumentos de los sentidos internos, y mediante estos, y extrínsecamente de la inteligencia. Ellos son también los que transmiten las órdenes de la voluntad. El cerebelo es el sitio de la coordinación de los movimientos. Ejerce, por lo mismo, una acción importante en la locomoción.

En el bulbo raquídeo, engrosamiento que presenta la médula en su parte superior, y que también recibe el nombre de médula oblongada, se halla el *nudo vital* cuya herida por pequeña que sea, causa la muerte instantánea.

Hay impresiones que determinan movimientos de que no tenemos conciencia. Son éstos lo que se llama

movimientos reflejos, tales como el vómito producido por la titilación de la campanilla; el estornudo que sucede a una irritación de la mucosa nasal, &c.

Organos de los sentidos.—En ellos la sensibilidad se ofrece bajo diversas formas, y escitada por diversos agentes.

El sentido de la vista, comprende el globo del ojo y los órganos accesorios que sirven para protegerle y moverle. Se compone el globo de varias envolturas y partes. La esclerótica o córnea-opaca forma el blanco del ojo y es la más externa. La parte anterior y central es transparente; es la que lleva el nombre de córnea.

La membrana siguiente es la coróides, que se divide por delante en dos láminas. La una forma el iris de diverso color, según los individuos. Tiene en su centro una abertura que es la pupila o niña del ojo, que puede dilatarse o contraerse por la falta o exceso de luz.

La segunda lámina de la coróides, es la corona ciliar situada detras del iris y delante del cristalino, que es una lente biconvexa y transparente que tiene por función refractar los rayos luminosos, de cuya forma depende la miopía a la presbicia, según esté abombada o aplastada.

La opacidad parcial o total del cristalino constituye la catarata.

La membrana más interna del ojo es la retina. Está formada por una expansión del nervio óptico, que es el encargado de transmitir al cerebro la im-

presión de las imágenes que vienen a pintarse en esta membrana.

Las partes accesorias del ojo son las cavidades orbitarias que contienen los globos oculares; los párpados, las pestañas y las cejas; órganos destinados a proteger el ojo contra la acción de los cuerpos extraños y la impresión de una luz demasiado viva; la glándula lagrimal que segrega las lágrimas, e impide así que se seque la superficie del ojo; y los músculos que sirven para mover el ojo.

El oído.—Comprende tres partes: oído externo, oído medio y oído interno. En el externo hay que considerar el pabellón de la oreja, destinado a concentrar las vibraciones del sonido. En el fondo se halla el conducto auditivo que segrega un humor, llamado cerúmen destinado a impedir a los insectos permanecer en él. Su espesamiento, puede dar lugar a la obstrucción más o menos completa, y a la sordera.

El oído medio o caja del tímpano, cavidad alojada en el espesor del hueso temporal. Se halla separado del conducto auditivo externo por la membrana del tímpano. Esta membrana recibe las vibraciones del aire que trasmite al oído interno por la cadena de los huesecillos del oído, martillo, yunque, lenticular y estribo.

La rotura de esta membrana puede producirse por la acción de fuertes vibraciones. Pero eso no lleva consigo la pérdida del oído. Solo altera su finura. Muchos artilleros han sufrido esta lesión. Se evita teniendo abierta la boca durante el disparo del cañón, para que el aire exterior entre y equilibre la presión.

La caja del tímpano comunica con la faringe por un conducto llamado trompa de Eustaquio.

Cuando en las anginas o catarros nasales fuertes, se nota un poco de dificultad o dolor en la oreja, es que la inflamación se extiende hacia este canal.

El oído interno o laberinto, es la parte esencial de este aparato. Se compone de tres partes o cavidades: el vestíbulo, los canales semicirculares y el caracol, que están llenos de un líquido especial y reciben las terminaciones del nervio auditivo encargado de transmitir al cerebro las impresiones de las vibraciones sonoras.

El sentido del gusto reside en la membrana mucosa que tapiza la superficie de la lengua. Las papilas o salientes del dermis, visibles a simple vista, son también el sitio de la sensibilidad táctil y gustativa por intermedio de los nervios glosio-faríngeos y lingual que se distribuyen en ellas.

La lengua no es único órgano del gusto. Toda la superficie de la mucosa que tapiza la cámara posterior de la boca participa de esta función.

El sentido del olfato, depende, sobre todo, de la extensión de las cavidades nasales; y reside en las fosas nasales tapizadas por la membrana pituitaria que contiene en su espesor las ramificaciones de los nervios olfativos, encargados de comunicar al centro cerebral la impresión de las sensaciones odoríferas. Así pues, cuanto más campo y extensión ofrezcan, más finura y perfección tendrá este sentido.

Pequeños canales hacen comunicar con las fosas nasales las glándulas lagrimales.

Sentido del tacto.—El sentido del tacto tiene por órgano toda la superficie de la piel.

La piel contiene, como elemento esencial, una capa profunda, el dermis, formada de un tejido un tanto afieltrado, que le da su espesor y resistencia. Esta capa celulosa está erizada de pequeños salientes mamelonados, o papilas, a las cuales abocan las extremidades de los nervios de la sensibilidad táctil.

En su espesor se asientan las glándulas sudoríparas y sebáceas. El desarrollo exagerado de las papilas del dermis da lugar a las verrugas. El dermis está cubierto, en toda su superficie, de una capa formada de pequeñas escamas transparentes, cuya acumulación sobre un punto de la cubierta cutánea constituye el callo o durezas de la piel. Esta capa superficial es la epidérmis. Las uñas y los pelos son también producciones epidérmicas.

La cara profunda de la epidérmis contiene granulaciones pigmentarias que dan a la piel su coloración morena, tan acentuada en la raza negra.

La piel no es solo un órgano de protección y el órgano del sentido del tacto. Preside también a la secreción del sudor. Es el sitio de una respiración análoga a la pulmonar, que consiste en la exhalación de ácido carbónico y absorción de oxígeno. En fin, goza de la propiedad de absorción, que todavía algunos niegan y que los médicos aprovechan en la administración de ciertos medicamentos que no pueden ser tomados por la boca; en los recién nacidos, por ejemplo.

El aparato de la locomoción, comprende los hue-

Los músculos y las articulaciones; y la facultad de moverse depende de una propiedad, general y común a todos los animales: la contractilidad.

En las especies superiores esta facultad reside en los músculos, cuyo conjunto forma la carne de los animales.

Los músculos han recibido nombres que están muchas veces en relación con su forma, situación o funciones, como son v. gr. los pectorales en el pecho; los rectos y oblicuos en el vientre; los extensores y flexores en las articulaciones, el sartorio del muslo, los cuadrado de los lomos, los serratos, &c.

Se unen a los huesos por medio de los tendones o aponeurosis.

El conjunto de los huesos constituye el esqueleto: el número de ellos es de 200 en el hombre; siendo los principales, entre los ocho del cráneo, el frontal, los dos parietales, los dos temporales, y el occipital; las veinticuatro vértebras que forman el raquis, terminado por el sacro y el coxis; el maxilar superior, el maxilar inferior, los pómulos, los huesos de la nariz, el esternón en el pecho; las veinticuatro costillas; las clavículas; los dos omóplatos; el húmero de cada brazo; los cubitos y radios de ambos antebrazos; los huesos del carpo, metacarpo y falanges; los dos iliacos; los dos fémures; las tibia y peroné de ambas piernas; la rótula y los huesos del tarso, metatarso y dedos de los pies.

Su desarrollo en longitud y espesor se efectúa hasta los veinticinco años; a partir de cuya edad no crece ya, por lo regular, el hombre.

La detención del desarrollo de los huesos produce en la infancia el raquitismo. La falta de nutrición determina en el adulto la osteomalacia, enfermedad caracterizada por el reblandecimiento de los huesos.

La resistencia y dureza de estos, disminuyen en la vejez; y la rarefacción de la sustancia ósea explica la frecuencia de la fracturas y la lentitud en su consolidación que se observa en esta edad.

Todos los huesos estan revestidos por una membrana fibrosa muy resistente, llamada *perióstio*, que tiene el papel y propiedad de nutrirlos.

Los huesos se unen unos a otros por medio de las articulaciones. Las superficies articulares están revestidas de la capa densa de un tejido especial, el cartilago, que impide su desgaste por el roce.

Como todos los órganos del cuerpo humano, llamados por sus funciones a ejecutar movimientos, están las articulaciones envueltas en una membrana serosa, transparente, lisa y resistente, que segrega un liquido especial, incoloro, filante llamado sinovia, análogo a la clara de huevo, y destinado a facilitar el deslizamiento de las superficies.

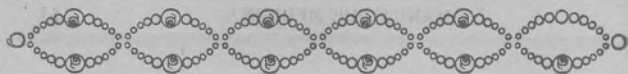
El nombre de esta serosa varía según la región que ocupe.

La movilidad y la continuidad de las articulaciones estan aseguradas por esta membrana serosa, que en ellas se llama sinovial, y además por una serie de fibras ligamentosas inestensibles que rodean las articulaciones, cuya rotura o estiramiento de sus fibras constituye la *entorsis* o torcedura.

La sinóvia es a las superficies articulares lo que el aceite a las máquinas.

La serosa que envuelve los órganos contenidos en la cavidad abdominal se llama *peritonéo*. La que envuelve el corazón, *pericárdio*. La que envuelve los pulmones, *pléura*. La inflamación de cada una de estas, produce una enfermedad febril sumamente dolorosa. Tales son la peritonitis, la pericarditis, la pleuresía y la pleurodinia.





CAPÍTULO II

Nociones de patología general

Estudio de las causas.---Concepto de los síntomas.

La patología general estudia, entre otras cosas, las causas morbíficas, los síntomas y curso de las enfermedades, así como el diagnóstico y pronóstico de las mismas.

Las causas radican y se hallan en nosotros mismos y en cuanto nos rodea: en el calor, el frío, el aire, el suelo, en la alimentación y en los parásitos.

El calor produce efectos distintos según sea debido a la elevación de la temperatura atmosférica, o a la aplicación directa de él sobre nosotros. De esta trataré al hablar de las enfermedades en particular.

Es esta la insolación; de tan terribles efectos en China y otros países.

La acción de los climas, no solo comprende los efectos del calor sentido en los calificados de cálidos, sino también los del frío en los de esta clase.

Los climas que se extienden del Ecuador hasta el grado 30, son generalmente insalubres; sobre todo, para los individuos sometidos recientemente a su influencia. Su insalubridad es debida, sobre todo, a la acción de los agentes infecciosos que dominan en ellos y desarrollan las enfermedades tan frecuentes en los mismos; como son: el paludismo, la disentería y otras. Esto mismo se observa, con mucha frecuencia, en la estación caliente de los climas templados.

Igualmente que los grandes calores, produce desórdenes el frío, y trastornos en las funciones de distintos órganos y aparatos.

La humedad aumenta, en proporciones considerables, los efectos dañosos del frío, porque aumenta el poder conductor del aire.

Por esa razón tienen tan grande importancia causal para producir el reumatismo, las neurálgias, el escorbuto, disentería, las bronquitis y las enfermedades del riñón, las viviendas subterráneas, las construcciones nuevas y la permanencia por mucho tiempo al aire libre y sin hacer ejercicio, en los climas húmedos y fríos.

La luz es un elemento de vida para el hombre, y de muerte y destrucción para los microbios.

Puede sentarse que la oscuridad es uno de los factores, que hacen malsanos ciertos lugares, como las minas y las cuevas; y contribuye a producir en los sujetos que viven en ella, la anémia, la escrófula, y la tuberculósia.

El suelo puede ser considerado como un depósito en el cual se elaboran, producen, regeneran y crían

muchos agentes infecciosos de los más temibles; como son los del paludismo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, peste, cólera morbo-asiático, disentería y otros varios.

La humedad favorece en alto grado el desarrollo de los miasmas, que varía con la naturaleza de los terrenos en las capas superficiales y profunda. Los que son permeables dejan filtrar el agua rápidamente, y no guardan humedad, si tienen una profundidad suficiente.

Los que descansan sobre una capa impermeable, como es v. gr. la arcilla, que está situada superficialmente, vienen a ser pantanosos e insalubres.

En China domina en grandes extensiones el terreno llamado por los geólogos, *Loes* compuesto de lodo arcilloso y ferruginoso, insano en casi toda su extensión.

Las causas traumáticas, ocasionan efectos de conmoción y provocan localmente una reacción que conduce a la reparación de la lesión; la cual se ve, a veces, entorpecida por accidentes, como son la supuración, la hemorragia, la erisipela, podredumbre de hospital y otras.

Se ha visto suceder la nefritis albuminurica a la contusión de los riñones, y la úlcera del estómago a la contusión del epigástrico.

La reacción febril no existe ordinariamente en los casos en que el foco no comunica con el exterior. Por eso la fiebre traumática es siempre el resultado de una infección.

Además del oxígeno y del ázoe, existen en el aire atmosférico otros elementos modificadores, más o

menos importantes, como son el ácido carbónico, el vapor de agua, y algunos otros.

Cuando al aire atmosférico le falta la cantidad suficiente de oxígeno, la hematosis se hace incompletamente, y tienden a producirse fenómenos de asfixia. Y eso mismo ocurre en los espacios y lugares, donde se hallan reunidos un número desproporcionado de individuos que carecen, por eso mismo, de ventilación suficiente.

Cada individuo necesita en cada hora un tercio de metro cúbico de aire atmosférico.

El vapor acuoso, al desprenderse del cuerpo, arrastra materias orgánicas de diversa naturaleza, que quedan suspendidas en la atmósfera, y le comunican el olor que se percibe al penetrar en un sitio, donde personas o animales hayan respirado algún tiempo aire confinado.

Las emanaciones que se desprenden del cuerpo humano en estado patológico, son muy mefíticas; pues los enfermos desprenden sudores y transpiraciones pulmonares más abundantes y fétidas que los individuos sanos.

A los miasmas, que no son gases, sino cuerpos vaporosos o corpúsculos esparcidos en la atmósfera, sirve de vehículo el vapor de agua.

Por eso crece la intensidad del mefitismo con la humedad del aire, y con el aumento de la temperatura.

Las miasmas, tienen la propiedad de adherirse a todos los objetos capaces de retener la humedad, haciéndose así posible su estacionamiento y permanen-

cia, en las paredes y en los muebles, ropas y utensilios del enfermo.

Alimentación defectuosa o excesiva.—Los efectos de la inanición y de la insuficiencia en la alimentación que fueron observados muchas veces, se manifiestan sobre el sistema nervioso al que deprimen, lo mismo que las fuerzas; y ocasionan el adelgazamiento, la palidez y la disminución de la energía moral; favoreciéndose así la génesis de la tuberculosis.

La alimentación excesiva ocasiona trastornos de las vías digestivas; y favorece a la larga, el desarrollo de la obesidad y la gota.

Parasitismo.—El siglo XIX, fué llamado el siglo de las luces; y efectivamente, fué en él cuando la luz iluminó las tinieblas existentes sobre la acción del parasitismo; produciendo una verdadera revolución en el mundo médico; aclarándose las obscuridades que reinaban sobre la naturaleza de ciertas enfermedades y sobre su propagación, y por consiguiente, sobre su tratamiento.

Los parásitos pueden vivir, lo mismo sobre la piel, que en las cavidades viscerales; y dar lugar a trastornos locales y generales, y trasmitirse de un sujeto a otro, sirviendo de vehículo para propagar las enfermedades.

El piojo es uno de los más repugnantes y asquerosos. Cuenta tres especies; de las cuales acaso la peor y más molesta es la llamada *pediculus capitis*; más que por otra cosa, por la dificultad que hallan las madres para limpiar la costra láctea de las cabe-

zas de sus hijos creyendo, sin fundamento, que puede eso hacerles daño.

Esta especie de piojos se desarrolla con tal profusión y rapidez, y su fecundidad es tal, que, en el espacio de dos meses, puede producir una pareja hasta 18000. Esta fecundidad está en razón directa de los medios en que viven. Así es que con la limpieza y cuidados, no es posible su vida y desarrollo. En cambio la falta de aseo no solo los sostiene, dándoles medios de subsistencia, sino que es su principal causa de propagación.

La destrucción y desaparición de las tres especies es fácil mediante un tratamiento sencillísimo, que se reduce a lavatorios locales con una disolución de ácido fénico al 1 por $\%$ o con una de sublimado con arreglo a la siguiente fórmula:

De cloruro mercurico 15 centigramos.

Alcohol cantidad suficiente para disolverlo.

Agua destilada 190 gramos.

Disuélvase.

Tanto esta solución como la de ácido fénico se dan en fricciones, por medio de una esponja, sobre los sitios donde anidan los piojos, sobre todo si están localizados en el pubis (empeine), pues si se extienden por toda la superficie de la piel, puede hacerse uso también de estas sustancias en baños generales templados, en dosis aproximadamente de 20 a 40 gramos para el cloruro, y proporcionalmente los demás elementos. Puede pues el baño formularse así:

Sublimado corrosivo, o sea
Biclorúro de mercurio, 20 gramos.
Clorhidrato de amoníaco, 20 gramos.
Agua destilada, 200 gramos.

Mézclase; para un baño general que debe darse en bañera no metálica.

También se puede emplear el ungüento Napolitano. Pero son más limpios y eficaces los lavatorios.

Sin embargo, dada la dificultad, o mejor dicho la imposibilidad que habrá en regiones como China para poder emplear el baño, será de preferir el apelar a las fricciones con la esponja o paño empapado en una de las dos soluciones, o de sublimado, o en la de ácido fénico al 1 por $\%$ con las que se conseguirá el resultado deseado.

Sin embargo, a veces conviene, sobre todo en individuos que tienen la cabeza convertida en una piojera, hacer preceder estos lavatorios de un tratamiento sin el cual fracasará siempre o casi siempre el lavatorio.

En estos casos, una vez cortado el pelo bien corto, se cubre la cabeza, desde la frente a la nuca, con una gran cataplasma templada de harina de linaza, a la que se agregan 15 o 20 gramos de ungüento Napolitano. El calor de la cataplasma hace que ese enjambre de piojos se dirija a ella, quedando presos en su masa, y muchos muertos por el ungüento mercurial. Se repetirá esto dos o tres veces y después se acude a los lavatorios.

En las mujeres que ordinariamente se resisten a cortar los cabellos, se emplea con éxito, para los piojos y las erupciones costrosas que les acompañan lo siguiente:

De petróleo del comercio, 150 gramos.

Aceite de olivas, 50 gramos.

Bálsamo del Perú, 10 gramos.

Mézclese, para friccionarse la cabeza.

Esta fórmula sirve para friccionarse con ella la cabeza y los sitios en donde, además de los parásitos, existan erupciones costrosas.

La acción antiparasitica del petróleo y los efectos balsámicos y emolientes con que va mezclado, hace que tenga una doble acción, y no sólo destruya los parásitos, sino que modifique las lesiones que producen.

Y si la persistencia de los piojos diese lugar a las irritaciones y erupciones de la piel, se hará uso del glicerolado de almidon, cataplasmas de harina de arroz, baños templados de salvado; y aun después de esto, de algunas sustancias escitantes, como la pomada de brea y la glicerina mezclada con aceite de enebro y bismuto, con lo cual desaparecen pronto.

La glicerina puede mezclarse con el aceite de enebro y el bismuto en la forma siguiente:

De aceite de enebro, 20 gramos.

Glicerina, 20 gramos.

Subnitrato de bismuto.—Cantidad suficiente para hacer masa de consistencia de papilla.

El acarus, es otro zooparásito de la piel, en la que forma surcos, galerías, y eminencias que constituyen los signos característicos de la sarna, como veremos cuando nos ocupemos de ella.

Al lado de los zooparásitos figuran también otros pertenecientes a especies distintas. Son los fitoparásitos que pertenecen a la clase de los hongos y las algas. Su esfera de acción no pasa nunca más allá de producir alteraciones locales, más o menos extensas y tenaces, siendo su sitio de implantación y desarrollo la piel y las mucosas.

A esta clase de parásitos pertenecen *el achorión* de la tiña favosa, *el tricophiton* de la tiña tonsurante, el *microsporon* de la pitiriasis versicolor, y todos los demás que dan origen a las dermatosis fitoparasitarias.

Y al lado de todas estas formas, y formando grupo aparte, se encuentran los parásitos infectantes que no solo invaden el territorio de la piel, sino que se internan profundamente en la trama de los tejidos orgánicos, produciendo alteraciones generales; y dando lugar a las enfermedades infecciosas, que son graves, muy frecuentes y numerosísimas.

Las manifestaciones de todas ellas se determinan por la penetración en el organismo de pequeñísimos seres vivos, de microbios, que, procedentes de fuera, encuentran en él condiciones apropiadas para desenvolverse, multiplicarse, y, una vez conseguido esto, perjudicar al organismo por la acción de las *toxinas* o sustancias tóxicas que segregan.

Es indudable que también puede producirse el cuadro de una enfermedad infecciosa por determina-

dos envenenamientos alimenticios, sin necesidad de que actúe sobre el organismo un agente vivo.

En estos casos, son sustancias que se han formado fuera del organismo a causa del desarrollo de agentes microscópicos; sustancias que penetran en él y le intoxican.

Por lo tanto, también pueden considerarse como causados de una manera mediata por agentes morbosos vivos.

En las causas de las enfermedades hay motivos suficientes para diferenciarlas y agruparlas en endémicas y epidémicas.

Las endémicas son enfermedades localizadas de manera persistente en ciertas comarcas. Son producidas por causas que obran continua o periódicamente.

Las endémicas pueden transformarse en epidémicas pasageramente y propagarse a comarcas en que no reinan habitualmente: atacando a un gran número de personas. No tienen duración limitada las epidemias.

Casi siempre es imposible saber con exactitud desde cuando han empezado a obrar las causas y muchas veces se desconoce la verdadera causa.

Una vez declarada la enfermedad aguda, toma en ella la fiebre el tipo continuo, el intermitente o el remitente. El continuo es el ordinario de la mayor parte de las enfermedades agudas. El intermitente se observa en la infección palúdica. Pero este tipo puede presentarse también en las septicemias, en ciertas inflamaciones; en las neuralgias; en el histerismo y en algunas otras.

La remitencia se presenta en la mayor parte de las enfermedades agudas de cierta duración; y consiste en la acentuación de la pequeña diferencia que hay, en el estado fisiológico, entre la temperatura de la mañana y la de la tarde, no siendo raro ver el que, al paso que la temperatura de la mañana se aproxima a la normal, la de la tarde puede alcanzar 39°, 40° o más grados.

Es de buen augurio en la fiebre tifoidea el que estas remisiones de la mañana se acentúen más, según se prolonga la enfermedad.

En las enfermedades agudas se observan y marcan los tres clásicos periodos de invasión, estadio y declinación.

El de invasión toma el carácter muy notable, de ser brusco en algunas enfermedades y gradual en otras.

Así vemos en la pulmonía y en la viruela v. g., elevarse el termómetro, desde el primer momento, a 40 o más grados, y en la tifoidea y el reumatismo v. g. empezar con poca elevación y no alcanzar la cifra alta sino al cabo de tres o cuatro días.

El periodo de estadio es aquél en que la fiebre se mantiene en su cifra más elevada o en sus inmediaciones. La duración de este periodo es variable en las diversas enfermedades. Así dura solo unas horas en las intermitentes, y puede prolongarse semanas en la tifoidea.

El periodo de declinación toma el nombre de *crisis* cuando se desenvuelve rápidamente; y de *lisis* cuando evoluciona lentamente.

La crisis va precedida de algunos fenómenos que la anuncian. Se presenta una ligera remisión en la fiebre elevándose la temperatura un poco menos que los demás días; siendo menor el malestar.

La fase crítica se caracteriza por el descenso rápido de la temperatura; aunque a veces, tarda 36, 48, o más horas en normalizarse por completo. Pero el enfermo siente la mejoría; duerme; su pulso desciende a la normal o más, y empiezan a repararse sus fuerzas.

Ordinariamente la crisis va acompañada de sudores, orinas abundantes o diarrea, y suele presentarse, con bastante figeza, en enfermedades determinadas, en días señalados. Antiguamente eran los impares los días sacramentales. Hoy está abandonado este criterio.

Sin embargo, hay enfermedades, como la pulmonía franca, en que la defervescencia tiene lugar, casi siempre del día 5.º al 9.º; y como en el sarampión; no complicado, que se produce el tercer día después de la erupción. En otras, por el contrario, cuya marcha no tiene ese carácter cíclico, la crisis tiene lugar dentro de periodos muy variables. Así pasa en la pleuresía, en el reumatismo articular y en la bronco-pneumonia, igualmente que en la erisipela; enfermedades que parece se desarrollan en una marcha de brotes sucesivos.

La terminación por lisis tiene lugar de una manera insensible siendo la defervescencia, o descenso de temperatura gradual.

Al periodo de declinación sigue la convalecencia, que es un estado medio entre la enfermedad, que ya no existe, y la salud que todavía no ha llegado, y que

empieza cuando han desaparecido los síntomas que caracterizan la enfermedad.

La convalecencia va acompañada de notable aumento en la susceptibilidad nerviosa, al paso que las funciones digestivas van recobrando gradualmente su ejercicio regular.

En la convalecencia de la tifoidea llegan las ganas de comer, con frecuencia, hasta el apetito más voráz.

La duración de la convalecencia es incierta. Nunca se puede determinar de un modo riguroso.

La materia de la patología general constituye propiamente el arte médico. Las enfermedades agudas se anuncian en general, por fenómenos precursores o *pródromos*. En las crónicas no hay *pródromos*. Toda alteración perceptible por los sentidos, y efectuada en algún órgano, es un síntoma.

No debe confundirse el síntoma con el signo. El síntoma es una sensación; y solo se convierte en signo por una operación del entendimiento. El signo es obra del juicio; el síntoma, percepción de los sentidos. Solo el médico descubre en él el signo. Los síntomas son alteraciones perceptibles que la enfermedad determina en los órganos o en las funciones. Lo primero que llama la atención del médico frente a un enfermo, es el hábito exterior, o sea la fisonomía, la actitud, los movimientos, la voz. Por aquí pues debe empezar el examen del enfermo. El hábito exterior comprende la actitud. Si el enfermo está de pie se nota cierta languidez y flojedad; y a veces alteraciones en los movimientos, que sirven para caracterizar ciertas enfermedades como el baile de San Vito, la

hemiplegia. Cuando el volúmen del cuerpo está aumentado, y hay infiltración de serosidad en el tejido celular, tendremos a la vista el *anasarca*, si es general, y el *edema* si es parcial; y se distingue y marca por la palidez y semitransparencia de la piel, y por la impresión que deja en ella el dedo cuando se la comprime. La introducción del aire en el tejido celular, también produce un abultamiento llamado *enfisema*, que se reconoce en la leve crepitación que la compresión causa en las partes hinchadas. El color natural, más o menos sonrosado, propio del estado de salud, sufre siempre alteración en toda enfermedad grave.

La piel se presenta pálida y descolorida ya, en el principio del escalofrío de las fiebres intermitentes; sonrosada en las calenturas inflamatorias y exantemas fébriles, pagiza en algunas enfermedades biliosas: de color pronunciado de paja o terroso, en el cáncer, azulado en el cólera morbo.

La piel ofrece a veces manchas rojas, azuladas o amarillentas llamadas *equimosis*. Dependen de la extravasación de la sangre; efecto muchas veces de contusiones.

También se presentan estas manchas en el *escorbuto* y en la *púrpura* hemorrágica; y dependen entonces de una disposición y alteración interior.

En la piel aparecen también erupciones de varias formas: los *exantemas* que son manchas rojizas que desaparecen a la presión del dedo; las *vesículas*, que son ampollitas que se levantan en la epidermis, y contienen un líquido claro; las *flictenas*, que no son más que vesículas de mayor tamaño. Es ordinariamente

este como un guisante o algo mayor, al paso que el de las flictemas apenas llega al de un grano de arroz; las *pústulas* que son tumorcitos llenos de pus; las *pápulas* que son pequeñas elevaciones sólidas que no contienen líquido ninguno.

Hay además las grietas o fisuras, úlceras y fistulas.

Las grietas son una especie de úlcera prolongada y estrecha.

Su sitio ordinario es las narices, los labios, los pezones de los pechos y el ano.

Las úlceras son soluciones de continuidad, ordinariamente sostenidas por un vicio interno o local. Son de varias clases y formas, que sirven generalmente para diferenciarlas.

Las fístulas son conductos estrechos y accidentales que se presentan en la superficie de los tejidos y en comunicación ordinariamente con alguna cavidad.

La cara ofrece también síntomas de importancia. Debemos señalar por su significación, el estupor, característico y propio de la fiebre tifoidea, y notable por la falta de expresión de las facciones, y en especial de los ojos. El enfermo no hace caso de cuanto le rodea, hallándose en un estado como de embriaguez.

La cara hipocrática se observa algunos días antes de la muerte en los que mueren de enfermedades crónicas, o de agudas que han durado algunas semanas. Está caracterizada por el aflamamiento de la nariz, hundimiento de los ojos, frialdad de las orejas, color aplomado y labios péndulos. Anuncia una muerte inevitable y próxima.

Los dedos de las manos terminan en forma curva-

da y de porra en su última falange, en los tuberculosos. Ya fué esto observado muy antiguamente.

Se observan también tumores en la parte media de los huesos largos con dolores que tienen por carácter el ser nocturnos. Son dolores osteócopos que se observan en individuos afectos de sífilis.

La cara fruncida pertenece a la peritonitis y enfermedades orgánicas del abdómen.

En la piel del vientre se marcan especialmente las manchas rosáceas y lenticulares de la fiebre tifoidea y del tifus exantemático.

La *línea alba* situada en la parte media y de arriba abajo del vientre, ofrece a veces, en su mitad supraumbilical, una rasgadura, muy estrecha, difícil de reconocer, en la cual puede introducirse una parte del omento o redaño, y producir vómitos tenaces. Puede curarse fácilmente con un vendaje contentivo. Cuando un sujeto tiene vómitos repetidos, debe explorarse, con cuidado ésta línea, y todos los puntos donde puedan formarse hernias.

La introducción del aire en el tejido celular produce un abultamiento, llamado *enfisema*, que se reconoce, como hemos dicho, por la palpación. Pero cuando los gases se acumulan en el intestino y estómago abultan también el vientre y producen resonancia a la percusión, y este estado se llama *meteorismo*; y si es grande se dice que está el vientre timpanizado.

El vientre disminuye y aumenta alternativamente en varias afecciones, y con especialidad en el histerismo y en el cáncer de los intestinos gruesos.

El signo más importante de esta enfermedad es

un estreñimiento prolongado con tumefacción progresiva del abdomen y cámaras abundantes y mal elaboradas, seguidas de hundimiento de las paredes del vientre.

El abdomen presenta, a veces, en muchos puntos, y especialmente en la región umbilical de la *línea alba*, en el anillo inguinal y en el crural, unos tumores que aparecen ordinariamente al ponerse en pié y andar, y desaparecen al tenderse. Estos tumorcitos blandos son, por lo regular, hernias.

En los fragmentos de los huesos rotos se puede apreciar una crepitación o ruido producido por el roce, que es signo muy cierto de la fractura.

En el cólico saturnino, o cólico de los pintores, se ven en parálisis los musculos estensores de los brazos. La perversión de la contractilidad da lugar a las siguientes variedades: al *temblor* consistente en una agitación débil e involuntaria de los músculos; al *calambre* que es una contracción corta y permanente de uno o varios músculos acompañada de dureza de los contraídos. Se observa con mucha frecuencia en el cólera morbo y en el cólico de los pintores. Ordinariamente ataca en las pantorillas; a la *carfología* que consiste en una agitación automática y continua de las manos que unas veces andan como buscando bedijas en el aire; y otras palpan y arrollan hacia sí, sin objeto, las ropas de la cama.

La voz y la palabra también ofrecen síntomas de alguna importancia. La voz puede no solo debilitarse y enronquecerse; también puede abolirse completamente, constituyendo la *afonía*; y cuando ésta dura

mucho tiempo, hace sospechar siempre la existencia de una tisis pulmonar.

La facultad de sentir también presenta modificaciones y alteraciones. Se presenta a veces abolida ocasionando el estado de insensibilidad. A veces exaltada, y se presenta el dolor que tiene caracteres muy variados. Ya se presenta *gravativo* dando una sensación de peso; ya pulsativo, en forma de pulsaciones isócronas con los latidos del corazón; ya lancinante caracterizado por lancetazos o pinchazos, propio del cáncer y de las neuralgias; ya en otras formas.

Se ha dado a los dolores nombres variados por razón de su sitio.

Así se da el nombre de *cefalalgia* o *cefalea* al dolor de cabeza. *Hemicránea* o *jaqueca* al limitado a uno de los dos lados de ella. Al dolor de oídos se ha llamado *otalgia*. Al de dientes *odontalgia*. *Cardialgia* al de la boca del estómago; cólico al de los intestinos.

También como alteración de las funciones intelectuales se presenta el *delirio* en sus distintas formas de delirio tranquilo y furioso. A la primera se la da el nombre de subdelirio.

El *coma* es un sueño profundo del que es muy difícil sacar a los enfermos; olvidan lo que han dicho, no saben lo que dicen, y vuelven a caer en el mismo estado. La *lipótimia* consiste en la suspensión casi completa de todas las funciones, con palidez completa de la cara y resolución de los miembros. Cuando es muy ligera se llama más bien desmayo o desfallecimiento. El síncope ofrece los mismos caracteres, y

además la suspensión completa de la circulación y respiración.

El estado de calor del cuerpo suministra síntomas importantes. El cuerpo humano tiene la facultad de conservar, en el estado de salud, un grado de calor casi igual, cualquiera que sea la temperatura ambiente. Este grado se eleva más o menos en el estado de enfermedad. Para apreciarle debidamente tenemos los termómetros clínicos, único medio seguro para ello. Conviene que estos sean muy sensibles y buenos. Las marcas inglesas suelen ser las mejores. El frío, igualmente apreciable por el termómetro, también tiene importancia grande, en especial cuando se marca por el temblor involuntario, al que se da el nombre de escalofrío.

Cuando éste es intenso, anuncia ordinariamente el principio de una inflamación, como la pneumonía o pleuro-pneumonía, o de una fiebre exantemática, como viruela, escarlatina, sarampión, &c.

También es frecuente el escalofrío en casos en que haya algún foco de supuración lo mismo que en la reabsorción del pús.

Las exhalaciones pueden ser naturales o morbosas. La exhalación cutánea es continua en el hombre sano. En ocasiones, se hace abundante, y constituye el sudor, siempre promovido por el calor o el ejercicio. En los tísicos se observa por la noche durante el sueño; y brota espontáneo y abundante en la cabeza, cuello y pecho. Estos sudores parciales se llaman sudores del sueño.

Los sudores frecuentes en algunos en los piés son

habituales en muchos casos, y tiene serios inconvenientes, por lo regular, su supresión repentina. La temperatura del sudor suele ser suave o elevada, y también fría. Esta es, ordinariamente, de mal agüero.

A veces posee el sudor cierto y determinado olor; circunstancia que depende indudablemente de la secreción y eliminación de ciertas sustancias del organismo. Yo he observado en reumatismos articulares, especialmente en el reumatismo gotoso, la desaparición del olor que tenía el sudor y transpiración de esos sujetos, al presentarse el reumatismo, y su reaparición al presentarse el alivio.

El vértigo es una sensación en la que parece que todos los objetos estan dando, vueltas alrededor.

En el aparato digestivo también se observan fenómenos importantes.

Cuando hay pérdida completa del apetito, como se observa en las enfermedades graves, se dice que hay *anorexia*. La pérdida completa del apetito de una manera prolongada y la demacración progresiva son, a veces, los dos únicos síntomas de la existencia del cáncer del estómago.

Hay amargor, pastosidad y sequedad de la boca en las enfermedades febriles y catarros gástricos.

La sed aumenta extraordinariamente en la *diabetes* y en la hidropesía,

En estado de salud la lengua tiene, por lo general, color sonrosado, superficie lisa, está húmeda en toda su superficie y libre en sus movimientos.

Algunas veces se aumenta el volúmen de tal modo que se halla como comprimida por las arcadas denta-

rias. En este caso debe informarse el médico si el enfermo ha hecho uso recientemente de alguna preparación mercurial. Otras veces la lengua se hincha y abulta en el curso de una angina intensa, cuyo síntoma indica siempre un gran peligro.

En el tifus y calenturas graves se presenta trémula y seca lo cual es de pronóstico funesto.

La dificultad de los movimientos de la lengua, ya en la pronunciación de las palabras, ya en la acción de sacarla de la boca para enseñarla al médico, es un síntoma frecuente en las fiebres graves. Siempre es un signo funesto.

La parálisis de la lengua, ya consista en la desviación de su punta, ya se marque por un estorbo en la pronunciación y masticación, siempre constituye un signo de gran valor diagnóstico, porque es indicio de una lesión cerebral.

En la deglución también se observan algunas cosas dignas de atención. Se llama *disfagia* a la dificultad de tragar. En las anginas se observa esto.

Las náuseas consisten en deseo de vomitar; y las *arcadas* son esfuerzos inútiles para ello. La *regurgitación* es el acto por el cual suben bocanadas de sustancias del estómago a la boca. Llámase *borborigmo* el ruido que hacen en el abdomen los gases al mudar de sitio.

La escreción albina o defecación puede ser más frecuente que en el estado ordinario, lo cual constituye la *diarrea*, o más rara y es la constipación o estreñimiento.

Puede darse el caso de no mover el vientre en

dos, cuatro, seis y aún más días, sin experimentar la menor molestia. Cuando esto es habitual, nada tiene de particular. Pero no es lo mismo cuando ocurre accidentalmente y en contra de los hábitos particulares.

La escreción albina o defecación puede ir acompañada de dolores; siendo muy molestos en algunas enfermedades del intestino recto, juntándose a veces con este dolor, una necesidad casi continua e inútil de obrar, con calor y escozor al rededor del ano, lo que constituye el *tenesmo*, síntoma propio de la disenteria.

El color negro de las heces fecales es un indicio, por lo general, de que contienen sangre. En este caso procede ordinariamente de un punto alto del aparato digestivo, en especial del estómago, y suele la deposición además de negra, ser fétida y pegajosa. También tiñen las disposiciones de color negro, aunque no tan pronunciado, como la sangre digerida, el bismuto y el hierro tomados como medicamentos.

El aparato respiratorio ofrece igualmente síntomas muy importantes y de gran valor para el conocimiento de sus enfermedades.

La respiración puede ser frecuente, difícil, desigual, sibilante, estertorosa, hiposa. Aplicando al pecho de un sano el oído solo o con el estetoscopio o fonendoscopio se oye durante la inspiración un soplo suave producido por la entrada del aire en las células pulmonares. Es el *murmullo respiratorio* que no se oye cuando existe un derrame pleurítico algo grande. En algunas circunstancias no presenta el murmullo.

respiratorio su suavidad normal. Aparece algo áspero y entrecortado. Cuando este síntoma existe en el vértice pulmonar se considera indicio de tuberculosis incipiente, y en especial si va acompañado de alguna pequeña hemorragia.

La percusión da también síntomas de importancia. En los casos de derrames pleuríticos el sonido es obscuro, macizo o casi macizo.

La auscultación tiene por objeto no solo conocer los diferentes ruidos que se presentan en el pecho sino también apreciar su valor.

Para la auscultación, aunque conviene desnudar la parte que ha de auscultarse, también se puede hacer con la interposición de una tela delgada entre el pecho y el oído o el fonendoscopio.

La tos, fenómeno respiratorio, consiste en espiraciones violentas cortas y frecuentes. Puede ser seca o húmeda.

Se llaman esputos las mucosidades que provienen de los bronquios, tráquea y laringe. Debe observarse en ellos, el color, que puede ser blanco, verdoso, sanguinolento, amarillento; su consistencia más o menos espesa; su forma y su cantidad; propiedades importantes para fijar el diagnóstico.

Los esputos formados de una mezcla de sangre y moco son los más importantes de estudiar, pues pueden ser el primer indicio de una enfermedad inflamatoria del pulmón.

A veces se arrojan por la mañana esputos negruzcos, color debido al humo de las luces.

Hay también espustos purulentos formados de moco y pus.

Cuando el pus sale en cantidad grande y a bocanadas, constituye la *vómica* y proviene de la cavidad pleurítica, desde donde se abrió paso a los bronquios por una perforación de éstos.

Cuando se arroja sangre por la boca, en pequeña cantidad, procede ordinariamente de los bronquios; y si sucede en un joven de mediana constitución, está ordinariamente ligado con la presencia de tubérculos en el pulmón. Cuando la cantidad es grande puede proceder del estómago, o también de los bronquios. Cuando procede del estómago está frecuentemente mezclada con alimentos y en cuajaronos de color obscuro. Cuando procede de los bronquios está frecuentemente ligada a una lesión del corazón.

Cuando se practica la auscultación en la región cardíaca de un hombre sano, se oyen alternativamente dos ruidos. Uno más sordo y prolongado, que coincide con el sistole y con el pulso. Otro más claro y brusco que corresponde al diástole.

A veces los sustituye y ahoga un ruido de fuelle más o menos fuerte o débil; y por muy intenso que sea, no es signo seguro de ninguna enfermedad del corazón; pues se presenta también en las palpitaciones nerviosas y en las personas anémicas.

El ritmo del corazón es el orden sucesivo que guardan sus contracciones, tanto en su duración, como en la relación entre sí.

El pulso es el latido producido en las arterias por el aflujo de sangre procedente del corazón. En estado

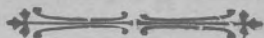
de salud es igual y regular. En los adultos suelen contarse de 68 a 70 pulsaciones por minuto. Suele ser más frecuente en la mujer y aún más en el niño. Se acelera con las emociones y con las grandes hemorragias. En cualquier arteria puede ser tomado, aplicando sobre ella los cuatro dedos de la mano. La frecuencia se regulará por el número de pulsaciones. El pulso es regular cuando entre sus latidos hay igual espacio.

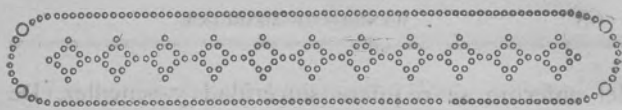
En algunas enfermedades son abundantes los sudores y suele entonces presentarse una erupción muy numerosa de vesiculitas, que ocupan el tronco del enfermo. Son la *sudamina*, tan conocida.

En las articulaciones se verifica también a veces en las bolsas sinoviales un acúmulo de liquido, como se ve en la de la rodilla con frecuencia. Es este el higroma, hidrartrosis, o mal de monja, que se cura bastante fácilmente, si se acude a tiempo, por medio de embrocaciones o unturas exteriores de tintura de yodo, y por su uso al interior en gotas.

Las exhalaciones morboñas estan constituidas por las de pus y las de sangre y aún por las de orina.

Cuando la orina aumenta en cantidad notable, fenómeno frecuente en algunas enfermedades, se dice que hay *diuresis*.





CAPÍTULO III

Del diagnóstico.--Pronóstico.--Tratamiento de las enfermedades

El diagnóstico no es más, como su nombre, derivado del griego, indica, que el conocimiento y distinción de la enfermedad.

La ciencia del diagnóstico ocupa el primer lugar entre las partes de la medicina, y es la más útil y difícil de la misma.

Estudiaremos aquí: 1.º Los signos en que debe fundarse. 2.º El modo como debe examinarse e interrogarse a los enfermos. 3.º Las circunstancias que le hacen difícil o incierto.

Los signos diagnósticos comprenden todas las circunstancias capaces de ilustrar sobre el género y especie de una enfermedad. Tales son: las causas, los síntomas, el modo de manifestarse, el curso que lleva y la acción de los medios empleados para curarla. No todos los signos diagnósticos tienen igual importancia.

El diagnóstico debe fundarse especialmente en los signos adquiridos directa y personalmente por el médico. Pero de enfermo y médico se requieren condiciones para el establecimiento acertado de él. De parte

del enfermo se requiere sinceridad y sencillez. De parte del médico conocimientos suficientes y práctica en los medios de explorar y examinar al enfermo.

Para la palpación es necesario que en la parte que ha de palparse estén los músculos lo más flojo posible; y que esté desnuda la parte que ha de palparse.

El médico empleará en la palpación toda la mano, y a veces las dos: y no apoyará perpendicularmente los dedos.

La percusión que se emplea para conocer las condiciones del sonido, es de grandísima importancia para el diagnóstico.

El sonido varía en el pecho según las regiones. Es más claro por bajo de las clavículas, en el sobaco y partes laterales del pecho.

La percusión se hace colocando los dedos de la mano izquierda sobre el sitio que se quiere observar, y golpeando con el medio o índice de la derecha sobre ellos.

Es necesario que para las exploraciones y exámenes del pecho esté el enfermo en un aposento donde no se sienta ni haya ruido; y la parte percutida debe estar desnuda o cubierta con una tela delgada.

El enfermo debe estar echado de espaldas durante el examen del vientre y sentado durante el del pecho: los brazos colgando naturalmente, excepto cuando se haya de percutir en las partes laterales; en cuyo caso estarán levantados y cruzados sobre la cabeza.

La percusión abdominal es muy importante para conocer si un abultamiento del vientre es debido a gases, derrame de líquido o a un tumor.

Cuando es debido a gases, está muy aumentado el sonido, y es mucho más claro que en los otros dos casos, en que se presenta obscuro o macizo.

Por medio de la auscultación se informa el médico de los diferentes ruidos que se oyen en los pulmones y el corazón, para poder apreciar el estado de esas visceras. Para hacer debidamente la auscultación debe desnudarse la parte que se haya de auscultar, aunque también puede hacerse por sobre una tela delgada. Si el enfermo está en cama, debe tenderse boca arriba para auscultarse por la parte anterior; echarse de lado para explorar los lados, y sentarse con el cuerpo inclinado hacia adelante para explorar las regiones posteriores. En la auscultación debe empezarse por donde el murmullo respiratorio sea normal, para poder comparar; y tenerse presente que, a veces solo en las grandes inspiraciones se percibe la crepitación fina o la respiración bronquial de la pulmonía.

Lo primero que debe hacerse, al hallarse en presencia de un enfermo, es un rápido exámen, una rápida ojeada en la que pueda apreciar su gordura o demacración, su color; en una palabra, su aspecto exterior y el estado de su piel, su temperatura y la frecuencia de su pulso. A veces el exámen de una región determinada pone ya en camino de fijar el diagnóstico. Así si observamos cicatrices irregulares en el cuello, con labios y nariz algo gruesos, desde luego consideramos que se trata de un escrofuloso.

Al mismo tiempo que se examina el hábito exterior se empieza a interrogarle, empleando términos que el enfermo comprenda bien, y dejándole que se

explique libremente sobre el padecimiento que sufre; pero haciendo con orden este interrogatorio.

Así es que debe empezarse preguntando al enfermo su edad y profesión, pueblo de residencia y vida que ha llevado. Si ha estado bueno hasta entonces, o las enfermedades que ha sufrido. Es necesario, cuando se examina un enfermo que sufre algún padecimiento inflamatorio de pulmones o laringe, ser muy parco en las preguntas, para no hacerle hablar demasiado; y en casos de hemoptisis, es cuando es necesario guardar el más exquisito cuidado, y obligar al enfermo a la mayor quietud y más completo reposo de los órganos respiratorios.

Es necesario informarse de cuando apareció la enfermedad, si hubo alguna hemorragia y cerciorarse en qué forma y cantidad fué. Es ordinariamente ventajoso informarse también de las personas que rodean al enfermo, y tomar todos los datos que puedan contribuir a formar el juicio.

Después de esta investigación se pasa a averiguar si tiene dolores y en qué parte; obligando al enfermo a señalar con su mano el sitio de ellos; porque así habrá la precisión que faltaría guiándose para la manifestación verbal. Es preciso examinar con la vista y con el tacto el sitio del dolor; y con el oído además cuando sea en parte que sea eso preciso, como es en el pecho, cuya cavidad juntamente con el vientre y la cabeza, son las tres que constituyen y encierran lo más importante y principal del hombre.

En el pecho es necesario examinar el corazón y los pulmones.

La percusión y auscultación son los medios más importantes para el conocimiento de las enfermedades pulmonares.

La disminución o falta del soplo respiratorio indica que hay un obstáculo que impide al aire llegar a las vesículas pulmonares. Y si al mismo tiempo que falta el ruido respiratorio hay sonido macizo extendido a todo un lado del pecho y falta la vibración natural de las paredes del pecho, hay en ese lado un derrame pleurítico.

Si en la región infraclavicular o supraescapular falta o es muy débil el soplo respiratorio y la espiración es prolongada y algo áspera; y sobre todo, si se percibe algún extertor de burbujas húmedas, se debe inferir que hay allí una afección tuberculosa del pulmón.

El sonido macizo con falta de ruido respiratorio y de resonancia de la voz, limitado a una parte del pecho, que no sea la región precordial, denota casi siempre un derrame pleurítico.

Para explorar el abdomen debe acostarse el enfermo boca arriba con la cabeza levantada y sobre almohada, los muslos doblados sobre la pelvis, las piernas sobre los muslos, y las rodillas un poco separadas una de otra.

Pasando la mano sobre el vientre, y a veces, a simple vista, se observan las alteraciones que ofrece, y muy especialmente si hay alguna hernia, que es importantísimo conocer, tanto si se presenta en la *línea alba* o línea central vertical del vientre, como en las regiones inguinales o crurales.

Después se procede a la palpación y percusión para cerciorarse mejor del sitio y circunstancias de cualquier alteración que se observe.

La exploración del vientre suele ofrecer signos diagnósticos importantes.

Por ella se descubren las colecciones de líquidos en el peritoneo, y la acumulación de gases en los intestinos; así como los infartos del hígado y del bazo, que se caracterizan bien por su forma y sitio: pues un tumor que ocupe el hipocóndrio derecho y aún se estienda algo hacia el izquierdo y que por su parte inferior ofrezca un borde transversal, no puede ser más que el hígado; lo mismo que uno que ocupe el hipocondrio izquierdo, descende por bajo de las costillas, y ofrezca en dirección más o menos vertical, un borde redondo y anguloso es el bazo.

Los tumores formados por materias excrementicias acumuladas en el intestino grueso, tienen una forma de rosario que facilita su distinción. Los tumores del estómago e intestinos, a menudo movibles, pueden, si radican en el píloro, ofrecerse un tanto separados de la región en que se halla aquel ordinariamente.

En las piernas debe observarse especialmente el estado de la circulación venosa; pues son bastante frecuentes en ellas las varices o dilataciones venosas.

La cabeza debe ser también objeto detenido de nuestro exámen.

Puede ser atacada de dolores, como la hemicránea o jaqueca, que ocupa la mitad derecha o izquierda; o de erisipela, grave casi siempre, cuando la inva-

de, y caracterizada por edemas o ligera hinchazón en el principio, y sensibilidad del cuero cabelludo.

La faringe se explora con un depresor de la lengua o una cuchara que hace sus veces, para bajar la lengua, y poder ver la cámara posterior de la boca también. Al mismo tiempo se observa el estado de la lengua que también suministra datos e indicaciones apreciables.

Cuando el enfermo sufre algún dolor, debe investigarse la parte dolorida. Si v. g. es un dolor de punzada en el costado, debe examinarse el pecho y la respiración; y si tose y espectoradora, los esputos.

El determinar el sitio de la enfermedad es siempre importante, y ordinariamente necesario. A veces basta para ello la simple aplicación de la vista, oído o tacto; aunque con frecuencia necesita el médico apelar a la comparación de los síntomas que observa, con lesiones reconocidas anteriormente en el cadáver.

La fiebre es un fenómeno importantísimo para el conocimiento y diagnóstico de las enfermedades, y un elemento indispensable en la constitución de su tipo que es a su vez el principal elemento de diagnóstico.

El movimiento fébril puede presentarse con tipo continuo o tipo intermitente.

En el primer caso se trata de una manifestación inflamatoria, infecciosa o no.

En el segundo puede ser una fiebre intermitente esencial, sobre todo si el tipo es terciano o cuartano; o es sintomática de otro padecimiento.

El movimiento fébril continuo se presenta bajo la

forma aguda o crónica. La intensidad del escalofrío de invasión y la persistencia de la fiebre por varios días, basta para indicar al médico la presencia de la pulmonía o de la pleuresía o de alguna fiebre de carácter exantemático e infeccioso.

El movimiento fébril crónico es la antigua fiebre hectica, debida casi siempre a una supuración crónica o a una afección tuberculosa.

El *pronóstico* es el juicio que se forma de antemano acerca del resultado de la enfermedad. El acierto en él hace grande honor al médico. Pero los yerros tan fáciles en una cosa tan difícil, le hacen perder muy fácilmente el crédito. Por eso es necesario ser muy cauto y reservado en una ciencia tan obscura y difícil, como es la del pronóstico, que alcanza no solo a anunciar el resultado y duración de la enfermedad, sino la importancia de síntomas, como el delirio, convulsiones y forma de terminación.

Condición para poderle formar con algún fundamento es no solamente un sólido conocimiento de la medicina sino larga práctica y experiencia en su ejercicio.

Sin eso, imposible.

Constituye los signos pronósticos todo cuanto puede ilustrar el juicio del médico sobre el curso de la enfermedad.

La naturaleza de la lesión y su sitio y extensión son elementos muy importantes de pronóstico. Así, si la lesión es inflamatoria, y ocupa un órgano poco importante no es ordinariamente grave. Pero será tanto más grave cuanto más se extienda su superficie

y profundidad, y cuanto más importante sea el órgano en que radique.

Así v. g., en la peritonitis limitada es ya siempre grave el pronóstico, y en la generalizada casi siempre mortal.

En el pronóstico de las inflamaciones viscerales es preciso guardar mucha reserva, y aún más en las enfermedades infecciosas, como la fiebre tifoidea especialmente, en la que se ven sobrevenir a veces, accidentes mortales de una manera inesperada; y otras veces desaparecer la gravedad de los que se consideraban de resultado fatal.

Una gran disnea en las inflamaciones torácicas, o una gran irregularidad en los latidos del corazón en la pericarditis, y vómitos muy repetidos en la gastritis aumentan mucho la gravedad del pronóstico; y en toda enfermedad aguda indican un peligro inminente los fenómenos generales graves de adinamia o de ataxia esto es, de falta de fuerzas y abatimiento, o desorden del sistema nervioso, con más o menos afección del cerebro.

Las enfermedades orgánicas como el cáncer y la tuberculosis es patente el resultado que han de tener, pues son incompatibles con la vida, por más que la tuberculosis pueda curar algunas veces. Las evacuaciones excesivas, las grandes fatigas, los excesos, los pesares prolongados, y el estado habitual de mala salud son circunstancias que influyen funestamente en las enfermedades.

El clima y las estaciones modifican el curso de algunas enfermedades; y son también circunstancias

que hay que tener en cuenta para el pronóstico. Así la disentería no solo es mas frecuente sino mucho más grave en los países cálidos que en los templados.

Las enfermedades cuyo comienzo es con síncope, delirio y postración repentina, casi siempre terminan pronto y fatalmente.

La duración de la enfermedad es también un elemento importante de pronóstico pues cuando alguna lleva muchos meses o años de duración es ordinariamente incurable. Ensombrecen también el pronóstico todas las complicaciones graves igualmente que la resistencia continuada a los medicamentos.

Desde el tiempo de Hipócrates se señalan varios síntomas como de indudable valor pronóstico. Tales son las siguientes:

El cambio continuo y durable de posición en el principio de las enfermedades agudas, es signo de gravedad. Pero es mucho más alarmante que el enfermo conserve la misma postura, como se observa en las fiebres de forma adinámica. También lo es el que se vea obligado el enfermo a estar sentado continuamente en la cama. Y cuando la agitación sigue a la inmovilidad en el último periodo de enfermedad aguda, es, generalmente un signo mortal; sobre todo, si el enfermo se desarropa y hace esfuerzos inútiles por levantarse. El enflaquecimiento progresivo y rapido que sobreviene en las enfermedades crónicas es signo de muerte rápida.

Las escaras o úlceras que se forman en los enfermos en la terminación de la columna vertebral, donde

tan inmediata está la piel al hueso, son síntomas funestos.

Una alteración profunda y repentina de la fisonomía en una época adelantada de la enfermedad, anuncia la muerte próxima.

El crecimiento rápido de los jóvenes durante el curso de una enfermedad aguda, es casi siempre un signo funesto.

El temblor, salto de tendones, las convulsiones y los movimientos automáticos de los dedos y manos con que parece que los enfermos quieren arreglar las ropas, o coger cuerpos extraños, son siempre de mal presagio cuando sobrevienen en época algo avanzada de la enfermedad.

Signo de muy mal agüero es el movimiento automático del enfermo en que trata de arrimar su brazo al tronco mientras que el médico le tiene fuera de la cama para examinar el pulso.

La afonía es siempre también signo grave cuando sobreviene en una enfermedad crónica del pecho, o en la tífica.

Los dolores fuertes en los miembros al principio de una enfermedad, indican que probablemente será grave.

Es raro que los enfermos sobrevivan a enfermedad en que tengan la persuasión de que van a morir; porque las pasiones tristes son de mal agüero.

Cuando es necesario gritar y mover a los enfermos para que se despierten, es el pronóstico grave. Pero el sueño ordinario, aunque sea largo, siempre es de buen agüero.

La sed intensa debe llamar siempre la atención del médico; y en particular si va acompañada de cantidad grande de orina y sequedad de la boca; porque anuncia el principio de la diabetes o de la tuberculosis.

La sequedad y encogimiento de la lengua, su temblor y la dificultad de sacarla de la boca, son signos de gran peligro.

La dificultad o imposibilidad de tragar son signos fatales en las enfermedades del cerebro.

Las náuseas continuas son signos de gravedad en las enfermedades agudas, porque suelen preceder a vómitos biliosos tenaces; y cuando en las peritonitis u oclusión de los intestinos, las regurgitaciones o devolución sin vómito de líquido por el estómago, reemplazan a aquél, es la muerte inminente.

La diarrea es síntoma grave cuando resiste al régimen y a los remedios apropiados; y si en una enfermedad crónica va acompañada de fiebre y sudores es ordinariamente mortal.

Las hemorragias intestinales que sobrevienen en el curso de una fiebre tifoidea, tienen extremada gravedad; y si dependen de una úlcera gástrica o duodenal, dan a la deposición un color negro de hollín de chimenea y son muy fétidas y a modo de una papilla pegajosa.

La respiración suministra signos pronósticos de importancia en las enfermedades torácicas. Cuando es igual, sin dolor ni opresión, es signo de terminación feliz. Cuando es muy frecuente indica mucho peligro, y es signo casi siempre mortal, cuando asciende a 50 respiraciones por minuto. La estertorosa

y traqueal es fenómeno de agonía cuando aparece en el último periodo de las enfermedades cerebrales.

La respiración corta y acelerada es siempre funesta, y tanto, que decía el célebre Stoll que mientras que no viese en las fiebres malignas y en las enfermedades de pecho esta especie de respiración, conservaba esperanzas; pero que nunca había visto sanar a ninguno en que la hubiese observado.

El hipo es un signo fatal hacia el fin de las enfermedades, cuando no viene acompañado de disminución notable de los síntomas.

Los esputos dan también signos pronósticos de importancia. En la pulmonía, o cuando son parecidos al zumo de regalíz o de ciruelas pasas y cubiertos de espumilla, la enfermedad termina siempre por la muerte. El pulso que ordinariamente no pasa de 68 a 70 pulsaciones por minuto en el adulto, si se observa que se hace muy frecuente e irregular, constituye un fenómeno grave.

Y el calor que en el adulto, en estado normal, oscila entre $36^{\circ}, 5$ y $37^{\circ}, 5$, si ofrece un aumento considerable, indica, de ordinario, una enfermedad grave; lo mismo que el enfriamiento de las extremidades que sobreviene en el curso de una enfermedad, con agravación de los síntomas, indica la probabilidad de una muerte próxima. Si los vegigatorios y sinapismos que se apliquen no producen ningún efecto en el sitio, será signo casi siempre mortal suponiendo, que ellos no esten averiados. Las infecciones pueden ser locales o generalizadas. Las locales pueden ser curadas o modificadas mejor que las otras. El tratamiento local

es de importancia capital cuando se aplica a una lesión que puede ser el punto de partida de una enfermedad generalizada. Así es que puede destruirse la violencia, como se destruye por ejemplo la de la pústula maligna, que produce la infección carbuncosa, tratando la lesión inicial con el hierro rojo.

Las lesiones consistentes en desórdenes de la inervación vascular o trófica y las crónicas, se les trata en especial con los revulsivos, como las puntas de fuego, los vegigatorios y las embrocaciones de tintura de yodo.

Los medicamentos que obran sobre las causas y las lesiones, modifican también los síntomas. El sulfato de quinina al destruir al hematozohario de Laverán, agente de la fiebre palúdica, impide el retorno de ésta. Una cefalea sífilítica desaparece bajo la influencia del yoduro potásico, el cual cura al mismo tiempo el dolor de cabeza y la neoplasia o lesión sífilítica que la provocaba.

Además, los trastornos funcionales son, a su vez, una fuente de indicaciones y pueden ser modificados por medios que quedan sin acción sobre la lesión, lo mismo que sobre la causa.

La terapéutica sintomática es frecuentemente la más importante, y lo domina todo cuanto se trata de aliviar al enfermo o de combatir un accidente que puede poner su vida en peligro. Así, por ejemplo, la disnea puede necesitar en la pleuresía la toracentesis de urgencia, lo mismo que la ascitis la paracentesis abdominal: Y la urgencia puede también presentarse en la hipertermia o temperatura exagerada y persis-

tente, que como peligrosa, requiere ser reprimida rápidamente lo mismo que el colapso. Tal sucedió a una Religiosa Reparadora en la que he visto con asombro subir la temperatura en una intermitente perniciosa a 45° C; hecho que se repitió varias veces en unos días; siendo combatido con éxito por el baño general, con la temperatura inicial a 28° C, que fué rebajándose por la adicción continua de agua fría hasta 20° o 22° ; lográndose así hacer cesar aquel peligro inminente de muerte a los 15, 20 o 25 minutos de permanencia en el baño.

Y aún cuando existen medicamentos que deprimen la temperatura fébril como la antipirina, la anti-febrina, la fenacetina y otros, entre varios serios inconvenientes, tienen el que su acción, según el Doctor Jaccoud, es nula sobre la enfermedad.

Los verdaderamente útiles son aquellos que, como la quinina en las fiebres palúdicas, atacan, no solo la fiebre, sino también su causa.

La terapéutica es la parte más mudable de la medicina. No vamos a hacer un estudio detenido y detallado de la terapéutica. Pero si habremos de dedicar algunas líneas al fin de este Manual, al estudio rápido de algunos medios que deben su reputación fundada a observaciones clínicas, y han sido consagradas por la práctica y el uso, si tenemos tiempo para ello.

De dicho estudio formarán parte algunos procedimientos de fisioterapia cuya importancia va creciendo de día en día especialmente en sus ramas de helioterapia e hidroterapia.

Todos estos medios, y algunos otros, comprende

la terapéutica dentro de sus límites; puesto que abarca el estudio de los agentes mecánicos, físicos y químicos aplicables al tratamiento de las enfermedades, y su aplicación por cualquier vía que se introduzcan.

De estas vías es actualmente, acaso la más importante, la vía hipodérmica. Introducidos los medicamentos por ella, son recogidos por los vasos linfáticos que les conducen hasta los ganglios correspondientes, en donde son retenidos, elaborados y transformados; y así entran en el sistema circulatorio.

Aunque recorriendo diferente camino, ese mismo término tienen los medicamentos introducidos por la vía gastro intestinal, siendo absorbidos algunos en el estómago, tales como el alcohol y el azúcar en disolución; y la inmensa mayoría por el intestino delgado. Esta es la vía más cómoda, natural y utilizada; porque la mucosa del intestino es permeable a todos los cuerpos disueltos o emulsionados.

En la administración de los medicamentos en la enfermedad, es necesario tener muy en cuenta la acción de la dosis porque entre la intensidad de los efectos y la cantidad del medicamento existe una relación a menudo estrecha e importantísima. Frecuentemente las grandes dosis producen efectos contrarios y muy distintos de las pequeñas. Es conocido por todos los médicos que los calomelanos v. gr. a dosis mínima, se absorben y producen la salivación, y que a dosis elevadas obran como purgante; y que los yoduros producen más fácilmente los fenómenos de yodismo con las pequeñas dosis que con las grandes.

Otras veces hay incompatibilidades entre dos me-

dicamentos, las cuales conviene y es necesario conocer. Así por ejemplo, no deben ponerse en una mezcla percloruro de hierro y tanino o salicilatos, porque esta mezcla daría lugar a la formación de un compuesto con aspecto y sabor de tinta. Tampoco debe asociarse a las sustancias orgánicas pulverulentas, como carbón, azufre, azúcar, ni a las materias resinosas, el clorato de potasa, porque puede formar con ellas, mezclas explosivas. Para evitar estos peligrosos inconvenientes, quien no tenga bastantes conocimientos químicos, es mejor que formule sencillamente y sin mezclas.

Y así como es conveniente no multiplicar demasiado, sino usar con sencillez los medicamentos activos, conviene lo contrario con los medios de la Higiene, que deben emplearse con cuidado y largueza, procurando reparar todos los obstáculos e insuficiencias para mejor asegurar el resultado.

Así que los enfermos atacados de una enfermedad aguda deberán ocupar una habitación amplia, con buena ventilación para evitar el confinamiento del aire, cuya renovación se procurará convenientemente. Su temperatura debe ser suave y conveniente según la estación. Es ordinariamente más útil una luz débil en ella.

Debe procurarse que los enfermos estén con la mayor limpieza, mudándoles frecuentemente las ropas de su uso interno y de cama, de cuya limpieza también habrá de tenerse especial cuidado.

Debe procurarse evitar los colchones de pluma, que tienen muchos inconvenientes.

En la alimentación debe ponerse también especial cuidado. El célebre Hipócrates, Padre y fundador de la medicina, ya opinaba que había menos peligro en dar algo más de lo necesario, que en sujetar a los enfermos a una completa abstinencia. En las enfermedades agudas deben prohibirse todos los alimentos sólidos. Pero pueden y deben permitirse los caldos, la leche, chupar algunas rajas de naranja, etc.

Debe procurarse cambiar frecuentemente la postura de los enfermos para evitar la formación de rozaduras y escaras. Y algún médico hubo, como el célebre Sidenham que quería que los enfermos se levantaran todos los días, porque consideraba esto útil para evitar el delirio en la enfermedad.

En las enfermedades crónicas son también de suma utilidad todos los preceptos higiénicos; tanto los referentes a habitación como los que atañen a la limpieza corporal, comidas, bebidas, baños, friegas y ejercicio.





ENFERMEDADES INFECCIOSAS

CAPÍTULO IV

PESTE BUBÓNICA

La peste es una enfermedad epidémica conocida desde los tiempos más antiguos. En el siglo XIV se extendió por toda la tierra conocida entonces, y causó la muerte según Hecker a 25 millones de personas. Entre las epidemias más notables fueron la de Hong-Kong en 1894; la de Bombay en 1896 y la de Manchuria en 1910.

La peste tiene la característica de difundirse desde los centros donde reina endémicamente, por las grandes vías de comunicación. En la actualidad se conocen cuatro focos endémicos, uno de los cuales se halla en China en la provincia de Yunnan, donde la peste está muy difundida entre las marmotas, siendo causa de que los indígenas dedicados a esta caza enfermen con frecuencia y mueran en pocos días infectados por ellas.

La propagación de la peste es independiente de

las condiciones de clima. Pero es un hecho observado su predilección por la estación fría, y la extinción de los gérmenes por los grandes calores. Parece que un ataque preserva por más o menos tiempo de ataques sucesivos.

El contagio se produce de persona a persona o por intermedio de animales infectados; y entre ellos en primer término por las ratas y marmotas. También se realiza el contagio por las diferentes secreciones y escresiones de los enfermos; como las orinas, heces, esputos y sangre. La forma de enfermedad más peligrosa es la peste pneumónica. También puede verificarse el contagio, por las ropas y objetos infectados.

Ha aparecido la peste bajo diferentes formas que han hecho vacilar el diagnóstico creyéndolas enfermedades distintas. Pero el descubrimiento del bacilo por los Doctores Yersin y Kitasato estableció la unidad de la enfermedad. El bacilo es muy susceptible a la desecación, y lo mismo que en el hombre y en el suelo, existe en los animales que mueren atacados por la enfermedad. Estos mueren en 20 a 60 horas. Las ratas mueren en gran número al principio de la epidemia, lo cual constituye un excelente medio adicional de diagnóstico.

La peste se extiende fácilmente cuando encuentra condiciones de miseria y suciedad; lo cual explica el porqué esta temible enfermedad reina con tanta intensidad en China, donde las familias viven sobre un suelo impurificado e infecto por detritus de todas clases, y frecuentado por las ratas.

Una excelente medida preventiva contra la peste es, por eso, la destrucción de las ratas; y un excelente medio de preservación y defensa el aislamiento riguroso.

El Doctor Yersin ha observado en Hong-Kong que las moscas, lo mismo que las pulgas podían transportar y transportaban el virus; y de las investigaciones practicadas resulta que el hombre adquiere la peste como los animales; y muy fácilmente por heridas o rozaduras y erosiones de la piel, por el aparato digestivo, o por las vías respiratorias.

Según el Doctor Kitasato adquieren la enfermedad con más facilidad y frecuencia los que andan descalzos; lo cual se explica por la existencia del bacilo en el suelo.

SINTOMATOLOGÍA.—Pueden considerarse en la peste cuatro periodos:

- 1.º Periodo de incubación; de gran importancia para la profilaxia.
- 2.º Periodo de invasión; de unas horas a dos o tres días de duración.
- 3.º Periodo fébril o característico; que tarda de dos a diez días en verificar su evolución.
- 4.º Periodo de declinación, o terminación, sea por curación o por muerte.

El conocimiento del periodo de incubación y de su duración, es muy importante pues en él se basan los periodos de observación a que han de someterse las personas y objetos sospechosos, o de infección confirmada ya. No excede este periodo de ocho días, según la mayoría de los médicos.

La invasión sobreviene, por lo regular, sin prodromos o síntomas precursores.

Suele ser repentina su aparición; aunque a veces, es precedida de atontamiento, escalofríos, náuseas, malestar general, palpitaciones y dolores en las ingles o axilas. Pero lo más ordinario es que se presente la enfermedad bruscamente, anunciándose por intenso escalofrío y viva cefalalgia. El cuadro de síntomas de la peste no es propiamente exclusivo de ella. No tiene signos patognomónicos. La señal más cierta para caracterizarla, es que aparezcan muchos individuos atacados a la vez y se produzcan muchas muertes, precedidas por la de muchas ratas.

Los Doctores Porcell y Freilas que la han estudiado mucho, describen de la manera siguiente su cuadro sintomatológico: Suele empezar, dicen, con cefalalgias, insomnio, náuseas, vómitos y postración. A veces se presenta delirio; luego viene la fiebre; y al primero o segundo día de ella, a veces antes, aparecen bubones debajo de los brazos o en las ingles; y aún debajo de las orejas y en el cuello, espaldas, miembros, vientre y empeine, variando el tamaño de ellos desde el de un garbanzo a un huevo; de forma redondeada, alargada, llanos o puntiagudos muy dolorosos y sensibles al tacto. La fiebre va acompañada de sed intensa, con gran decaimiento, desasosiego y ansiedad, contrastando la sensación de calor abrasador que interiormente siente el enfermo con el frío que se suele sentir en el exterior. El semblante se pone lívido; el pulso es pequeño, frecuente e irregular y débil; el vientre está estreñido; y si hay depo-

siciones, son muy fétidas. Algunas veces en los tres primeros días está el enfermo animado con aspecto y pulso casi normal y al cuarto día viene desasosiego grande, mutación de semblante, y enseguida la muerte. Otras veces no tiene el enfermo sed ni dolores, sino lengua negra y pulso lánguido y débil.

Pero el signo clínico más importante de la peste son los bubones o sea la tumefacción de uno o varios ganglios linfáticos.

Los bubones marcan el periodo *característico* o *fébril*.⁹

Se les observa sobre todo hacia la ingle, en el cuello, en el ángulo del maxilar, en la axila o en la corva, y consisten en tumores duros de forma y volumen variable, y la piel que los cubre está roja o lívida. Los bubones se presentan del segundo al cuarto día de enfermedad, y a veces, al aparecer, van acompañados de alguna remisión de fiebre. Existen sudores abundantes; y el enfermo entonces se encuentra más tranquilo; es más natural la expresión de la cara; la lengua más húmeda; la inyección de los ojos y la dilatación de las pupilas disminuyen. Estos fenómenos suelen indicar una terminación feliz.

Si los tumores deben supurar, aumentan de volumen pudiendo llegar a adquirir el tamaño de un huevo de gallina. Hacia el octavo o décimo día es fluctuante y se abre, y su cicatrización requiere tres o cuatro semanas. La resolución es frecuente aún más que la supuración que no es considerada como necesaria para la curación. El desarrollo precoz de los tumores se considera como signo de buen augurio. A

veces se presentan también petequias especialmente en casos graves. Frecuentemente se presentan poco antes de la muerte.

A muchos enfermos, en vez de bubones, les salen en las mismas regiones pequeños *carbuncos* que tienen unas pústulas semejantes a quemaduras, de color azul claro, verdoso, oscuro, amarillo y aún negro; y son muy dolorosos.

Hay forma de peste, que a veces, no da tiempo para reconocerla en vida, porque el sujeto en medio de su trabajo, o en la calle cae como herido del rayo con sudor frío y *sincopal* con la postración y abandono de fuerzas más completo; aparece cárdeno el semblante, sudores, enfriamiento de las extremidades, pulso pequeño y desigual; y sin que existan bubones ni carbuncos.

En la peste se presenta la muerte de muy distinta manera. Unos enfermos mueren durmiendo; otros delirando; y otros quietos y en su juicio; ya tengan los bubones en las ingles, en los brazos, o detrás de las orejas.

En los últimos periodos de la enfermedad y en los estados graves, el pulso es lento e intermitente y con tendencia el colapso. Late 100, 130 y hasta 140 veces por minuto; y por parte del sistema nervioso es irresistible la cefalalgia; el abatimiento extremo, hay vértigos, ensueños, insomnio, delirio o coma. Hay también meteorismo; dolor abdominal; casi siempre hay catarro bronquial más o menos intenso; y a veces se acentúa mucho la disnea. Si el periodo de terminación ha de ser favorable suele presentarse un sueño

reparador, acompañado de sudores abundantes, que son tan favorables, que una remisión general de los síntomas no precedida de sudores, es a menudo, el fenómeno precursor de una terminación fatal. Toda imprudencia en esta enfermedad es peligrosísima.

Si la terminación ha de ser fatal, todos los síntomas presentan un carácter alarmante. Se deprime y hace intermitente el pulso. Se enfría el cuerpo, y la voz se extingue; desaparecen los bubones a veces bruscamente; se presentan petequias negras en todo el cuerpo, hipo, vómitos y deyecciones fétidas. La mayoría de los casos de muerte ocurre del tercero al quinto día.

El curso de la peste es siempre agudo. Al principio, son frecuentes los casos fulminantes, y al final de la epidemia los benignos.

PRONÓSTICO.—Es grave siempre; excepto en las formas benignas. Al principio la mortalidad suele ser del 70 al 90 por 100. Las recaídas son frecuentes y peligrosas. En los casos graves es muy difícil aventurar el pronóstico; pero es siempre desesperado en la pneumonía pestosa primaria y en la meningitis.

El embotamiento, el delirio furioso, las convulsiones, la falta de orina, y el hipo son signos pronósticos fatales.

Son signos favorables la aparición de los bubones hacia el tercero o cuarto día coincidiendo con la atenuación de los síntomas generales, la regularización y desarrollo del pulso, la disminución de la fiebre, el sudor y la orina clara y abundante.

TRATAMIENTO.—Los Autores que se han ocu-

pado de esta terrible enfermedad, declaran que la terapéutica farmacológica es completamente ineficaz en ella. Unicamente la específica iniciada por los Doctores Yersin y Kitosato, o sea la vacunación con el suero antipestoso preparado por los laboratorios de París y Berna, es la que ha dado positivos resultados; pero cuando se aplica oportunamente; pues su acción favorable está subordinada a esa condición. Y también se ha aplicado con éxito para preservar, aplicándola preventivamente, a los médicos, enfermeros, Hermanas de la Caridad y Misioneros que tengan que estar expuestos al contagio. Pero la inmunidad que confiere solo dura tres o cuatro semanas: por lo cual habría necesidad de repetir la vacunación.

La Comisión internacional de estudios reunida en Oporto, durante la epidemia de peste que sufrió dicha ciudad en 1899, adoptó y señaló como el medio mejor para preservar al individuo y terminar rápidamente las epidemias de peste, la vacunación preventiva con la vacuna que a propuesta del Doctor Calmette se acordó denominar «Vacuna antipestosa Ferrán-Haffkine, que prepara en Barcelona el célebre e ilustre Doctor Ferrán, inventor también de la vacuna anticolérica. La vacunación preventiva es muy necesaria, pues es dificilísimo librarse del contagio especialmente quien tiene que recorrer regiones atacadas. La inmunidad se obtiene ya a los cinco días de practicada.

Si la peste llegase a penetrar en una población, la profilaxia individual comprenderá las disposiciones siguientes:

Las personas enfermas de peste, o de padecimiento sospechoso, serán rígidamente aisladas en su casa cuando no haya un Hospital a donde pueda llevárselas.

En su habitación no entrarán más personas que las que las asistan. Se colocará la cama en medio de la habitación, para poder asistirle mejor, y si es posible se tendrán dos camas para cambiar de una a otra al enfermo, mientras se hace la limpieza y cambio de ropas. La habitación será lo más espaciosa posible, con ventana o balcón; y no habrá en ella cortinas, alfombras ni muebles tapizados. El aislamiento debe mantenerse durante diez días. Las casas serán examinadas para averiguar si hay ratas muertas. Se procurará exterminar con todo cuidado las ratas, ratones y todos los roedores. Son los vapores de azufre uno de los mejores medios para ello. Toda persona que haya estado en contacto con el enfermo, cuidará de no tocar nada antes de lavarse las manos y la cara y de enjuagarse la boca con las soluciones antisépticas que diremos. Tienen además las personas destinadas al cuidado de los enfermos que guardar todo género de precauciones. Cualquier herida por insignificante y pequeña que sea, puede servir de puerta de entrada a los bacilos.

Por lo tanto, necesitan lavarse y desinfectarse bien todos los que hayan estado en contacto con los enfermos. De estos, los más peligrosos son los de neumonía pestosa, porque la tos y las pequeñas partículas de esputo que lanzan, pueden facilísimamente contagiar.

Por esta razón es necesario que los enfermeros lleven una careta de tela metálica, cubierta de muselina impregnada de un líquido antiséptico para evitar la inspiración de las gotitas del esputo.

Como es manifiesta la posibilidad de contagiarse la peste por las pulgas y otros insectos, es necesario poner los medios para librarse de ellos. La limpieza es el primero. Para asistir a los enfermos y estar en su habitación, harán los asistentes, médicos y enfermeros uso de ropas exteriores de lienzo con mangas que se abotonen en la muñeca, y ajustadas al cuello, debiendo ser la blusa suficientemente larga para que cubra por completo el traje. Sobre ella se llevará delantal. Usarán también botas altas de lienzo y gorros de la misma clase. Y blusas, delantal, botas y gorro se esterilizarán en estufa, si la hay; y si no, se hervirán, teniéndolos antes de hervirlos, si es posible, dos horas en *cresol* que es soluble en agua. Y solo se usarán para estar con el enfermo. Es también necesario, a ser posible, usar guantes de hilo o de *caoutchouc*. Pero a falta de ellos se esterilizarán bien las manos antes de tocar nada y de salir de la habitación del enfermo; procediendo de la manera siguiente: Se lavan primero con agua hervida caliente y jabón; empleando para ello, y sobre todo para las uñas, el cepillo. Después se lavan con una solución de sublimado al uno por 1000. Entre estos dos lavados es muy conveniente hacer uno con alcohol. El de agua caliente y jabón debe durar cinco minutos. En el de alcohol se empleará un minuto y se hará con otro cepillo distinto. Y en el de sublimado se emplearán tres

minutos. Esta misma solución de sublimado puede servir también para empapar la muselina de la careta. Se tendrá mucho cuidado en el cepillado de las uñas; y sin secar las manos se quitarán el traje de tela antes de salir de la habitación del enfermo; y después de salir se lavará otra vez en agua sublimada. Es también conveniente bañarse algunas veces. La cara y boca se lavarán con agua oxigenada mezclada a partes iguales, con agua hervida. Para salir de la habitación del enfermo debe abrirse el pestillo de la puerta con trapo impregnado en la solución de sublimado.

Ninguna persona comerá en la habitación del enfermo.

Las ropas, trapos, algodones, curas infectadas, papeles y todos los objetos sin valor, serán entregados a las llamas. La ropa blanca, la de camas, vestidos, colchones, alfombras, infectados o sospechosos de infección, serán desinfectados en estufa, si la hay; y si no la hubiese, por medio de los vapores de formol o de los sulfurosos, pero solo es segura la desinfección en estufa.

Debe tenerse presente que lo que no pueda desinfectarse convenientemente, debe ser entregado a las llamas, porque el peligro es muy grande.

SUEROTERAPIA.—Es el verdadero y eficaz tratamiento de la peste; preventivo y curativo; fundado en los inmortales estudios del célebre Doctor Pasteur.

Se aplica de igual modo en todas las enfermedades infecciosas. En primer término se hace la desinfección completa y la asepsia más cuidadosa posible

de la región en que se ha de inocular, que es casi siempre en el vientre en uno de los vacíos. Esta desinfección se hará de la manera siguiente. Se lava con agua caliente y jabón la piel del enfermo; se pasa después por ella una bola de algodón en rama empapada en alcohol; se seca con otra bola de algodón, y seguidamente se pasa por la región un pincel mojado en tintura de yodo. Se esteriliza el instrumento que será una geringa de Roux, de Devobe, o de Aubry; se toman con ella 10 centímetros cúbicos del suero antipestoso, y se inyectan lentamente debajo de la piel, en el tejido celular subcutáneo del vacío. Observando de cerca los efectos que se produzcan en el enfermo, a las cuatro o seis horas se repite la inyección bastando por lo regular, hacer después otra pasadas unas siete a nueve horas, que, en la mayoría de los casos, será la última.

Cuando las inyecciones se hacen desde los primeros momentos de la invasión, los enfermos recobran con prontitud la salud; disminuye la fiebre y desaparece; se recobra el conocimiento, cesan los vértigos y demás síntomas nerviosos, reaparecen las fuerzas, disminuyen los bubones, que, como he dicho, es el verdadero síntoma clínico de la enfermedad, desaparecen los dolores, y se verifica su resolución sin supurar, o supurando muy poco cuando es algo tardía la inoculación del suero. Ordinariamente, en tres días está el enfermo curado; y se consigue, por lo regular, la curación del 90 por 100 de los apestados.

Y si tan brillantes resultados da el suero antipestoso en la curación de la enfermedad, cuando se apli-

ca muy en tiempo, los da también brillantes como recurso preventivo para evitarla la vacuna Ferrán-Haffkine, y a falta de ella el mismo suero antipestoso, que dice Yersin que está perfectamente indicado aplicarlo a todas las personas expuestas al contagio. La vacuna Ferrán-Haffkine se prepara en Barcelona en los Laboratorios Ferrán; y el suero antipestoso en los de París y Berna; y una y otra se hallarán en Shaugay y Hong-Kong. Conviene asegurarse de esto muy en tiempo, para poder, en caso contrario, pedirlo al Laboratorio Ferrán.

Para terminar, dos palabras sobre el tratamiento farmacológico que es nulo o casi nulo.

La profilaxia y terapéutica individual está limitada a la aplicación de la vacuna Ferrán-Haffkine, o a la pronta y rápida inoculación del suero antipestoso de París o Berna. Pero téngase presente lo que ya hemos dicho: que para que sea eficaz, es necesario aplicarle pronto. Ambos se aplican por la vía subcutánea, bajo la piel del vientre, en el vacío: o por la vía intramuscular en la nalga o región trocanteriana, por medio de la jeringa Roux u otra análoga, cuidando como hemos dicho, de desinfectar la región en que se aplique inmediatamente antes.

La fiebre se ha combatido con envolturas húmedas o baños generales templados, o fríos en el verano, con enemas fríos y bebidas frías.

Todos los médicos están conformes en recomendar los tónicos; y sobre todo el alcohol a bastante dosis; y en recomendar la desinfección del tubo intestinal, por medio de los calomelanos a la dosis de 25 a

50 centigramos; y pasadas unas seis horas con un laxante salino, que puede ser 15 gramos de sulfato de sosa. Luego puede darse el benzonaftol o salol.

Para combatir la tendencia al colapso, y la insuficiencia cardíaca se emplea la cafeína en inyecciones de 20 a 25 centigramos; y la esparteína en ampollas a dosis de a cinco; lo mismo que las inyecciones de éter sulfúrico o aceite alcanforado. Serán excelentes los sinapismos en la región del corazón y en las extremidades inferiores. Los vómitos se combatirán con la poción de Riverio, bebidas carbónicas y terrones de hielo con éter; la morfina en inyecciones de a centígramo, sinapismos y pulverizaciones de éter al epigastrio.

Debe insistirse en combatir los vómitos, por ser síntoma peligroso.

Si la diarrea que se presenta durase más de ocho o diez horas, se la combatirá con sellos de 50 centigramos de subnitrato de bismuto y uno o dos centigramos de extracto o polvo de opio, cada tres o cuatro horas.

El delirio se combatirá con hielo a la cabeza, envolturas y baños fríos o tibios. Y se ha recomendado especialmente la hioscina, como remedio casi específico, en este delirio de los apestados, a dosis de medio milígramo en píldoras o solución. En caso de delirio debe vigilarse la orina para hacer el cateterismo, si se observa que el enfermo no orina.

Los trastornos de pulmón se tratarán con ventosas secas y sinapismos volantes, si se trata de fenó-

menos congestivos; y la tos se combatirá con la codeína y el agua de laurel cerezo.

El estado general se atenderá con inyecciones subcutáneas de suero Cherón, con las cuales se tonificará el organismo y facilitará la diuresis.

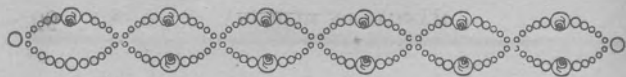
Se sostendrá la energía del corazón con el alcohol, baños fríos, digital esparteína y cafeína. Estas dos en inyección subcutánea.

El filtro renal se sostendrá con la leche, bebidas abundantes e inyecciones de éter y cafeína.

La función intestinal con enemas fríos y algún purgante salino.

Cuando los bubones se hagan dolorosos se aplicará sobre ellos compresas de gasas empapadas en soluciones muy calientes de ácido bórico al 4 por $\%$, de ácido fénico al 5, o de sublimado al 1 por 1000. Si con este medio no se contuviera la inflamación y calmara el dolor, se harán unturas con vaselina a la que se añada un gramo de pomada de belladona por 20 o 25 de vaselina; colóquense encima cataplasmas de fécula de patata muy calientes hechas con la solución bórica al 4 por $\%$.

Únicamente cuando se note fluctuación se podrá abrir el bubón con bisturí previa la correspondiente antisepsia. Y ya abierto se procura emplear en él el termo-cautério o hacer unas inyecciones de glicerina o éter yodoformado para la desinfección del foco; y después se curará éste espolvoreándole con yodoformo o xeroformo o aplicándole mezclado con glicerina o éter, para empapar las gasas.



CAPÍTULO V

CÓLERA MORBO ASIÁTICO

El cólera morbo asiático es una enfermedad infecciosa caracterizada por la aparición de diarreas y vómitos, calambres y otros síntomas que, con mucha frecuencia, determina la muerte.

Es una enfermedad distinta del *cólera nostras* que aparece con frecuencia en Europa durante el verano, y tiene síntomas análogos aunque procede de causa completamente diferente.

El cólera morbo asiático procede de la India donde ya fué conocido algunos siglos antes de Jesucristo. En el siglo XIX, año de 1830, ocurrió la primera gran epidemia de que tenemos noticias exactas. Desde ella se ha estendido varias veces, causando innumerables victimas por todas partes del mundo.

Etiología.—El cólera estalla en la India; y en todas las estaciones puede aparecer allí; y como todas las enfermedades infecciosas, va propagándose de un punto a otro, siguiendo las vías de comunicación más frecuentadas. Nunca y en ningún sitio más que en la India se ha observado el cólera producido espontáneamente. Siempre fué transportado y propagado por

las vías de comunicación, o siguiendo el curso de los ríos que llevan aguas infectadas por lavar ropas en ellos procedentes de pueblos infectados.

El cólera en su marcha va estendiéndose, desde la zona donde aparece, por irradiaciones laterales, siguiendo siempre, como he dicho, las vías de comunicación más frecuentadas.

La causa originaria y más repetida de invasión del cólera son las heces de los enfermos en las cuales se hallan en gran proporción y cantidad los vibriones coléricos. En los vómitos y demás secreciones y escreciones, lo mismo que en la sangre, se hallan también; pero en mucha menos cantidad.

La única puerta de entrada de la infección es el tubo digestivo. Y los modos de infección son los siguientes:

1.º Infección por contacto de los enfermos, de sus deposiciones, o de las ropas y vestidos infectados por ellas. También puede producirse la infección por personas que tienen bacilos coléricos en sus deposiciones, sin enfermar ellas mismas. Son estas personas portadoras de la infección y tienen gran importancia en su difusión, aunque no son portadoras de una manera indefinida; pues el vibrón colérico no vive en el conducto intestinal de los individuos más de 14 días.

2.º Infección por el agua en bebida. En este caso el número de atacados y la mortalidad suele ser mayor, porque el agua atraviesa rápidamente el estómago, y llega pronto al intestino delgado.

3.º Infección por los alimentos que pueden estar

infectados con bacilos coléricos por el agua empleada en su riego, por los abonos o por medio de insectos.

Los alimentos más peligrosos son las verduras, frutas del suelo y la leche.

«El cólera morbo es una enfermedad originada por una pequeña bacteria tóxica, que se multiplica en el intestino, y se elimina con las deyecciones. Se muestra poco resistente a las temperaturas elevadas. Para que muera, basta someterla diez minutos a 60.º El tamaño de esta bacteria en el intestino es de una a tres milésimas de milímetro de longitud, Se reproduce enormemente en pocas horas.

El cólera se propaga siempre por contagio; y favorece el desarrollo y la propagación de la enfermedad, bajo forma epidémica, la humedad y el calor en un suelo contaminado. Puede ser el contagio directo o indirecto. En este último caso es necesario un intermediario, sea persona u objeto que lleve el agente colérico del enfermo al sano. Las materias más peligrosas son las deyecciones de los coléricos. Es por esto por lo que difunden tanto esta enfermedad los lavaderos, los pozos domésticos, las cisternas y los ríos. El agua de los ríos es peligrosísima». (Dr. Ferrán).

Los síntomas del cólera pueden dividirse en dos grupos, y admitirse dos formas de cólera: la ligera o colerina y la grave.

El cólera va precedido de un periodo de incubación de duración variable; desde unas horas a cuatro o cinco días.

La forma ligera o colerina, consistente en una simple diarrea, puede ser expresión del más debil

grado del envenenamiento, constituir todo el ataque de cólera, o ser el preludio de accidentes más graves. Hasta puede ser fenómeno premonitorio de la forma fulminante, que es frecuente al principio de las epidemias, y siempre va precedida de esta diarrea, que por eso se llama premonitoria.

Las personas pobres, sin recursos, y en malas condiciones higiénicas, enferman más fácilmente que las ricas; y también están más expuestas a la infección los enfermos, los ancianos, los débiles y los alcohólicos. Los niños de pecho mientras los alimenta su madre son inmunes.

Hay personas que tienen bacilos en las deposiciones, sin que presenten síntomas de enfermedad. Constituyen un grave peligro para los que están en comunicación con ellas, a quienes pueden transmitir el contagio.

La forma leve o colerina, empieza ordinariamente con cefalalgia, malestar, debilidad, vómitos y diarrea abundante sin cólicos. El enfermo está abatido, inquieto, y tiene sudores más o menos abundantes; accidentes que desaparecen o se agravan, dando lugar a la forma grave, o precediendo a la fulminante.

La forma grave se caracteriza por un flujo intestinal escesivo y otros graves desórdenes.

Pero la diarrea es el más saliente e importante desde el principio; y está formada por un líquido acuoso, sin color, ni apenas olor, en medio del cual nadan copos blanquecinos parecidos a granos de arroz, que están acompañados de vómitos; y vómitos y deposiciones se repiten con cortísimos intervalos,

ocasionando gran pérdida de líquidos; bajo cuya insuficiencia se espesa la sangre; el enfermo es víctima de una sed intensa; sufre grandes molestias y dolores de estómago, vértigos y palpitaciones; su voz se debilita hasta extinguirse casi; sobrevienen calambres muy dolorosos y especialmente en las pantorrillas, que se ponen duras como piedra; la orina está casi suprimida y la piel del enfermo se pone azulada y fría; y a pesar de ello, el enfermo está atormentado por una sensación de calor interno que le hace desear vivamente las bebidas frías.

El aspecto de la fisonomía es casi característico de esta enfermedad. Se presenta el paciente demacrado, azulado, con los ojos hundidos y un círculo negruzco en derredor de ellos; profundamente abatido. Todo el cuerpo se arruga, se seca y pone frío adquiriendo lo que se llama algidez cólica que precede a la fase asfíxica, en el cual se oscurece la inteligencia; se presenta notable entorpecimiento marcándose más el color azulado del cuerpo, y muere el enfermo.

A veces, ya en vías de curación, y en la convalecencia, que siempre es bastante larga, se presentan accidentes que también pueden ocasionar la muerte. La curación se anuncia por la supresión de los calambres, restablecimiento del calor, y retorno del timbre de la voz; la primera orina que se presenta suele ser muy densa; y en ocho o diez días se obtiene la curación completa.

La muerte es, cuando ocurre, más rápida; pues sobreviene de algunas horas a dos o tres días.

A veces también, próxima la enfermedad a la con-

valecencia se detiene la aparición de esta y sobreviene de nuevo la diarrea o pulmonías, u otras lesiones que ocasionan la muerte a los enfermos.

Pronóstico.—El cólera morbo es uno de los azotes más terribles de la humanidad. Suele matar el 50 o más por $\%$ de los atacados.

El fin de la epidemia se anuncia por benignidad de los últimos casos. La rapidez en su evolución suele ser de mal agüero.

El pronóstico, sin embargo, depende de la gravedad del síndrome o conjunto sintomático. En los ataques graves es muy dudoso; y relativamente más favorable en los individuos resistentes, no débiles.

El hecho de haberse dominado el ataque de cólera no indica con seguridad que el enfermo se ha salvado. Si en este momento de dominarse el ataque, sobreviene fiebre, es el pronóstico más favorable. La desaparición de la sonnolencia es ordinariamente también un signo favorable.

Tratamiento.—En la profilaxia está el único medio real de combatir la epidemia colérica. Y la profilaxia se refiere al individuo y al Estado.

No nos ocuparemos de la del Estado. No tiene objeto en este Manual. Ligeramente me ocuparé de la que puede llamarse local.

En los puntos infectados se prohibirá arrojar deyecciones a los ríos e igualmente beber agua que no haya sido hervida. No se tomarán otros alimentos que los que hayan sido cocidos. Antes de entregar la ropa para lavar debe ser sometida a una abullición prolongada. Las frutas de árbol alto, pueden conside-

rarse indemnes. Las fresas y otras bajas, las patatas, arroz, leche, manteca, queso y legumbres, son sospechosas. La cerveza, vino, alcoholés, que no se les haya añadido agua se consideran inofensivos. Las deyeccionss y vasos en que se hayan recogido deben desinfectarse rigurosamente con solución al 5 por % de lisol, ácido fénico o cresol. Los objetos sin valor deben entregarse a las llamas. Los vasos, platos, cubiertos y demás enseres culinarios se lavarán con agua hervida.

Tratamiento preventivo individual.—El único medio de combatir con éxito esta terrible enfermedad, que causa y ha causado los mayores estragos en el mundo, es la vacunación, descubierta, estudiada y comprobada por el gran bacteriólogo Doctor D. Jaime Ferrán, gloria de España, no menos ilustre que el Doctor Jenner inventor de la vacuna contra la viruela. No es exacto, como afirma un Doctor Alemán, que fuera Hafikine el primero que hiciese inoculaciones profilácticas del cólera. Antes que él y que Kolle, mucho antes, las había hecho el Doctor Ferrán y con ellas había logrado detener la terrible epidemia colérica de Valencia en 1885. Y es inútil que se haya tratado por alguien de mermarle o de arrebatarle esta gloria que émulos y enemigos se han visto obligados a reconocer. Está reconocida por todo el mundo. Y las pruebas estadísticas de su triunfo son completas, auténticas y comprobadas oficialmente.

¡Gloria pues, al único y glorioso inventor de la vacuna anticolérica! Vacuna que prepara en sus magníficos Laboratorios de Barcelona, como yo lo he pre-

senciado y visto personalmente, siendo inoculado por él en 1910.

La técnica para la aplicación de la vacuna es la misma que la de la vacuna antipestosa, y demás inyecciones hipodérmicas.

Se inyecta según las instrucciones consignadas en la Obra del Doctor Ferrán titulada: *La inoculación preventiva contra el cólera morbo asiático*; que empiezan así:

1.^a «La vacuna colérica no es más que un cultivo puro de caldo del *bacillus virgula*. Su fácil y larga conservación permite transportarla a largas distancias».

Pero en una nota, que sigue, dice que es a distancias que puedan recorrerse en cuatro o cinco días, solamente, a las que pueden transportarse, sin inconveniente, sus matraces especiales con la vacuna colérica. Para el Extremo-Oriente, como para distancias grandes, debe emplearse la vacuna Ferrán-Haffkina, preparada ya para ello.

Tratamiento de la enfermedad.—Todo enfermo de cólera, aunque solo tenga ligera diarrea, debe permanecer en cama.

En los casos graves se combatirán, con especial cuidado los vómitos. Esto se consigue, y hasta con facilidad a veces, mediante terroncitos de hielo. Pero cuando no se consigue con esto, se apelará al láudano o a la morfina. Ambos, pero especialmente la morfina, suprimen a la vez que los vómitos, los calambres que son escesivamente molestos y dolorosos. 20 gotas de láudano equivalen a un centígramo de morfina. Contra la diarrea se emplearán irrigaciones intestinales

con agua boricada muy caliente, (15 gramos de ácido bórico por litro de agua).

Se dará también láudano y ácido láctico. El láudano puede sustituirse por el elixir paregórico de más fácil manejo. He aquí una fórmula que podrá usarse.

Láudano de Sidenham, 50 gotas.

Acido láctico, 15 gramos.

Jarabe simple, 150 gramos.

Agua de azahar, 50 gramos.

Agua hervida, 800 gramos.

Mézclece: para tomar en el día.

Otra fórmula distinta podrá prepararse cambiando las 50 gotas de láudano por 20 gramos de elixir paregórico, o por dos centigramos y medio de cloruro mórfico. Estas dosis son para adultos y para tomar en 24 horas.

Cuando la enfermedad llegue al período de estado, no se dará más láudano. Será reemplazado por el tanígeno en dosis de 1 a 3 gramos diarios.

Entonces tendrá lugar también el combatir los vómitos con Champagne y con el mentol, del cual se pondrán treinta centigramos en 100 de un jarabe o julepe gomoso para tomar a cucharadas.

Los calambres se calman también con fricciones enérgicas y con inyecciones de suero fisiológico, en cantidad de 200 a 500 gramos aplicados bajo la piel del vientre, que restituyen a la sangre su fluidez.

La algidez se combatirá con bebidas calientes y escitantes: de té, café y alcohol.

Si el corazón flaquea, inyecciones de cafeína de 0,20 o 0,25 centigramos; de éter o de aceite alcanforado, de las cuales pueden ponerse varias en el día.

Las inyecciones de suero fisiológico que deben de ser siempre abundantes, pueden repetirse dos, tres y aún cuatro veces al día.

También se han empleado los calomelanos al vapor, especialmente en casos de colerina, y en dosis de tres a cinco centigramos, repetidos dos o tres veces al día, cada dos o tres horas. Pero no se darán más de dos o tres días; a veces de uno o dos, según los efectos.

Igualmente se han empleado, especialmente en el periodo álgido, en que hay que conceder un papel importante a la administración de líquidos, pues los enfermos están atormentados por una sed intolerable a causa de los vómitos y de la diarrea, irrigaciones intestinales de sal común en agua caliente, al 7 por 1000. En estas circunstancias, además de deber repetirse varias veces estas irrigaciones calientes a 40 grados, se dará al enfermo, pero solo a cucharadas, y caliente, té o café. Y para alternar puede dársele limonada clorhídrica fría al 1 por 1000, y también en cucharadas.

La alimentación de los enfermos de cólera durante el periodo de la diarrea, debe regirse por los mismos principios que en cualquiera otra enfermedad infecciosa intestinal. Debe consistir en leche, huevos, sopas de arroz, sémola o tapioca muy cocidas, y más tarde, cuando el estado sea bueno, podrá ir adicio-

nándose algún otro alimento de fácil digestión; pero con mucho cuidado.

Como bebida, se hará uso de limonadas, aguas minerales y vino tinto mezclado con agua mineral o agua hervida.

Siendo las deposiciones el peligro inminente es necesario cuidar mucho de la desinfección de ellas empleando la formalina al 5 por $\%$; el ácido fénico en igual proporción, el sublimado al 1 por 1000, aunque este es de acción dudosa por su poca penetrabilidad en presencia de los albuminóides.

La lechada de cal necesita cuatro horas para dar seguridad de la destrucción del bacilo.

Un calor húmedo de 65 grados mata al bacilo del cólera en cinco minutos. El agua hirviendo le mata instantáneamente y la desecación en tres o cuatro horas. De ahí la conveniencia del uso del calor húmedo y del agua hirviendo para desinfección.



Juzgamos conveniente agregar aquí las Instrucciones del Doctor D. Jaime Ferrán

Para el empleo de la vacuna contra el cólera.

Esta vacuna consiste en un cultivo puro, vivo o muerto, de varias razas de *b. virgula*, hecho en caldo de carne, en condiciones tales, que favorecen la multiplicación de estas bacterias hasta un límite insuperable. Una vez ha llegado a este límite, la vacuna posee el máximo de acción inmunizante que le es posible adquirir y ofrece entonces el aspecto de un líquido turbio que tiene en suspensión pequeños glomérulos de vibriones colerígenos.

Va envasada en recipientes de vidrio herméticamente cerrados al soplete, por lo que es imposible que se impurifique.

Protegen a estos recipientes cajas especiales que permiten su envío por correo o facturadas como cualquiera otra mercancía. Una marca especial garantiza su procedencia.

Guardada en sitio obscuro y fresco la vacuna conserva sus propiedades inmunizantes más tiempo que el que suele durar una epidemia de cólera; esto no obstante, es siempre preferible utilizarla pronto.

Al usarla agítese antes vigoramente el recipiente que la contiene a fin de reemulsionar los microbios que se hayan sedimentado durante el reposo. Rómase la punta afilada del mismo, viértase en un vaso o taza previamente esterilizados. Esto último se hará

cuando sea grande el número de vacunaciones que hayan de practicarse; en caso contrario aspírese directamente del tubo que la contiene.

Protéjase la taza que contiene la vacuna con una placa de vidrio o con una cartulina esterilizada, pasándola por la llama de una lámpara de alcohol o de un mechero Bunsen.

Huelga encomendarle al operador que se lave las manos con esmero, que esterilice la jeringuilla y se abstenga de fumar, a fin de evitar que sus dedos impurifiquen la vacuna con los microbios de la saliva. Tampoco es necesario recomendar, por lo sabido, cuan conveniente es que el que va a vacunarse se lave antes con esmero la piel de la región donde se le ha de inyectar la vacuna.

Todas las geringuillas hoy en uso pueden servir para dar estas inyecciones; aconsejamos sin embargo, que estén provistas de agujas recias y cortas y que el vástago esté graduado de centímetro cúbico.

Para no estropear los émbolos de la geringuilla, es conveniente no hervirlas. Esterilícense simplemente absorbiendo repetidas veces solución antiséptica, llénense hasta la mitad de agua fenicada al 1 por 100 y guárdense sumergidas en un frasco de boca ancha, que contenga esta solución debilmente fenicada. De este modo los émbolos no se secan y la geringuilla se mantiene en condiciones de poder funcionar bien en cualquier momento. La aguja después que haya pasado por ella agua fenicada se calienta suavemente y se la clava en bloque de parafina fenicada blanda. Esta es la manera de conservarla sin que se oxide.

Para utilizarla de nuevo se la monta en la geringuilla estando ésta cargada de agua fenicada, se la vuelve a calentar suavemente, se empuja el émbolo, y el agua se encarga de arrastrar la parafina.

Terminada la vacunación se esteriliza el recipiente a fin de tenerlo dispuesto para la sesión próxima.

En lugar de verter la vacuna en recipiente esterilizado, se la puede aspirar directamente de su envase, teniéndolo invertido e introduciendo en el mismo la aguja montada en la geringuilla.

Antes de vacunar anótese con letras claras las señas del individuo en un registro especial, que contenga apellidos, nombre, edad, naturaleza, profesión y señas de su actual residencia, como son: población, calle, número, etc.

No deben practicar ninguna vacunación sin que el interesado presente el comprobante de haber cumplido este requisito.

Contraindicaciones.—No es conveniente vacunar a los individuos cuyas funciones abdominales ofrezcan la más ligera perturbación, caracterizada por la laxitud de vientre no habitual, o diarrea más o menos acentuada.

Han sido vacunados, sin que ocurriera el menor trastorno, mujeres en todos los periodos del embarazo, individuos enclenques, enfermizos, valetudinarios, de todas clases y condiciones, y enfermos los más variados. Fuera, pues, de la contraindicación antes mencionada, y la de enfermedades graves en su último periodo, no conocemos estados individuales que contraindiquen la vacunación.

Posología.—La dosis de vacuna que hay que inyectar es la de dos centímetros cúbicos, a partir de la edad de cinco años. A los niños de teta no hay necesidad de vacunarles porque les inmuniza la leche, si su nodriza se vacuna. Desde la edad del destete hasta la de cinco años, basta con que se les inyecte un centímetro cúbico de vacuna.

Las revacunaciones se practican a la misma dosis, mediando un intervalo de cinco días entre la primera y la segunda vacunación.

Las regiones preferibles para dar estas inyecciones son la de la parte posterior del brazo y la de las pa-rades del abdomen. Evítense inyectar la vacuna en el espesor del dermis y debajo de aponeurosis; inyéctese siempre en el tejido celular laxo subcutáneo. Una vez efectuada la inyección lávese la puntura con un copo de algodón empapado en solución de sublimado al 1 por 500.

En una vacuna como esta, en la que la autolysis de la bacteria que la constituye es tan activa y rápida, la medida del número de las bacterias no equivale a la medida de su acción inmunizante. Para obtener esta medida importaría conocer, además, el número de bacterias autodigeridas en el caldo del cultivo; pues los productos derivados de la auto-digestión bacteriana funcionan también como antígenos, cuyo papel en el mecanismo de la inmunidad anticolérica nos es todavía desconocido. Por faltarles a las vacunas anticoléricas, que consisten en emulsiones de vibriones obtenidos en agua, los productos de dicha

autolysis, es tal vez, por lo que son defectuosas bajo el punto de vista de su acción inmunizante.

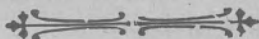
Efectos producidos por la vacuna.—Por virulento que sea el cultivo empleado, sus efectos siempre son tolerables. Por regla general los vacunados no tienen necesidad de interrumpir sus habituales ocupaciones. Comienzan a manifestarse aquellos pocas horas después de la inyección. Adquieren su máxima intensidad durante las 24 horas siguientes; transcurridos dos días el individuo ha recobrado su estado normal, encontrándose a los cinco días en condiciones para recibir una segunda vacunación.

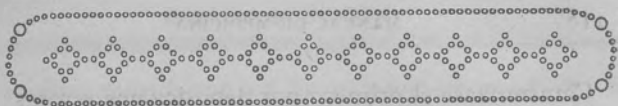
Localmente se notan los síntomas de flemón que rarísimas veces llega a supurar. La piel se pone encarnada, caliente, tumefacta y se siente un ligero dolor tensivo perfectamente tolerable. El estado general solo es perturbado por fiebre más o menos acentuada, que dura pocas horas, y que, por lo general, no obliga a guardar cama. Mientras duran los efectos de la vacuna, algunos individuos están inapetentes, otros notan un estado nauseoso, los hay que tienen vómitos y algunos diarrea. En contados individuos se nota policolia, calambres y cefalalgia. La fiebre va algunas veces precedida de escalofríos, y termina por sudores o por diuresis. Afortunadamente la vacuna anticolérica produce con rapidez sus efectos inmunizantes. A los cinco días son estos muy acentuados, según lo demuestra el descenso rápido de la curva de invasiones observado en los pueblos donde ha sido vacunada la mayor parte del vecindario en los momentos más culminantes de la epidemia.

En las poblaciones invadidas por el cólera, que es donde suelen practicarse vacunaciones en mayor número, ocurre que algunos individuos, al vacunarse, sin darse cuenta de ello, tienen ya el cólera en incubación, y otros le tienen en periodo prodrómico: no a todos estos les llega a tiempo la acción inmunizante de la vacuna, que, como hemos indicado, tarda cinco o seis días en ser completa. La enfermedad se conduce, en muchos de estos casos, como si los individuos que la padecen no se hubiesen vacunado; por esto curan o fallecen según su resistencia o la gravedad del ataque, quedando por consiguiente justificado que en las estadísticas figuran en casilla aparte los vacunados que fallezcan dentro de los seis o siete primeros días que siguen a la vacunación. Es muy conveniente consignar este detalle con mucha claridad, para que estos hechos puedan ser debidamente interpretados. Que la interpretación que les damos nosotros es la única que cabe darles, queda demostrado por la circunstancia de que jamás se observaron invasiones entre los millares de vacunados residentes en poblaciones que aún no habían sido invadidas por el cólera.

La inmunidad conferida por la vacuna anticolérica dura mucho más que una epidemia de esta clase. El individuo sólidamente inmunizado al aparecer esta enfermedad puede permanecer tranquilo en las localidades epidemiadas, sin necesidad que tome la menor precaución para evadir el contagio.

J. FERRÁN.





CAPÍTULO VI

DISENTERÍA

La disentería es una enfermedad infecciosa de la mucosa intestinal; aguda, epidémica y contagiosa; limitada, en la mayoría de los casos, al intestino grueso, que se caracteriza por la aparición de frecuentes y repetidas deposiciones mucosanguinolentas.

Hay dos variedades de disentería; y ambas tienen forma aguda y crónica: la epidémica o bacilar y la endémica o amibiana.

Estas formas de disentería no solo se diferencian por su causa, sino también por sus caracteres clínicos. También suele darse el nombre de disentería en todos los casos en que hay deposiciones sanguinolentas.

La disentería epidémica o bacilar es enfermedad de las zonas tropical y subtropical, y se encuentra frecuentemente en China, la India, Japón, Corea, Arabia y Filipinas; y algunas veces también en nuestros climas; y se atribuye a bacilos. De ahí su nombre.

Clínicamente considerada, tiene tres periodos: el de la diarrea premonitaria, el disentérico propiamente dicho y el de la diarrea de retorno.

Caracterízase el primero por deposiciones serosas o biliosas; y generalmente no dura un septenario.

El segundo periodo, o disentérico propiamente dicho, presenta deposiciones sin vestigio alguno de materias fecales. Sus deposiciones están constituidas únicamente por células epiteliales intestinales mezcladas con sangre en forma y aspecto que recuerda la freza de ranas, las raspaduras de tripa y la clara de huevo cruda. A veces se expulsa como un esputo o una corta cantidad de moco teñida en sangre. Otras veces las mucosidades sanguinolentas nadan en un líquido fétido de color de jugo de carne. Entonces se dice que son de *lavaduras de carne*. Y clínicamente significan y se interpretan por gangrena de la mucosa intestinal.

La frecuencia de las deposiciones es de ocho a doce al día en las disenterias benignas, de veinte a cuarenta en las de mediana intensidad; y llegan hasta doscientas o más en los casos graves.

Los dolores que acompañan la expulsión de las mucosidades son de tres clases; cólicos, retortijones y tenesmo, o sea, deseo constante de defecar con pujos y dolores, y expulsión de mucosidad sanguinolenta. Los cólicos son paroxísticos, es decir, que atacan por accesos, y radican en la región umbilical obligando al enfermo a doblarse y dejando el vientre escavado y doloroso a la presión. Los retortijones son contracciones sumamente dolorosas del intestino grueso, que las mujeres suelen comparar a los dolores de parto, y que determinan sufrimientos tanto más grandes cuanto muchas veces se producen en seco; esto es, sin expulsión de mucosidad ninguna.

El tenesmo produce un escozor particular en el ano durante la defecación; y puede determinar la relajación del esfínter anal, y la procidencia del recto.

Al mismo tiempo la fiebre no suele pasar de 39° , 5, a menos que haya complicaciones, tales como hepatitis, fiebre intermitente, &c.

La lengua se presenta saburral y seca; y el hígado a menudo congestionado, y aumentado de volúmen.

El periodo de diarrea de retorno se anuncia por nuevas y abundantes deposiciones biliosas que gradualmente aumentan de consistencia, acompañándose de una mayor abundancia de secreción de sudor y orina.

Ofrece y presenta además la disenteria diversas variedades clínicas; tales como la *rectitis*, que es una forma benigna; la *gangrenosa* que presenta deposiciones de las llamadas *lavaduras de carne*, que exhalan un olor cadavérico, y se acompañan de grandes dolores, pulso filiforme y hemorragias pasivas; la *biliosa* que se caracteriza por congestión del hígado, vómitos, ictericia y diarrea biliosa; la *coleriforme* que ofrece afonía, algidez y deposiciones riciformes; y la forma *tifoidea* con fiebre continua, fenómenos de ataxo-adinamia y frecuentes hemorragias intestinales.

La forma o variedad endémica o amibiana es debida a la presencia en el organismo de protozoarios microscópicos llamados *amibas*. Es propia de los países tropicales o subtropicales, y muy frecuente en China, Corea, la India, Japón, Arabia y Filipinas y en Africa, aunque también a veces, se encuentra en nuestros climas.

Esta variedad de disentería se ha llamado también enteritis necrósica, porque sus lesiones consisten en necrosis o gangrena de la mucosa intestinal, y ulceraciones con pérdida de sustancia; lo cual da lugar a que la cicatriz que sobreviene en caso de curación, puede producir estrecheces del intestino, con las graves consecuencias subsiguientes.

Comienza esta forma disentérica con vivos dolores en la zona del intestino grueso, aunque también ataca, a veces, al delgado; escalofríos o fiebre que llega a los 39° y 40° C.

Las deposiciones se van haciendo rápidamente frecuentes, y toman el aspecto de caldo con fragmentos amarillentos, y despiden un olor muy fétido. Hay dolor agudo y tenesmo durante las defecaciones. Estas se repiten hasta 20 y más veces al día. Los enfermos decaen con rapidez, y ofrecen en todo su aspecto un estado general grave. La orina es turbia, y suele presentar albúmina.

Las complicaciones que pueden agravar repentinamente la enfermedad, son las perforaciones del intestino y la peritonitis.

El diagnóstico no es difícil. La marcha de la enfermedad resuelve todas las dudas. Sin embargo, solo el bacteriológico es el que puede resolver de manera definitiva la cuestión.

El pronóstico en los casos benignos, a no ocurrir complicaciones, no suele ser grave. Pero depende en parte de la naturaleza del agente morboso, tanto como de la resistencia y condiciones de vida del sugeto.

Los individuos debilitados y los ancianos están

más amenazados. Cuando existe hipo o debilidad cardíaca, el pronóstico es más grave. Es muy grave el pronóstico en la forma gangrenosa, y siempre debe ser reservado en la variedad amibiana.

La marcha es rápida en los casos favorables; y dura de diez a doce días, por lo regular, en los más rebeldes.

La disentería puede aparecer en el curso de otra cualquiera enfermedad; y puede complicarse con flebitis producidas en las mismas venas hemorroidales que den lugar a trombosis; con reumatismo y con estrecheces del intestino que ordinariamente existen en el recto.

La marcha de la disentería puede ser irregular; apareciendo a veces lo primero el periodo de las evacuaciones sanguinolentas, faltando la diarrea premonitoria, o ser este muy breve. Otras veces falta la diarrea de retorno quedando sustituida por una transpiración o sudor abundante o una copiosa diuresis.

Cuando las deposiciones permanecen mucosanguinolentas durante cuatro semanas pasa ordinariamente al estado crónico la enfermedad.

También se observan recaídas relacionadas, por lo regular, con transgresiones en el régimen alimenticio. Son frecuentes las recidivas.

La mortalidad es de tres a 10 por 100 en Europa; y asciende al 40 por 100 en los países cálidos. Es muy elevada en los niños.

Aunque la causa patógena de ambas variedades de disentería sea la que dejo manifestada, no está, sin embargo, aceptada de una manera universal y sin di-

ficultades; pues las amibas no se encuentran siempre; y hay quien la considera como una infección polimicrobiana.

El contagio se verifica especialmente por el agua, careciendo el aire de toda influencia infectante, en la variedad amibiana.

Los niños, los alcohólicos, los hambrientos y mal alimentados, presentan una disposición mayor. La estación caliente es la más temible.

En la variedad bacilar la causa principal de infección es el hombre. Cuando haya personas enfermas de disentería, habrá también muchas ocasiones para que se infecten personas sanas que tengan relaciones con ellas. La extraordinaria frecuencia con que sobrevienen las evacuaciones disintéricas tan ricas en bacilos, y su rapidez y urgencia hacen casi imposible la perfecta limpieza de los enfermos y de sus ropas. Esto hace que sea fácil el contagio personal. Siempre es mayor el peligro de infección en los frecuentes casos de malas condiciones higiénicas, y de viviendas estrechas y con mucha gente. La multiplicación de los contagios se explica porque los dedos manchados con las heces pueden contaminar los objetos de uso común, como las vasijas, ropas y alimentos. Tampoco debe olvidarse el papel que en estas infecciones desempeñan las moscas. Es necesario también tener en cuenta que individuos que padecen una disentería ligera, con diarrea, al parecer sin importancia, eliminan multitud de bacilos, y son, por lo mismo, un serio peligro para los que le rodean. Se nota esto especialmente al fin de las epidemias.

También son muy peligrosos, por este mismo concepto, los que han sufrido la disentería, porque continúan durante mucho tiempo, expulsando bacilos en las heces. Son los llamados portadores de gérmenes.

TRATAMIENTO.—Indudablemente que es, ante todo, profiláctico. Y como preventivo se empleó el suero antidisentérico introducido en Francia por Vaillard; pero se empleó poco porque no inmuniza al hombre sino durante ocho o diez días. En cambio, como tratamiento curativo da excelente resultado. Las dosis varían entre 20 y 60 centímetros cúbicos, que se repetirán en los días siguientes, si fuere necesario. Generalmente sobreviene la curación con bastante rapidez; a veces en 24 a 48 horas. La sangre y el moco desaparecen pronto de las deposiciones.

Siendo la infección de origen hídrico, el primero y principal remedio es esterilizar el agua por la ebullición. La inmunidad de que gozan mucho los Chinos y Annamitas se explica por el uso de la infusión de thé para bebida y por la mezcla con el agua de sales de alumbre. Especialmente es útil lo primero; pues las sales de alumbre no están exentas de inconvenientes; y no dan la seguridad que la primera.

Se recomendará el uso de fajas de franela para evitar los enfriamientos del vientre. Se prohibirán los alimentos indigestos, como el tocino y la galleta.

El tratamiento, según muchos, se basa en la pronta administración de un purgante suave.

En el XIV Congreso internacional de Medicina se presentó por el Doctor D. Manuel Martínez Bori una comunicación, en la que, fundándose en la epidemia

disentérica observada por él en la provincia de Girona en 1900 a 902 preconiza como medio de excepcional importancia, y de brillantes resultados, el sulfato sódico, usado especialmente como él propone y empleó en dicha epidemia, con resultados incomparablemente superiores a los demás medicamentos de tanto uso en la disentería, como son la ipecacuana por el método Brasileño y los calomelanos.

Y dice en su Comunicación: «Es un medicamento que debe administrarse con larga mano; y sosteniéndole con valentía, es como se logran sus excelentes efectos. Con ésto no quiero pretender, dice, para el sulfato sódico la acción infalible de lograr la curación de todos los enfermos; pues he de confesar que con él, también he tenido alguna defunción; pero todas estas han sido por infección general dentro de los tres o cuatro días primeros, a contar desde la invasión; y cuando todavía no se había podido lograr una buena expulsión de los materiales sépticos y tóxicos contenidos en el tubo digestivo; especialmente en los intestinos gruesos». A continuación manifiesta la forma en que ha administrado el medicamento que es la siguiente:

En los niños menores de dos años se dan 4 gramos de sulfato sódico disuelto en agua azucarada o en una mezcla de 40 gramos de agua y 20 de jarabe; cantidad que se administra en tres o cuatro tomas en el espacio de tres horas. En las formas graves de la disentería, se repite la fórmula el mismo día; dando, por consiguiente 8 gramos.

En los niños de dos a siete años se dan 6 u 8 gra-

mos en 75 de solución dulce administrado en la misma forma que en los pequeños.

En los mayores de siete años hasta los catorce, de 10 a 12 gramos en 100 de solución edulcorada, también en igual forma.

En los jóvenes de 14 a 20 años se dan de 14 a 16 o 18 gramos de sulfato en 125 de solución dulce en la misma forma.

Y en los de más edad de 18 a 20 o 24 gramos también, en 125 de solución dulce administrada de igual modo.

Pero añade que en estos nunca se vió en la necesidad de doblar la fórmula en el mismo día; y solo muy rara vez en los jóvenes y adolescentes.

Cuando han transcurrido dos días completos, sin que las cámaras hayan sido sanguinolentas, y va desapareciendo de ellas la fetidez, las escaras de la mucosa intestinal y las mucosidades, se espacian primero las tomas del sulfato, administrándolo cada dos horas, en vez de dar toda la poción en tres horas; y luego se disminuye la dosis diaria paulatinamente hasta después de dos, tres, o cuatro días, en que las evacuaciones ya son normales para cesar por completo su administración; siendo raras las recaídas. Pero si se presenta alguna, debe volverse enseguida al uso del sulfato en la misma forma indicada, hasta lograr la curación.

El sulfato de sosa obra en la disentería por su acción purgante que lleva consigo la de calmar los cólicos intestinales y el tenesmo rectal, produciendo evacuaciones biliosas más abundantes y menos fre-

cuentes y con ello un arrastre de los gérmenes contenidos en los intestinos y una expoliación de sus toxinas o venenos, obrando así indirectamente, como un antiséptico intestinal, y disminuyendo la facilidad de absorción de los productos que determinan los fenómenos generales infectivos. Y además, como purgante salino, obra como un buen astringente, devolviendo el carácter normal a las deposiciones. También se han empleado en la disenteria la ipecacuana y los calomelanos.

La ipecacuana se emplea en infusiones al 4 por 100. No se da más concentrada por temor a provocar el vómito.

Puede aún, y conviene, añadirle cuatro o cinco gotas de esencia de menta piperita a esta infusión.

De esa infusión se tomarán tres dosis en las veinticuatro horas, cada una de 80 centímetros cúbicos. Cuando hay violentos dolores de vientre se administrarán al mismo tiempo que la infusión, o poco antes, 30 centigramos de polvo de Dower. Los enfermos deben quedar después, por espacio de tres o cuatro horas, completamente tranquilos y en reposo, tomando trocitos de hielo.

Los calomelanos se prescribirán en dosis de 30 a 50 centigramos cada cuatro horas. Es preciso tener el mayor cuidado con la boca, haciendo frecuentes lavados con disolución de subacetato de alúmina o de sulfato, para impedir la estomatitis mercurial extraordinariamente molesta. Otros recomiendan administrar los calomelanos, por espacio de tres días, en dosis de tres centigramos repetidos diez o doce veces cada

día, con las mismas precauciones de la solución de alumbre en lavados frecuentes a la boca.

Cuidados que deben prestarse a los enfermos.

—Deben permanecer en cama y bien abrigados, aún cuando se trate de formas benignas de la enfermedad. La aplicación de calor al vientre, por medio de cataplasmas o bolsas de goma con agua caliente, o de termóforos es muy útil, y obra calmando los dolores y aliviando el tenesmo. También debe procurarse que la alcoba esté templada para que el enfermo no se enfrie al levantarse para sus frecuentes deposiciones. Después de cada una de estas, se limpiará con cuidado, y con algodón si es posible, la región inmediata al ano; y si a pesar de esto, se irrita, se curará con una pomada de ácido bórico o de subacetato de alúmina al 2 por 100.

ALIMENTACIÓN.—Los primeros días debe someterse a los enfermos al régimen alimenticio más suave posible, dándoles sustancia de avena, ceregumil, sustancia de cebada, caldos, sopa de leche; y como bebida thé frío, agua albuminosa hecha con agua bien hervida y claras de huevo (cuatro o cinco por litro), agua de arroz, &c.

Los líquidos no se administrarán demasiado fríos porque sería perjudicial, aumentando el tenesmo y la diarrea. La leche conviene diluirla con un tercio de agua hervida o de infusión de thé; por que pura se tolera mal; y debe darse templada.

Si la diarrea se prolonga más de cinco o seis días, se hace necesario recurrir a una dieta más sustanciosa para sostener las fuerzas del enfermo como papilla

de carne, pasada por cedazo, puré de arroz, alguna yema o huevo en las sopas, adición de somatosa, tropón, higiama, algo de thé de buey o de jugo de carne obtenido por presión. Estos son los alimentos a que podremos recurrir.

Cuando las deposiciones empiezan a ser más densas y haya desaparecido el tenesmo se podrá empezar a dar carne finamente picada, pichón o pollo.

Más tarde se acudirá a la ternera, bizcochos, puré de arroz o de legumbres secas como de alubia, de garbanzo, de castaña, volviendo a poco a la alimentación normal.

Durante largo tiempo debe prescindirse, en absoluto, de todo alimento ácido, graso o con salsas, así como de verduras y legumbres.

Pueden también tomar horchatas de arroz en todos los periodos: así como también horchatas de almendra y algún agua mineral.

No se descuidará, para evitar el contagio, la desinfección de las deposiciones y vasos en que se contengan, igual que en el cólera morbo.

DISENTERÍA CRÓNICA.—Algunas veces la disentería se prolonga y dura, y toma la forma crónica. Los que la padecen tienen aspecto y rostro pálido, demacrado, color terroso, están débiles, carecen de apetito, y ofrecen irregularidad en las deposiciones, alternando el estreñimiento con la diarrea, y presentándoseles, a veces, dolores cólicos. Las deposiciones tienen bacilos disentéricos en abundancia y contienen moco y pus.

Ordinariamente persisten mucho tiempo, porque los enfermos no les dan importancia hasta que sobreviene una recrudescencia aguda.

La disentería crónica sucede casi sin transición a la aguda, si obedece a una recaída durante la convalecencia, o sobreviene como un segundo ataque cuando el enfermo estaba ya, o parecía curado.

Comprende tres formas clínicas; la rectitis crónica, la disentería crónica tórpida y la disentería de repetición. Caracterízase la primera por la expulsión de materias fecales duras o blandas y un *esputo rectal* o moco sanguinolento. La disentería tórpida crónica es raro que se diagnostique en vida. En la autopsia se encuentran ulceraciones del ciego. No ofrece otro signo que la alternativa de diarrea y constipación. La disentería de repetición, que es propiamente la disentería crónica, se traduce clínicamente por deposiciones blandas o diarreicas y crisis disenteriformes. Las primeras en número de dos a tres en las 24 horas, se parecen al estiércol de vaca y acusan integridad en una porción considerable del intestino. Durante la crisis disenteriforme puede observarse la expulsión de mucosidades, a veces en exigua cantidad que deben reconocerse entonces mediante el lavado de las heces.

Como complicaciones se han señalado el paludismo, la tuberculosis, el cólera, la fiebre tifoidea y la neuralgia ciática.

La etiología y patogenía de la disentería crónica se relaciona con la infección secundaria por el colibacilo y el germen causal de la disentería aguda primitiva.



Como causas predisponentes se citan la edad avanzada; el sexo femenino, la diarrea crónica y el paludismo.

El curso de la disentería crónica es de varios meses a algunos años; sobreviniendo la terminación fatal por peritonitis, tuberculosis o enterocolitis.

La mortalidad se calcula en un 8 por 100.

El diagnóstico debe dirigirse, ante todo, a distinguir la disentería de la diarrea crónica; pudiendo servir los caracteres siguientes para ello.

DISENTERÍA CRÓNICA

Principia por una disenteria aguda.

Mucosidades en las deposiciones en el momento de las crisis disenteriformes.

Higado normal.

DIARREA CRÓNICA

Principia por una diarrea.

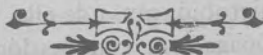
Ausencia de mucosidades en las crisis diarréicas.

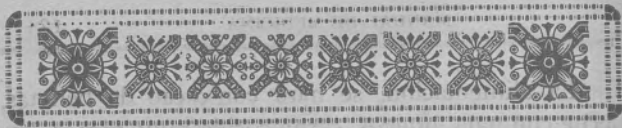
Higado atrofiado.

El tratamiento de los casos crónicos puede resumirse en lo siguiente:

Exquisito cuidado con la desinfección por que sus deposiciones pueden llevar el contagio a su alrededor. El régimen dietético es el principal medio de tratamiento. Debe darse cada dos horas el alimento en poca cantidad cada vez, para que no queden en el intestino restos que son perjudiciales. Se evitarán los alimentos grasos, ácidos y las salsas, las legumbres, verduras y frutas.

La alimentación, se hará con cacao de bellotas, leche con nata, huevos, carne cocida muy picada, gelatina de carne, sopa de sémola o tapioca, alguna carne de gallina o de ternera, pescado blanco, thé con azúcar y leche, pan tostado y algunas galletas. Se recomiendan las irrigaciones intestinales con uno o dos gramos de tanino; y el subnitrato de bismuto al interior en sellos de 50 centígramos, varios al día.





CAPÍTULO VII

TÍFUS EXANTEMÁTICO

El tífus exantemático llamado también fiebre pe-
tequial, tífus del hambre, tabardillo pintado de los
médicos Españoles, es una terrible enfermedad in-
fecciosa, aguda y contagiosa, que aunque lleva el
nombre de tífus no parece tener ninguna relación con
la fiebre tifoidea.

El tífus aparece en forma epidémica; y aunque se
desconoce el microbio, causa de ella, no se desconoce
el modo de propagación, con perdón de los sabios,
extranjeros que afirman que se ignora. El Doctor
Martín Salazar, distinguido Director general de Sani-
dad Española dice en un trabajo titulado «Profilaxis
del tífus exantemático», que en la Conferencia inter-
nacional sanitaria de París de 1903, ya dió a conocer
el ilustre y sabio Médico Español Doctor Cortezo que
el piojo de los vestidos es el parásito intermedio del
microbio productor del tífus exantemático; y más
tarde en 1909 el Doctor Nicolle presentaba una co-
municación a la Academia de Ciencias de París, ma-

nifestando haber comprobado con exactitud esto mismo en sus observaciones en el tífus de Túnez.

En China es una enfermedad endémica. Y, lo mismo que en otras partes, siempre ocurre que de vez en cuando, toma el tífus la forma epidémica con muchas invasiones y elevada mortalidad.

Aún no se conoce, como hemos dicho, el microbio productor del tífus exantemático. Y la incubación de la enfermedad dura, ordinariamente, de 8 a 12 días; aunque, a veces, en épocas de epidemia es menor.

Comienza repentinamente con escalofríos y fiebre que se eleva rápidamente hasta llegar a 39, 40 y más grados. Desde el principio se sienten los enfermos quebrantados y molestos. A veces hay náuseas y vómitos, y dolores en los lomos. La cara se presenta enrojecida; los ojos inyectados y cefalalgia intensa; la lengua muy saburrosa y sucia, y el bazo aumentado de volúmen. En los casos graves, el periodo fébril se prolonga hasta la cuarta semana. En los benignos puede desaparecer la fiebre hacia la segunda.

Cuando ha de terminar por la muerte suele presentarse, poco antes, una elevación considerable de temperatura que persiste aún algún tiempo después de aquella. El pulso es ordinariamente irregular; y, ya en la segunda semana, muy frecuente, pequeño y débil.

Hacia el segundo septenario suele presentarse una bronquitis, cuya tos molesta bastante; igualmente que congestiones hipostáticas en las bases de los pulmones, y en la parte posterior, que agravan mucho la enfermedad. También se presentan complicaciones

en la laringe; pleuresías y pulmonías que revisten extraordinaria gravedad. El enfermo pierde pronto el conocimiento; y no suele recobrarle.

Casi siempre hay infarto del bazo, que ya se observa en el principio.

Pero lo más importante, bajo el punto de vista del diagnóstico, es la presencia del exantema que aparece en la parte inferior del vientre y en los hombros, y se extiende después a la espalda, pecho y parte superior del vientre. También suele extenderse al dorso del pié; y especialmente por la región inguinal.

Las manchas que constituyen el exantema son rojo-pálidas, y de tamaños desde el de cabezas de alfiler hasta el de lentejas.

Este exantema se diferencia del que se presenta en la fiebre tifoidea en que el de ésta es papuloso, cuya elevación se aprecia el tacto, y el del tífus, no.

En el tífus suele aparecer el exantema del cuarto al quinto día; y persiste de ocho a diez días. En una epidemia de tífus que he observado en 1881, se presentaba un enrojecimiento muy pronunciado de la lengua con un estado atáxico tan excesivo que apenas podían sacarla los enfermos por el temblor tan desordenado de que estaba agitada. También se presentan sudores generales muy profusos.

TRATAMIENTO.—Los enfermos de tífus deben ser cuidadosamente despiojados. Los médicos, enfermeros y personas encargadas de su asistencia deben usar guantes de goma y un traje especial, de una sola pieza, de tela impermeable, si puede ser. El cierre del cuello, puños y tobillos se arreglará de modo que no

puedan entrar los piojos, con bandas de algodón hidrófilo empapadas en petróleo, alcohol alcanforado u otra sustancia que aleje y mate a los parásitos.

Los enfermos deben ser despojados de sus vestidos, sombrero y zapatos, que se meterán inmediatamente en una caja metálica, cerrada herméticamente, y pulverizados con bencina en proporción de 50 a 60 centímetros cúbicos, cuyos vapores matan todos los piojos en 15 a 20 minutos.

En seguida se somete al enfermo a un baño general, enjabonándosele bien cabeza y cuerpo. Y como este enjabonamiento no es suficiente para destruir los piojos que haya en el cuerpo, se completará con fricciones sobre todo el cuerpo, y especialmente sobre la cabeza, barba, axilas y pubis con una de las preparaciones siguientes.

Alcohol alcanforado, al 1 por 10.

Aceite de trementina, al 1 por 10.

Bencina, cualquier cantidad.

Unguento mercurial, cualquier cantidad.

Aceite de olivas y petróleo a partes iguales.

Todas estas preparaciones destruyen los piojos; pero no siempre sus huevos o liendres, que en seis o siete días se convierten en piojos. Si se puede rapar la cabeza y barba, es lo mejor; recojer y quemar los pelos.

La desinfección de los vestidos se hará en la caja, con la bencina, no solo porque no suelen morir todos los piojos, sino por las liendres que se desarrollan después.

Por eso deben dichos vestidos someterse a la sulfuración porque el anhídrido sulfuroso que se desprende, destruye piojos y liendres; pero es necesario que esta sulfuración se haga debidamente en local o cámara cerrada.

También el anhídrido sulfuroso es el mejor medio de desinfectar habitaciones donde haya habido enfermos de tífus, pues destruye toda la clase de parásitos.

Y además es fácil y barato.

No se conoce ninguna terapéutica especial del tífus exantemático. Pero es absolutamente indispensable el aislamiento riguroso del enfermo por el gravísimo peligro que supone para los que le rodean y asisten. Sin embargo de esto, en la casa del enfermo es sumamente difícil el aislamiento. Los que asistan al enfermo deberán ser personas que hayan padecido ya la enfermedad, o sujetos robustos y fuertes que tengan buena alimentación y descanso suficiente.

Durante la enfermedad se aislarán, a ser posible, los que asistan al enfermo igual que éste; igual que deben aislarse en la viruela y en la peste. En la alcoba no habrá más objetos que los imprescindibles para el enfermo. Todo lo demás se quitará, como cuadros, espejos, lo mismo que las colgaduras, cortinas, alfombras y muebles innecesarios.

La experiencia ha demostrado lo útil que es para el tratamiento de los enfermos el aire libre. Por eso es muy conveniente, durante el buen tiempo, tenerlos completamente al aire y en invierno con las ventanas abiertas procurando establecer la mejor calefacción posible.

Los enfermos se alimentarán desde el principio de sustancias líquidas o de papillas como leche, kefir, sopas mucilaginosas, en las que puede entrar algún huevo, purés, papillas de arroz, sémola, avena, tapioca y otras, siempre en pequeñas proporciones. En la convalecencia pueden ya darse legumbres, carnes y pescados. Para bebida, además de leche, agua buena o agua hervida; pero deben evitarse las bebidas gaseosas y alcohólicas.

Cuando los enfermos se quejen de gran dolor de cabeza será conveniente aplicar a la cabeza una bolsa de hielo o agua muy fría. Son utilísimos los lavados frecuentes del cuerpo en los casos de sudores muy abundantes.

Estos lavados se harán con agua mezclada con vinagre a parte casi iguales. El baño general es mucho más útil para rebajar la fiebre que constituye el gran peligro de la enfermedad, y se puede administrar en igual forma que diremos en la fiebre tifoidea.

Los baños templados y largos tienen también especial indicación en los enfermos muy tranquilos, produciendo notables mejorías.

Cuando el dolor de cabeza es exagerado, podrán emplearse algunos sellos con 50 centigramos de anti-pirina y 4 a 5 centigramos de cafeína. Bastan dos, tres o cuatro con media hora de intervalo entre ellos. Cuando sobrevenga, como suele en el principio, dolor exagerado o sensibilidad en las piernas, da buen resultado la hidroterapia en forma de baños locales. Hay que atender preferentemente al insomnio si se presenta. Da resultado para combatirlo un sello en

que entren 30 centigramos de veronal y un centígramo de morfina. La bronquitis que suele sobrevenir, y los estados delirantes y de sopor, ceden bien a los baños. Si flaquea el corazón como indicará el pulso pequeño, débil e irregular, se recurrirá a las inyecciones de aceite alcanforado al 20 por 100, poniendo una inyección cada dos horas. El estreñimiento pertinaz se combatirá con el aceite de ricino en dosis de una cucharada o dos. Durante la convalecencia es preciso no permitir a los enfermos levantarse demasiado pronto; pues es peligroso por razón de los colapsos que son muy posibles.





CAPÍTULO VIII

FIEBRE TIFOIDEA

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa curable la mayor parte de las veces. Su contagiosidad es casi nula. El germen de la enfermedad se transmite de otro modo. En el agua se encuentra el bacilo de Ebert productor de ella. También se encuentra en las deyecciones de los enfermos de donde se transmite al agua, en la orina, aunque en menor proporción, y en alimentos que están en contacto con la tierra y que se riegan con aguas infectadas. Todas las infecciones y epidemias reconocen esos orígenes.

En la fiebre tifoidea hay un periodo prodrómico, otro de ascenso, el de estadio, el de declinación y la terminación.

El periodo prodrómico se anuncia con malestar que dura unos días, quebrantamiento, pérdida del apetito, lengua pastosa y dolor de cabeza; síntomas a los que acompaña o sigue uno o varios escalofríos. Entre estos síntomas el más notable es el dolor de cabeza.

En el periodo de ascenso continúa el dolor de cabeza, que se hace más intenso, y puede extenderse al cuello; o sigue con igual intensidad.

En este periodo empiezan a presentarse ya y muy pronto la discordancia entre la temperatura y el pulso que es característica de la fiebre tifoidea. La temperatura sube llevando una marcha ascensional, regular, y propia de esta fiebre; pues desde los 38° a los 40° sube en tres o cuatro días; siendo su carácter fundamental el elevarse cada tarde 6 u 8 décimas más que la anterior.

El pulso no guarda relación con la temperatura; de tal modo que se tienen a veces temperaturas de $39,5$ y 40 , sin que el número de pulsaciones exceda de 100 y generalmente oscila entre 84 y 100.

A veces se observa el mismo número de pulsaciones por la mañana que en la hora del recargo.

Suele haber epistaxis (hemorragia nasal) en los primeros días; casi siempre en la primera semana.

La lengua se pone más seca y empieza a cubrirse de una capa blanquecina sucia que a los pocos días se hace más ancha y oscura; la punta y bordes de la lengua se presentan rojos; y aparecen fuliginosidades negruzcas en dientes y labios. No se presenta nunca en esta enfermedad el herpes labialis, tan frecuente en otras fiebres.

En este periodo casi siempre hay diarrea fétida que ya suele presentarse desde el segundo o tercer día.

Los trastornos del sistema nervioso en este periodo consisten en indiferencia, abatimiento y cierto estupor, acompañados de delirio e insomnio. Hay dicrotismo en el pulso, o sea, parece que la arteria rebota y da dos golpes.

El periodo de estadio suele durar de 12 a 15 días.

En él es la temperatura constante, manteniéndose entre 39° y 40°.

El pulso sigue como en el periodo de ascenso, marcándose el mismo carácter con respecto a la temperatura. Para los 39° o 40° que suele haber, no excede ordinariamente de 100 a 105 pulsaciones, hasta el final de este periodo que aumentan. El dicrotismo sigue como en el periodo anterior.

El periodo de estadio suele corresponder al quinto día de enfermedad; y en su principio ya se puede ordinariamente establecer el diagnóstico fundándose en el infarto del bazo, signo de la mayor importancia para ello, y que ya se puede apreciar entonces, pues al tercero o cuarto día ya se nota el sonido macizo a la percusión; al quinto día ya puede tocarse y al séptimo u octavo adquiere el máximum de volúmen. El bazo está ordinariamente un poco doloroso a la presión. El sonido obscuro a la percusión se marca en el noveno espacio intercostal izquierdo, entre las líneas axilar media y axilar posterior. La percusión debe hacerse con relativa suavidad y estando el enfermo en una posición media entre el decubito supino y la lateral derecha, y con las piernas algo dobladas sobre el vientre. El médico que explora debe de colocarse a la izquierda del paciente; y el enfermo debe durante la exploración, respirar con la boca abierta. Para la observación es necesario colocar los cuatro últimos dedos de la mano izquierda encajados con fuerza debajo del reborde costal; y procurando subir los dedos todo lo posible por detrás de las costillas

pegante a ellas. Entonces, en las inspiraciones lentas y prolongadas, viene a chocar en el pulpejo de los dedos la extremidad redondeada del bazo; y cuando este ya está un poco más grande pasa por encima de ellos, produciendo la sensación de salto.

En la fosa iliaca derecha se suele sentir dolor ligero a la presión y cuando hay diarrea, gorgoteo, que, como valor diagnóstico, no tiene ninguno, lo mismo que la timpanización del vientre que es solo dependiente de la diarrea.

Al final del primer septenario, y generalmente entre el sexto y noveno día de enfermedad, aparecen las *petequias* o reseolas. Son manchitas redondas muy parecidas a la picadura de pulgas; son de un rojo muy poco vivo; y desaparecen a la presión para volver a aparecer enseguida.

Se presentan preferentemente en la parte alta del vientre y baja del tórax; algunas veces en la parte alta de los muslos. En general hay muy pocas y duran poco; dos a tres días. Es el signo más seguro para el diagnóstico de la tifoidea.

Aunque los trastornos de orden nervioso son frequentísimos en la fiebre tifoidea, no suministran datos importantes para el diagnóstico, como tampoco los suministran las fuliginosidades de la boca, a pesar de la creencia vulgar.

El trastorno nervioso más frecuente es el sopor que se presenta muy en el principio. Los enfermos están indiferentes a todo. Es necesario llamarles la atención para que se fijen. Se presenta frecuentemente delirio, que se halla en relación con la fiebre y

depende de ella como se prueba viéndole desaparecer al rebajar ésta con el baño. Se presenta frecuentemente en esta enfermedad una forma de delirio consistente en una especie de desdoblamiento de la personalidad.

Los enfermos creen que sus piernas, por ejemplo, son de alguno que se ha acostado con ellos. Casi nunca aparece el delirio hasta el fin del primer septenario. Pero algunas veces aparece muy pronto; y probablemente está relacionado esto, lo mismo que su intensidad, con la fuerza de la infección. El insomnio se presenta muy pronto. La orina es muy escasa en la fiebre tifoidea, y si no se tiene cuidado de hacer beber a los enfermos, puede la falta de orina causar la muerte. La tifoidea no tiene siempre, ni en todos los casos, la misma gravedad; registrándose formas benignas, y otras más o menos graves.

Las más benignas, cuyo cuadro de síntomas está en relación con este carácter, suelen durar de 12 a 15 días.

Las formas graves suelen tener una duración de tres a cuatro septenarios; y unas veces empiezan de repente, de modo que a las 24 horas ya marca el termómetro 40 grados o más, ya van precedidas de un periodo prodrómico más o menos grave. Ordinariamente en estos casos el dolor de cabeza es muy intenso, y con mucha frecuencia es en la nuca su sitio.

En el segundo septenario o tercero suelen aparecer, a veces, bronco-pneumonías o congestiones hipostáticas en la parte posterior e inferior de los pulmones; y también hemorragias intestinales.

El periodo de declinación de la fiebre empieza generalmente hacia el día 18 o 20 de enfermedad.

Se caracteriza porque el descenso de la mañana es más acentuado que en los días anteriores. Unas veces desciende rápidamente y otras veces el descenso es gradual, de modo que pasan unos días antes de que el termómetro marque los 37°. Las temperaturas de la tarde son ordinariamente iguales, con corta diferencia, a las del periodo de estadio; de manera que da el aspecto de una fiebre remitente que a los tres o cuatro días se hace intermitente. En este periodo terminal suele acentuarse el delirio, casi siempre tranquilo; pero que no tiene importancia.

La convalecencia de la tifoidea es muy larga, y aún peligrosa a veces.

Como la lesión anatómica en ésta enfermedad tiene lugar en los folículos intestinales y en los ganglios mesentéricos y se producen en ellos ulceraciones, cuando termina la fiebre aún persisten en todo o en partes estas ulceraciones, y aún pueden ser un peligro grave para el enfermo. Yo he visto morir rápidamente en la convalecencia a un enfermo por perforación intestinal. Por eso es necesario tener un gran cuidado con la alimentación de los enfermos, en quienes se despierta un gran apetito en la convalecencia; una verdadera y gran hambre que les pone en peligro de cometer abusos.

TRATAMIENTO.—La fiebre tifoidea abandonada a sí misma es muy mortífera. Y la causa de ello es la fiebre especialmente; supuesto que haciéndola desaparecer, se ven disminuir todas las alteraciones.

No tiene, como ocurre con casi todas estas enfermedades infecciosas, tratamiento directo y causal. Se conoce el bacilo causante de la enfermedad, que es el bacilo de Evert; pero no se conoce el medio de destruirle una vez que ha entrado en nuestro organismo. Es cierto que las toxinas que el microbio produce pueden ocasionar el aplanamiento y síntomas graves; pero es indudable, y un hecho probado, que estos desaparecen en gran parte, y muchas veces del todo, cuando se rebaja la temperatura del enfermo con los baños, que es el tratamiento verdaderamente eficaz.

También se emplea actualmente la vacunación que parece tiene eficacia como medio preventivo.

La antisepsia intestinal por medio del salol, salicilatos y benzonaftol, además de ser perfectamente inútil y falsa en sus resultados, es muchas veces perjudicial.

Suele a menudo empezarse el tratamiento con la administración de los calomelanos.

Pero como no tienen acción especial ninguna, solo se administrarán 50 centigramos en una sola dosis cuando convenga purgar, en cuyo caso es el purgante preferible. Pero solo debe usarse en casos de estreñimiento y saburra gástrica.

La medicación real y eficaz en la tifoidea, son los baños; y siendo como es tan importante y eficaz, habré de ocuparme con detención en ella.

En el Hospital general de Madrid, y al lado del eminente clínico Doctor Medinaveitia, de quien son la mayor parte de estas ideas he observado su aplicación y los grandes y sorprendentes resultados de esta me-

dicación, que tanto ha usado él, y que yo también he empleado mucho en las epidemias de tifoidea de Gijón de 1896 y en la de Barcelona de 1914, siguiendo su práctica.

Antes de haber usado el baño en el tratamiento de las tifoideas, he usado como todos, otros medios, de los que luego me ocuparé; pero además de molestar más al enfermo, son de resultados nulos.

No hay más medio útil, dice el Doctor Medina-veitia que el baño general.

Y la temperatura que más recomienda, y que más he usado yo, es la de 24 a 30°, pues además de la acción antitérmica que tiene, desempeña otra no menos importante; pues produce una sensación muy marcada de frío que despierta las funciones adormecidas del tífico, como se ve que, bajo su acción, desaparece rápidamente el estupor y se aclara la inteligencia.

La acción que determina la impresión del agua fría se ayuda manteniéndose sobre la cabeza del enfermo constantemente, durante el baño, un chorro de agua fría.

La primera impresión que produce el baño es una sensación desagradable de frío que provoca inspiraciones muy profundas.

En seguida se observa desaparición del delirio y despejo de la inteligencia.

A los primeros minutos de entrar en el baño sienten los enfermos un pequeño escalofrío; llegan a veces hasta castañetear los dientes, pero pasa pronto y quedan los enfermos bien por unos cuantos minutos;

pues hasta los 15 o 20 no tiemblan. A los pocos minutos de entrar en el baño orinan, y aún más de una vez; pues el baño desarrolla acción diurética.

Es notable la acción del baño sobre los centros nerviosos; pues los enfermos que están en estado de estupor y apenas conocen a nadie, se hacen cargo muy pronto de estar en el agua; y si deliran, desaparece el delirio en igual forma.

Al salir del baño deben ser secados muy incompletamente; porque la evaporación de agua que hay sobre el cuerpo contribuye a que sea más lenta la elevación de temperatura. Pero los pies deben secarse bien y aún envolverlos en una franela o manta de lana.

Inmediatamente después se suelen dormir; aunque sientan algunos minutos bastante frío; pues deben meterse en cama fría con cubiertas de poco abrigo a fin de que tarden bastante en calentar.

Al segundo o tercer baño empieza a humedecerse la lengua, y con cuatro o cinco desaparecen las fuliginosidades, se humedece la lengua y a la faja negruzca sucede otra ligeramente saburrosa, mejorándose de igual modo, las condiciones digestivas, pues desaparece la repugnancia al alimento.

El efecto de los baños puede compendiarse en lo siguiente:

Transforman una tifoidea grave en una tifoidea leve; y aunque esto no se realiza de repente, no se tardan ordinariamente más de 24 a 48 horas en ello.

La duración del baño para un adulto es de 20 a 30 minutos; y en los niños de 10 a 15. Se toma la temperatura en la axila media hora después de salir

del baño; y si el descenso es, por ejemplo hasta 38° , se da el baño siguiente cinco minutos más largo, si el anterior era de 20 a 25 minutos. El objeto es rebajar hasta 37° la temperatura.

Suele empezarse por un baño a 30° que se hace bajar hasta 28° o 29° con los jarros de agua fría que se echan sobre la cabeza del enfermo y a lo largo de la bañera.

El baño siguiente se da a 28° y ordinariamente todos los demás a 26° .

Las temperaturas son del termómetro centígrado.

Todo el tiempo que dura el baño se debe estar echando agua muy fría con una esponja grande sobre la cabeza del enfermo y de vez en cuando jarros de agua fría que baje por las paredes de la bañera, para no molestar al enfermo; y evitar que su temperatura caliente el agua del baño. Así baja uno o dos grados la temperatura de este. Hay que tener cuidado de que el agua cubra bien al enfermo; y hay que agitarla muy a menudo; porque hay en el baño temperaturas diferentes.

El número de baños depende del estado del enfermo; y el agua puede ser la misma en todos los baños del día, siempre que el enfermo esté limpio y no orine o se ensucie en él.

También conviene hacer al enfermo irrigaciones intestinales de agua hervida fría, pues también sirven para rebajar la temperatura. Igualmente conviene que el enfermo beba abundante agua fría.

Antes del baño es conveniente dar al enfermo un poco de caldo caliente con una o dos cucharadas de

Jeréz; y a los cinco o diez minutos de estar en el baño se repite lo mismo si el enfermo tiene mucho frío. Al salir del baño y después de arreglarle en la cama se le da un vaso de leche fría o caliente, a su gusto.

A la media hora de sacarle del baño se toma la temperatura; que si baja hasta 37° y tarda dos horas o más en alcanzar la que tenía antes del baño es un indicio muy favorable.

Los baños deben repetirse cuando la temperatura alcance los 39° , 5 o los 40. Pero no se debe meter al paciente en el baño hasta que transcurran dos o tres horas desde que se sacó del anterior.

Ordinariamente el número de baños necesarios en la tifoidea oscila entre cuatro y seis diarios. Y en general, suele darse el primero a las siete de la mañana; el segundo a las dos o tres de la tarde, el tercero a las seis y el cuarto entre once y doce.

Mientras el enfermo está en el baño se hace la cama y se le cambian, si es posible diariamente, las sábanas y la camisa.

Téngase presente que la indicación del baño es para cuando la temperatura se fija y sostiene sobre $39, 5^{\circ}$ porque cuando hay grandes oscilaciones en ella, no es necesario emplearle por lo regular.

A veces en esta enfermedad se presentan hemorragias intestinales, que siempre son muy graves.

En este caso se manda al enfermo que esté muy quieto, y se le dan inyecciones de uno o dos centigramos de morfina y de ergotina, y por la boca terroncitos de hielo, si es posible. En caso que el corazón se deprima mucho, como indicará el pulso pe-

queño, débil e irregular, puede ponerse una inyección de 20 centigramos de caféina, o de 25 si es preciso; y si la hemorragia fuese grande y hubiese tendencia al síncope puede ponerse una inyección de 300 gramos de solución bien hervida de cloruro de sodio al 7 por 1000; inyección que puede ser repetida, aun en cantidad de medio litro o más en las nalgas o bajo la piel del vientre. Hay aparato apropiado para dar estas inyecciones, cuando la hemorragia es grande.

Los tifoideos deben ser alimentados con caldo, al que se añadirá jugo de carne, y con leche; y aún puede añadirse algunos huevos y algo de Jeréz o vino bueno. El caldo alimenta muy poco cuando se da solo. Por eso es preciso asociarle al jugo de carne y a la leche.

Este jugo puede obtenerse por presión despues de asarla muy ligeramente, o por la marmita, en cuyo caso debe añadirse después de muy bien picada la carne un par de cucharadas de solución de ácido clorhidrico al 1 por 1000.

La carne en la marmita de Papín debe de hervir ocho horas al baño de maria.

El caldo con jugo se puede dar al enfermo a todas horas.

La leche por vasos, de unos 200 gramos en cada vez, y de modo que tome al día como un litro, y como 120 gramos de jugo de carne. La leche debe dárseles hervida, y si no la soportan bien, puede añadirsele un poco de agua de cal.

No se olvide que es preciso hacer beber mucho al enfermo.

Cuando hay delirio final se combate con la ali-

mentación; pues al fin de la fiebre puede ocurrir eso, por la debilidad.

En la convalecencia se alimentará al enfermo durante ocho o diez días con sustancias blandas, sopas de tapioca con extracto de carne, huevos blandos y leche; gelatinas, y después croquetas, pescados blancos, sesos y tortillas francesas.

Después del quinto día, podrán comer de todo.

Si se presenta estreñimiento se combatirá con enemas de agua y aceite.

No deben levantarse hasta pasados tres o cuatro días de tomar alimento; y conviene que no hagan ejercicio hasta pasar unos ocho o diez días.

La desinfección para evitar el contagio, se hará empleando mucho el sublimado para los vasos que contengan las deposiciones y la orina, que es donde se hallan los gérmenes.

Con un cuarto de kilo de sublimado que se disuelva en cinco litros de alcohol se tiene una solución al 5 por 100.

Con un litro de esta solución se preparan 25 litros de solución acuosa que resulta el 2 por 1000. Y con ella mezclada todavía con agua a partes iguales se lavan las manos y los vasos expresados. En la solución al 2 por 1000 se mete la ropa sucia; y de esta misma solución se pone un poco en el orinal; y mejor aún será la del 5 por 100 que matará más rápidamente los gérmenes.

También con la solución al 2 por 1000 se lavará al enfermo por el periné o partes manchadas con la deposición.



CAPÍTULO IX

FIEBRE DE MALTA

La fiebre de Malta, o fiebre ondulante de los ingleses, pertenece a las enfermedades septicémicas de curso crónico. Caracterízase por largos periodos fébriles, interrumpidos por periodos apiréticos. Su agente es el micrococus Melitensis. Las cabras y las vacas se infectan fácilmente, y eliminan por la leche y por la orina los micrococus.

La enfermedad tiene un periodo de incubación que dura unos seis días; y aunque también se llama fiebre mediterránea, se presenta igualmente en la India y en la China y en otras partes.

Se inicia con cefalalgia, inapetencia y sensación de cansancio en los miembros. La fiebre se va elevando escalonadamente hasta llegar a los 40° en pocos días. Las diferencias de temperatura entre la mañana y la noche suelen ser bastante considerables; y al disminuir la fiebre suelen presentarse sudores profusos. La lengua se pone saburrosa; hay náuseas y vómitos a veces; insomnio, y frecuentemente aumento de volumen del hígado y del bazo; y a veces también diarrea, alternando con estreñimiento. Hay frecuentemente

bronquítis; y la fiebre toma a veces el tipo continuo, pareciéndose a una tifoidea; y presentándose, como en esta, congestiones hipostáticas pulmonares y trastornos de insuficiencia cardíaca; por lo cual es necesario no perder de vista el estado del corazón.

En muchos casos cuando parece que ha terminado el ataque puesto que durante varios días, desaparece la fiebre, vuelve a presentarse esta por las tardes, con cansancio y quebrantamiento, palidez y aumento doloroso del bazo; y muchas veces también tumefacción dolorosa de algunas articulaciones, a modo de reumatismo articular.

También se presenta, a veces, tumefacción en el testículo, y neuralgias variables en especial, la ciática.

Los enfermos decaen bastante por la acción del insomnio, de los vómitos y de la diarrea, que suelen presentarse. Pero al cabo de otras dos o tres semanas, vuelven a desaparecer estos síntomas, y viene un periodo en que por las mañanas es normal la temperatura, aunque por las tardes se nota alguna fiebre.

Todavía ocurre, a veces, que se suceden e intercalan varios periodos fébriles entre otros apiréticos; y puede durar ese estado un año o cerca; y hasta puede ocurrir que sobrevenga una fiebre continua alta a la que siga, por debilidad cardíaca, la muerte.

Es frecuente también la caída del pelo y los edemas de los piés.

En algunos casos el paludismo puede producir un cuadro sintomatológico parecido al de la fiebre de Malta. La quinína decide, en este caso; pues carece

de acción en esta, y es el remedio soberano en el paludismo.

De la fiebre reumática se distingue la de Malta por las diferencias grandes de temperatura en mañana y tarde que no son las propias del reumatismo articular agudo y además por lo poco frecuentes que son en la fiebre de Malta los derrames articulares propios del reumatismo; en el cual son tan útiles los salicilatos que fracasan siempre en la fiebre de Malta.

En esta, cuyo pronóstico y gravedad están ligados a la debilidad cardíaca, y dependientes de ella, es necesario, como hemos dicho, tener sumo cuidado en observar el estado del corazón.

Tratamiento.—Siendo un hecho probado que la infección de la fiebre de Malta se produce especial y casi únicamente por la ingestión de la leche de cabras o vacas, pero en particular por aquella, que contiene el micrococo Melitense, no debe hacerse uso de leche sin cocerla previamente; pues aunque puede tener otro origen la infección, es este el más común y probado.

En la difusión y transmisión de la enfermedad pueden tener importancia notable los portadores de gérmenes; pues individuos que la han sufrido, eliminan cocos por la orina, durante uno y aún dos años; lo cual debe tenerse en cuenta para los efectos de desinfección.

En el tratamiento es necesario atender, en primer término, a contrarestar los efectos de la septicémia sobre el corazón. Los enfermos deben evitar todo esfuerzo, y someterse a una alimentación líquida, pero sustanciosa, basada en leche, jugo de carne y huevos.

Tan pronto como se inicie la irregularidad del pulso, hay que administrar preparados de digital; entre los cuales, son excelentes el jarabe de Labelonnye, y los gránulos de Nativelle a dosis cárdio-tónica, o sea un gránulo de medio milígramo durante cuatro días, o un gránulo de un décimo de milígramo por espacio de una decena de días.

También se puede emplear con gran resultado las inyecciones hipodérmicas de aceite alcanforado al 1 por 20; lo mismo que las de cafeína de 20 a 25 centigramos. Las de aceite pueden darse aunque sea ocho al día, si es necesario; y las de cafeína dos y aún tres.

La fiebre debe combatirse, no con la quinína aisladamente, que no da resultado: sino con la antipirina asociada a ella, y con la aspirina sola: o asociada a la cafeína.

Puede usarse alguna de estas fórmulas:

NÚMERO 1

De antipirina, 50 centigramos.

Sulfato de quinina, 15 centigramos.

Bicarbonato de sosa, 25 centigramos.

Mézclese para un sello.

Pueden tomarse tres o cuatro al día.

NÚMERO 2

De aspirina, 50 centigramos.

De cafeína, 10 centigramos.

Mézclese para un sello.

Pueden tomarse dos a cuatro al día.

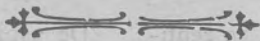
Si se presentase diarrea con saburra gástrica, un ligero purgante de 15 a 25 gramos de sulfato de sosa, bastará para cohibirla. También podría acudir al bismuto en el caso que no hubiese saburra y la lengua estuviese limpia. Al opio solo se recurrirá en las diarreas graves, asociado al bismuto en esta forma:

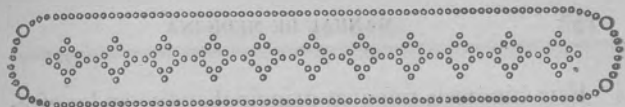
Subnitrato de bismuto, 50 centigramos.

Extracto de opio, 1 centígramo.

Mézclese y hágase un sello.

Pueden tomarse uno cada tres horas, y cuatro o cinco al día.





CAPÍTULO X

BERI—BERI

El bebi-beri, (kake de los japoneses) puede considerarse como una polineuritis de los nervios motores y sensitivos de las extremidades y del corazón. Existen focos importantes de él en el archipiélago Malayo, en China y regiones de Asia y zona tropical. Puede extenderse epidémicamente por infección, e intermedio de un virus que se trasmite de enfermos a sanos; como se ha probado en varios casos, aunque sea aún desconocido el agente morbosos.

Las estaciones ejercen positiva influencia en transmisión y propagación. En las regiones tropicales y subtropicales son los meses calientes y húmedos los más a propósito para ello. Los hombres son más atacados que las mugeres; los niños por excepción.

Estubo y aún está muy en boga la idea de que el beri-beri depende de las condiciones de alimentación; y se ha atribuido al arroz mondado, que pierde próximamente seis séptimas partes de su contenido en grasas, tres cuartos de sus componentes minerales e igual cantidad en la proporción de su ácido fosfórico.

Esta hipótesis tiene su principal apoyo en los efectos que producen los alimentos ricos en fósforo en la polineuritis, que la curan con rapidez bastante grande.

Sin embargo, parece más verosímil suponer que la falta de esas determinadas sustancias causa en el organismo un estado de debilidad que favorece la invasión del agente morbozo; pudiendo resumirse en dos palabras la doctrina sobre etiología del beri-beri.

1.º Que es, o parece segura, la existencia de una forma infecciosa.

2.º Que la alimentación tiene una gran importancia en su producción pudiendo considerarse esa enfermedad como dependiente de la insuficiencia en sus elementos.

Según los estadios y experimentos del Doctor Fraser, antes que la enfermedad aparezca, tiene que producirse progresivamente un empobrecimiento del sistema nervioso por la insuficiencia de las sustancias que contienen las combinaciones orgánicas de fósforo.

Clínicamente se distingue una forma que llaman abortiva; otra de tipo sensitivo-motor que puede transformarse en atrófica o hidrópica; formas sumamente graves; en especial la última.

El beri-beri suele anunciarse del modo siguiente, y en el verano que es la estación más a propósito: A consecuencia de un entriamiento se presenta sensación de cansancio en las piernas, debilidad en las rodillas con hormigueos y ligera anestesia cutánea en las piernas. El más pequeño esfuerzo va acompañado de palpitaciones cardíacas. A veces no va más allá y

desaparece todo al comenzar la estación fría; otras se exageran estos síntomas y aparece el beri-beri en toda su plenitud.

Generalmente los primeros síntomas se localizan en la cara externa y posterior de la pierna y en el dorso del pie, notándose disminuida la sensación táctil; pareciendo a los enfermos que el contacto con los objetos se efectúa como al traves de un papel. Pero de esta sensación queda libre la planta del pie.

Todas las variedades del tacto se afectan aunque no siempre con el mismo grado de sensibilidad. Se observan también trastornos en la musculatura de las piernas. Están relajados y flácidos los músculos de las pantorrillas. A veces hay calambres en ellos. Al andar, la punta del pie, que no se levanta bastante del suelo, roza en él, quedando en cambio el talón algo elevado, dando la sensación de andar como de puntillas.

El reflejo rotuliano, exagerado al principio, va disminuyendo hasta desaparecer, si la enfermedad persiste.

Se afecta el nervio vago, marcándose en la aceleración del pulso; la cual dura mucho tiempo; y disminuye la energía del corazón, como indican los edemas que aparecen en las piernas. Las facultades mentales se conservan intactas y nunca hay fiebre; pero la orina disminuye notablemente.

Si la enfermedad avanza se extiende la neuritis, e invade los nervios de la rodilla y del muslo, notándose dolorosa al tacto la musculatura. Se extiende también a los nervios de los brazos, comenzando por la

superficie palmar de los dedos. La cabeza, hombros y pecho suelen conservarse libres. Alguna vez, aunque rara, se llega a la hipoestesia y aún a la anestesia.

En cambio la hiperestesia de los músculos puede estenderse a todo el cuerpo, y llegar a ser una penosa molestia para el enfermo todo contacto y movimiento.

La parálisis y atrófia de los músculos voluntarios es lo más grave y saliente de esta enfermedad, cuando toma marcha grave. Desde la más ligera sensación de debilidad puede llegarse a la parálisis absoluta.

Empieza por ser difícil la marcha, que toma los caracteres que dejamos dicho; o sea, como de puntillas, y abriendo mucho las piernas para no caer, hasta que por fin, se llega a la inmovilización completa, porque se pierden también, poco a poco, las fuerzas en los brazos y en las manos; atrofiándose los músculos afectados, aún antes, a veces, de aparecer los primeros síntomas de la paresia; de tal modo, que se marca notablemente el esqueleto, sobre todo en las piernas. En los casos muy graves alcanza la atrófia a casi todos los músculos del cuerpo; siendo la parálisis cardíaca la causa inmediata de la muerte del enfermo.

Apesar de este cuadro, no es imposible la curación, que ordinariamente viene al llegar la estación fría; y se anuncia por aumento considerable de la orina; desapareciendo poco a poco, los síntomas. Pero solo en algunos casos se llega a la curación total; pues, de ordinario, persiste una debilidad, más o menos profunda y el defecto de sensibilidad.

Hay gran tendencia a las recaídas.

Algunos enferman varios veranos seguidos. Algu-

nas veces va desapareciendo la enfermedad poco a poco, llegando a quedar solo alguna debilidad en la marcha y tendencia a las palpitaciones del corazón. A veces, se producen en el beri-beri edemas que enmascaran la atrófia, que empiezan por las piernas y llegan al tronco. La forma hidrópica del beri-beri no es más que la atrófia disfrazada por los edemas. Es la que ofrece pronóstico más grave y la que presenta con más frecuencia opresión en el pecho, disnea, palpitaciones y vértigos.

El diagnóstico del beri-beri es fácil; pues no hay ninguna otra enfermedad que produzca a la vez hipoestesia y debilidad de las piernas y rápida desaparición de los reflejos.

Tratamiento.—El profiláctico es el que debemos estudiar en primer término. Debemos hacer mención en primer lugar de los ensayos relativos al régimen alimenticio. Estos informes proceden de la marina Holandesa, y demuestran que con la introducción del régimen alimenticio Europeo entre las razas indígenas, se consiguió muy pronto una notable disminución del beri-beri. Son sobre todo, de gran interés los resultados obtenidos en el ejército y marina del Japón por el Doctor Takaki con la modificación que dispuso en el régimen alimenticio y la higiene, pues esta era deficiente y el uso demasiado exclusivo del arroz, parecía producir un déficit en la nutrición que disponía al beri-beri: La introducción de la judía *adzuki* fué utilísima.

La China y Japón, ya tienen de antiguo establecer como reglas, que los enfermos de beri-beri deben

comer poco arroz, y que en cambio les conviene mucho usar abundantemente de las habas, muy ricas en albúmina que proporciona el *phasolus radiatus*, como hemos dicho.

Es también un hecho que el beri-beri se fija de un modo especial en los locales y casas donde se hacina la gente, como se ha observado en los cuarteles en el Japón. Por eso se recomienda renovar el pavimento y pintar al óleo las paredes.

Donde haya habido focos de beri-beri que hayan podido contaminar el agua se beberá infusión de té.

Al construir una casa se elegirá un terreno algo elevado; y se cubrirá el suelo de una capa gruesa de cal viva, la cual se cubrirá, a su vez, con cemento. Según el Doctor Moszkovvky conviene cocer perfectamente las judías hasta que queden muy blandas y añadirlas papilla de arroz, dando así a la vez arroz y judías. Debe de suprimirse de la alimentación el arroz mondado, debiendo tomarse curado al vapor, y descascarillado solo en parte. El Doctor Breandat, ha obtenido buenos resultados con el salvado de arroz, administrando 36 gramos diarios antes de las comidas. Y sus resultados no solo son curativos, sino que también logran disminuir la predisposición.

La modificación del alimento en esta forma, y el reposo absoluto en cama son suficientes, según el Doctor Werner para curar a los enfermos, aún en los casos de regular gravedad.

Así como las medidas higiénicas generales producen brillante resultado para prevenir el beri-beri, no sucede lo mismo cuando la enfermedad está ya des-

arrollada. En este caso suele haber poco apetito; y en tal concepto, merece la preferencia la leche, que se tomará en tanta cantidad como sea posible, los pescados de fácil digestión, como son los blancos, la carne, los bizcochos, y el pan blanco. Como bebida deben usar el té, que tonifica el centro circulatorio, y que al mismo tiempo, es un buen diurético.

Más que con el régimen alimenticio, se modifica la enfermedad con un cambio de clima, haciendo que el paciente se traslade a un parage elevado de 500 a 900 metros sobre el nivel del mar. En su curación influye también, tanto o más que el clima, la frescura de la temperatura.

Los casos recientes o leves suelen curar al cabo de una o dos semanas.

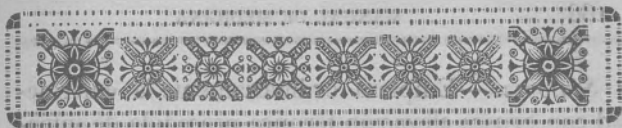
Deben hacer los enfermos un ejercicio moderado; sin esfuerzos.

En los casos recientes suele dar buenos resultados el salicilato de sosa, administrado en dosis de a gramo cuatro veces al día; dando al mismo tiempo el clorhidrato de pilocarpína en dosis de uno a dos centigramos diarios, disueltos en agua adicionada de jarabe simple. Pero cuando se haya desarrollado la parálisis, no tienen objeto ni este, ni otros medicamentos.

En este caso, solo cabe emplear una medicación sintomática; v. gr. si está interesado el corazón y hay grandes edemas o hidropesías puede darse una sola dosis de 40 gotas de solución de digitalína cristalizada al milésimo, precedida de 20 gramos de aguardiente alemán tomado uno o dos días antes y de dos o tres días de régimen lacteo puro. La quinína solo es útil

cuando el beri-beri está complicado de paludismo. Los purgantes salinos son muy útiles en especial en la forma hidrópica. Una infusión bien cargada de té es utilísima como diurético y tónico. Debe administrarse antes del mediodía.





CAPÍTULO XI

ERISIPELA

Enfermedad infecciosa debida al *Streptococcus erysipelatis* o al piógeno.

De ordinario la puerta de entrada para los agentes productores de la enfermedad es alguna herida o rozadura de la piel o mucosas.

La erisipela ataca más frecuentemente en la cara donde es más frecuente que pueda haber arañazos, picaduras de insectos, descamaciones. Muchas veces el punto de partida de la erisipela son las fosas nasales o el oído. También es frecuente en los golpes en la cabeza. Toda herida puede ser punto de origen. Aún a pesar de las ventajas de la asépsia y antisépsia conviene aislar a todo individuo con erisipela; y muy especialmente de donde haya heridos o mugeres recién paridas o próximas a dar a luz; pues las mugeres tienen más predisposición a padecer esta enfermedad y es mucho más peligrosa en esos casos y circunstancias. Después de padecidas una vez hay predisposición a repeticiones.

Síntomas.—Empieza ordinariamente la enfermedad con brusca elevación térmica precedida de intenso escalofrío. Suele sentir el enfermo cierta sensación de tensión en la parte afecta. En un punto circunscrito que suele ser, para la erisipela de la cara, la megilla o la nariz, se enrojece la piel, se pone caliente y se inflama un poco.

La inflamación avanza alrededor; y de un día a otro se extiende por toda la mitad de la cara: se ven a veces líneas rojas formadas por los vasos linfáticos, invade los párpados o las orejas que se hinchan mucho, hasta el límite del cuero cabelludo, que en otro brote invadirá después, con mucha frecuencia, aumentando la gravedad.

En su curso, el aspecto de la erisipela varía a veces notablemente.

Cuando llega el punto máximo de inflamación, la epidermis se levanta en forma de vegigas de tamaño variable y llenas de un líquido seroso. A veces se produce en algunos puntos necrosis y gangrena de la piel, superficiales en los párpados y en el escroto a causa de la gran tensión que se origina.

Al paso que la erisipela se propaga, palidecen los puntos primeramente atacados al cabo de dos o tres días; se desecan las vesículas y la piel se cubre de escamas. La mayoría de las erisipelas después de la invasión de algunos espacios, termina al cabo de seis u ocho días. Suelen hincharse los ganglios linfáticos submaxilares del cuello en la erisipela de la cara y los retrocervicales cuando la erisipela invade la región occipital.

Al principio suele alcanzar la temperatura los 40°; y al palidecer la erisipela descende la fiebre; y aún a veces descende algo antes. Algunas, aunque muy pocas, son apiréticas. El pulso frecuente en el período febril, descende; y a veces se hace muy lento en la convalecencia. La somnolencia y el estupor son síntomas frecuentes durante el período de fiebre elevada. La cefalalgia acompaña frecuentemente a la erisipela; y puede exagerarse mucho en la de la cabeza. También es frecuente que traiga vómitos y diarrea. El bazo suele estar aumentado de volúmen.

Alguna vez suele propagarse la erisipela desde las amígdalas, y entonces la enfermedad comienza con molestias anginosas, entre las cuales descuella el dolor faríngeo. Es esta forma notablemente peligrosa porque puede propagarse a la laringe y determinar una muerte rápida por edema de la glotis.

En los niños de pecho tiene la erisipela extraordinaria gravedad. También es más grave la erisipela que ataca en el curso de enfermedades graves constituidas; como en los tuberculosos, cancerosos, enfermos del riñón, del corazón y del hígado.

El diagnóstico de la erisipela es fácil. Siempre que se observa enrojecimiento, tumefacción y limitación marcada de los tejidos sanos inmediatos por el brillo y dolor de la parte enferma, así como por la tendencia al avance progresivo; la formación de vesículas más tarde, y se nota la pequeña lesión de la piel como punto de partida, no hay lugar a duda.

El pronóstico no es en general, desfavorable, a excepción de los casos de que ataque a individuos muy

debilitados. Es también grave en los alcohólicos, en los viejos y en los niños de pecho.

El tratamiento varía bastante. Pero ordinariamente debe tender a destruir los estreptococos de la piel; o impedir el progreso erisipelatoso, y a vigorizar las fuerzas del organismo. Suelen ser los medios más eficaces a veces, los más sencillos.

El Doctor Jochmann de Berlín recomienda tratar la erisipela por compresas frescas de subacetato de alúmina o de agua boricada cambiandolas frecuentemente. El subacetato de alúmina puede reemplazarse por una solución de sublimado al 1 por 1000, aunque no produce mejores efectos. También usan muchas pomadas de vaselina boricada especialmente para la cara.

En el XIV Congreso internacional de Medicina se presentó una Memoria por el Doctor Pérez Noguera de Madrid, en la que manifiesta los brillantes resultados obtenidos en los Hospitales militares de Madrid y Cuba, para destruir los estreptococos, por medio del ácido salicílico, empleado en la siguiente forma:

Cada tres o cuatro horas, según la gravedad del mal, se extiende con un pincel por la parte enferma y algunos centímetros de la porción sana que circunscribe la placa erisipelatosa, un linimento formado con cinco gramos de agua de rosas, 0,50 de glicerina y 10 de ácido salicílico, teniendo cuidado de agitar bien el frasco que contiene la mezcla antes de la aplicación.

Desde las primeras aplicaciones, la erisipela deja de extenderse, limitándose a la porción que ya había

invadido. Al día siguiente la fiebre desciende, la mancha roja toma un color más oscuro, próximo al violado, hasta desaparecer por completo; la piel que estuvo afecta, se descama; y la enfermedad cura en un periodo variable entre tres a seis días. El modo de obrar el medicamento es matando el agente específico, estreptococo de Fehleisen sobre el cual tiene, sin duda, acción especial el ácido salicílico.

Pueden sobrevenir con la erisipela algunas complicaciones.

En el caso de trastornos cardiacos de irregularidad o blandura de pulso puede darse la digalena en dosis de quince gotas dos o tres veces al día, y durante varios días; o la cafeína en inyección hipodérmica en solución al 20. En los casos de colapso se darán inyecciones de aceite alcanforado al 20, de las cuales pueden darse seis o más al día.

Para la cefalalgia se aplicará la bolsa de hielo; y en caso de dolores intensos la antipirina 0,50 asociada en un sello a 5 centigramos de cafeína. Se procurará por medio de enemas las deposiciones diarias. En el caso de fiebre muy alta, el baño general a 32° , como en la tifoidea.

El medio mejor y más radical para que la erisipela no se propague es el aislamiento de los enfermos. Es casi el único medio de impedir el contagio. Las personas que estén en contacto con ellos, es necesario que observen la limpieza más exquisita, sobre todo en la más perfecta desinfección de las manos, después de haberlos cuidado.

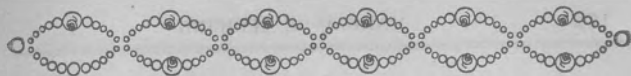
Debe, en primer término, evitarse la relación de

los erisipelatosos con las recién paridas y con los recién nacidos.

En las personas que padecen de erisipelas repetidas hay que evitar todas las causas ocasionales de esta enfermedad. Es necesario tratar y cuidar todas las lesiones cutáneas y los catarros nasales crónicos que dan con frecuencia lugar a la repetición de la erisipela.

En estas personas que sufren catarro nasal crónico se recomienda la introducción por la mañana y por la noche de un poco de *coldcream* o vaselina en las fosas nasales para evitar la formación de grietecillas.





CAPÍTULO XII

LEPRA (FA FUNG EN CHINA)

La lepra es otra enfermedad infecciosa y crónica, que desde remotísimos tiempos, viene atacando al género humano.

En muchos casos ocasiona graves mutilaciones, y casi siempre conduce a la muerte. El bacilo, causa de ella, fué descubierto por el Doctor Hansen.

Los documentos más antiguos de su existencia proceden de Palestina, de Egipto y de la India. Los griegos la llaman elefantíasis. En la edad media alcanzó gran desarrollo, habiendo habido gran número de leproserías.

En la India y en la China existe desde los comienzos de su historia; y de allí se ha trasmitido a las islas Asiáticas y a la Australia. El Doctor Sticker ha demostrado la presencia casi constante de los bacilos en la secreción nasal, y de ahí la deducción de que la lesión primitiva reside en ese sitio. Al toser, estornudar o hablar se proyectan bacilos. Yo les he visto en

1903 en el Laboratorio biológico del Hospital de Málaga. En la saliva se encuentran también cuando en la lengua o farínge hay nódulos. Igualmente se encuentran en las ulceraciones de la piel y mucosas. En la sangre se hallan incluídos en los glóbulos blancos.

El hombre es el único ser que padece y difunde la lepra. La suciedad, la miseria y las malas condiciones higiénicas favorecen su difusión. El sistema de aislamiento, puesto en práctica por todos los pueblos, prueba que siempre fué considerada como contagiosa; y el hombre como portador y difusor de la enfermedad.

Está comprobado que la lepra se transmite de persona a persona; pero entre la fecha posible del contagio y la aparición de la enfermedad, pueden pasar años. También puede transmitirse la enfermedad por el agua infectada.

Bajo el punto de vista clínico existen en la lepra tres formas:

Forma anestésica o nerviosa, poco o nada contagiosa.

Forma tuberculosa o nudosa.	}	Ambas especialmente peligrosas.
Forma mixta.		

La lepra tiene además de ciertos síntomas iniciales, un periodo prodrómico caracterizado por fiebre pasagera, cefalalgia, trastornos digestivos, dolores neurálgicos, manchas exantemáticas y prurito cutáneo.

A éstos siguen varios síntomas que pueden consi-

derarse como iniciales, tales como trastornos de sensibilidad forma hiperestésica prurito fuerte, enfriamientos, hormigueo de la planta de los pies y palma de las manos. En muchos casos cae el pelo. Hay frecuentes rinitis secas, acompañadas de hemorragias nasales, que pueden ser el primer síntoma de la existencia de la lepra. Como primeras manifestaciones visibles de la lepra, aparecen manchas en la piel, nódulos y vesículas, espresión de la infección general.

Muy precozmente enferman las mucosas, en especial la nasal y la laringea.

La lepra tuberculosa se presenta con nódulos en la piel, que dan al enfermo aspecto característico, precedidos muchas veces de eritemas o manchas del tamaño de lentejas, o menores, que se hacen más oscuras a medida que envejecen, y que muy a menudo van acompañadas de prurito y picazón, hiperestesia y descamación. En periodos posteriores se observan también zonas anestésicas y el crecimiento de los nódulos.

Casi siempre cae el pelo a los leprosos, así como la barba y el vello; y suele presentarse fiebre y dolores reumáticos. Los nódulos aparecen en primer término en la cara y extremidades lo mismo que en las mucosas, y especialmente en la nasal, faríngea y laringea.

La cara se transforma y se desfigura con la aparición de los nódulos, que suelen abundar en la frente cejas, barba, narices y orejas; y la dan la expresión designada con el nombre de *facies leontina*.

El lóbulo de la oreja y la punta de la nariz pue-

den desfigurarse mucho por la existencia de grandes nódulos. También al desaparecer estos, puede sobrevenir una atrófia de la piel que hace más rara la fisonomía del paciente, pues al mismo tiempo que se suelen infiltrar los párpados, desaparecen las pestañas. Los labios tumefactos se proyectan hacia afuera, y afuera y abajo el inferior. También se observa degeneración de las uñas.

Al cabo de algunos meses suelen ir desapareciendo los nódulos, en especial a beneficio de la cauterización; quedando entonces señal cicatricial, y a veces úlceras que curan, por lo regular, dejando mutilaciones, especialmente en las extremidades.

Los enfermos aquejan muchas veces dolores reumatoideos y cefalalgia, y también fiebre; y se sienten muy flojos por lo general.

La forma anestésica o nerviosa se caracteriza por trastornos tróficos y de sensibilidad, causados por alteración del sistema nervioso periférico, notándose también otras alteraciones leprosas en piel, mucosas y vísceras.

A veces, es muy difícil, y hasta imposible, la diferenciación de esta forma de la tuberculosa; pues en ambas se observan trastornos de sensibilidad.

La marcha de la forma anestésica es extraordinariamente lenta. Se aprecian también en ella alteraciones eritematosas, y erisipelatosas de la piel; pero son de curso más rápido y casi siempre simétricas.

En el principio de la lepra nerviosa es frecuente la fiebre con escalofríos, infarto de los ganglios e hiperestésia generalizada a piel y mucosas. El más

ligero contacto es doloroso, especialmente en las plantas de los piés, lo cual hace a veces, imposible la marcha. Uno de los síntomas más constantes son las neuralgias que atacan a los enfermos, en especial, por la noche, en las extremidades o cara.

El periodo anestésico de la lepra nerviosa aparece, ordinariamente en territorios correspondientes a las manchas, así como en las cicatrices del pénfigo leproso, que también se produce acompañado de fiebre elevada, dolores neurálgicos y vesículas con contenido amarillento; alternando a veces las zonas anestésicas con otras hiperestésicas.

Hay retardo frecuente en la sensibilidad térmica; y las picaduras de aguja se sienten con frecuencia tardíamente; pero con excesiva intensidad.

La lepra mixta se marca por la existencia de nódulos en la forma anestésica, o por el predominio de los síntomas nerviosos.

Las causas que ordinariamente causan la muerte en la lepra, son las complicaciones que sobrevienen, como pulmonía, gripe, septicémia, infecciones intestinales, y tuberculosis pulmonar, igualmente que la invasión de la laringe por la enfermedad.

La medida mejor, realmente la única, para dominar la lepra es el aislamiento más riguroso.

La lepra no tiene ningún medicamento seguramente eficaz. Parece que ninguno de cuantos se han ensayado ha logrado curarla por completo. En estos últimos años se han preconizado varios más o menos eficaces, tales como el aceite de Chaulmoogra, originario de Malaca y de la India inglesa que goza de anti-

gua reputación en China. Se administran al interior de quince a treinta gotas de este líquido, mezclado con polvos de regalíz o magnesia, o en cápsulas. También se suele dar en una taza de té y menta.

Se aumenta gradual y progresivamente; mientras hay tolerancia por parte del estómago, hasta las elevadas dosis diarias de 2, 3, 4 y 5 gramos. Es conveniente además dar una dosis de uno a tres gramos en enema, mezclado con leche.

Mezclado también ese aceite con manteca, constituye el *unguentum gynocardiae* de la farmacopea India, que se aplica en fricciones sobre las lesiones leprosas.

Según el Doctor Arzoon de Bombay, la forma tuberculosa podría modificarse por este tratamiento. El Doctor Brassac declara haber visto varios enfermos que después de haber usado el Chaulmoogra, han conservado durante varios años, una mejoría notable; pero a condición de la más rigurosa higiene. La forma anésthica o nerviosa parece ser refractaria a este medicamento.

El aceite de Chaulmoogra es, sin duda, uno de los mejores medicamentos empleados contra la lepra. También se han empleado los siguientes medicamentos:

La eleorosina de gurjunde, procedente de árboles de la familia de las dipterocárpicas, se emplea mezclada con agua de cal en la proporción de 1 a 3, formando una mixtura que toma la consistencia de la manteca india. Se administra al interior a la dosis de 14 gramos mañana y tarde; y se emplea en friccio-

nes prolongadas, (de dos horas). Parece que los tubérculos leprosos pueden desaparecer. Pero su acción útil es más manifiesta en la forma anestésica, en la cual se observa, a veces, mejorías inesperadas, tal vez curaciones. El linimento de gurgunde no produce nunca vesicación ni dolor.

El Hoang-nan es una liana de la familia de las loganiáceas. Su aplicación al tratamiento de la lepra ha sido vulgarizada por los misioneros del Tonquín y bien estudiada por el Doctor Brassac, que la empleaba con la siguiente fórmula:

Hoag-nan en polvo fino, 4 gramos.

Rejalgar, 2 gramos.

Alumbre, 2 gramos.

Mézclese para cuarenta píldoras. Para tomar una mañana y tarde; y aumentar progresivamente hasta llegar a 7 por la mañana y 7 por la tarde. Los enfermos experimentan una especie de escitación general que a veces llega al trismus (1), en cuyo momento debe suspenderse el remedio. La infiltración leprosa de las vías respiratorias, se modifica de una manera muy favorable. La estricnina es uno de los elementos constitutivos del Hoag-nan.

Como paliativos sintomáticos, se emplean también otros medios, tales como cauterizar los nódulos con nitrato de plata, sulfato de cobre, zinc y yodo; y aún mejor recurrir a los baños generales fenicados y des-

(1) Contracción tetánica de las mandíbulas.

infectantes, limpieza y una higiene severa y una alimentación sustanciosa y nutritiva.

De un notable artículo publicado por el reputado Doctor Bejarano en la revista Archivos de Medicina de Madrid, tomamos los siguientes datos:

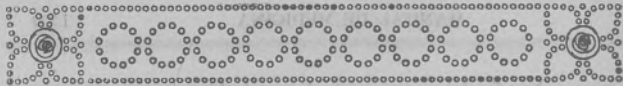
Simultáneamente con el Chaulmoogra se emplea el Eparseno que es la base del 606. Se emplea por vía intramuscular; y la técnica que parece más conveniente es poner dos inyecciones semanales de a centímetro cúbico, hasta llegar a los dos y medio centímetros cúbicos, y sin pasar de ahí. Este es el método empleado por el Doctor Bejarano, que halla peligrosa la técnica del Doctor Aschoff que recomienda una inyección diaria.

En el tratamiento de la lepra por el Eparseno hay que distinguir la fase de empeoramiento de los síntomas; empeoramiento aparente según el Doctor Valiña. Los enfermos se ponen extraordinariamente peor, con grandes reacciones focales y ataques fébriles intensos que les obligan a recluírse en cama. Se exacerban las lesiones mucosas y ulcerosas y el enfermo aprecia la sensación de muerte, negándose muchos a seguir el tratamiento.

Esta fase que puede imponer un poco al médico coincide con la primera serie de cinco inyecciones. Va pasando, y se llega al periodo llamado de reducción de los síntomas, en que el enfermo se encuentra mejor, y luego viene un tercer periodo de curación clínica. Dice el Doctor Bejarano que ninguno de sus enfermos llegó a este periodo, pero sí al segundo. El primero constituye casi siempre un grave inconve-

niente. Y añade que considera al Eparseno como el antileproso más poderoso. También el Doctor Peiry sigue en España con atención la acción del salvarsán en la lepra. Pero aunque útil, se consigue, como con los demás remedios, poco. El Eparseno es más eficaz, estando advertidos médico y enfermo del empeoramiento de los síntomas, y se tenga constancia para seguir el tratamiento.





CAPÍTULO XIII

SARAMPIÓN

El sarampión es una enfermedad que se produce por un agente contagioso desconocido que existe en las secreciones pulmonar, nasal y lagrimal, y se retiene en la atmósfera y los vestidos desde donde se propaga también. Puede atacar en todas las edades, aunque es más frecuente en la niñez.

El padecer una vez el sarampión proporciona ordinariamente inmunidad para toda la vida; aunque alguna vez pueda repetir.

El contagio puede verificarse desde la aparición de los primeros síntomas, o sea desde antes de la presentación del exantema; y el periodo de mayor peligro y facilidad de contagio es en los periodos prodrómico y de erupción.

Síntomas.—Fuera de las complicaciones especiales que pueden sobrevenir, y que modifiquen más o menos la sintomatología, los fenómenos del periodo *prodrómico* se caracterizan por un violento catarro fébril de la conjuntiva al cual acompaña fiebre alta de 39° o más grados, frecuencia de pulso, dolor de cabe-

za (cefalalgia frontal), estado saburral de las vías digestivas, vómitos, sueño intranquilo, y en los niños, a veces, convulsiones. El catarro no se limita a la conjuntiva ocular sino que invade la mucosa pituitaria, manifestándose por un coriza intenso acompañado de frecuentes estornudos que producen muchas veces epístaxis. Al mismo tiempo, es invadida también la mucosa bronquial y laríngea; presentándose la voz velada, ronca, con tos seca, áspera y muchas veces crupal. Todos estos síntomas suelen durar unos tres o cuatro días, al cabo de los cuales, se entra en el periodo de *erupción*, caracterizándose por la aparición de manchas rosadas en la piel de la cara, que, al cabo de las veinte y cuatro horas se elevan, constituyéndose verdaderas pápulas muy parecidas a las con que se inicia la pústula variólica.

En el término de veinte y cuatro a treinta y seis horas suele llenarse la piel por completo, aunque muchas veces suele hacerse más despacio, tardando tres días en completarse la erupción, pudiendo observarse la palidez de las primeras pintas al presentarse las últimas.

Durante este periodo se acentúan los trastornos generales; alcanza el exantema su máximo de intensidad, y se estaciona durante 24 horas, (periodo de *estadio*, o tercero), empezando a descender.

En esta última fase que corresponde al 8.º o 9.º día de enfermedad, las pintas se disipan completamente; la piel queda teñida en el espacio que ocuparon estas, por descamación (cuarto periodo descamativo) furfurácea de la epidermis, sobre todo en la cara.

La fiebre desaparece y el estado catarral de las mucosas se mitiga, excepto la hiperemia bronquial y laríngea, que se manifiesta por una tos pertinaz que dura mucho tiempo, después de entrar los enfermos en convalecencia.

En el sarampión suelen presentarse formas anómalas: La más frecuente es la nerviosa; y después la hemorrágica.

La primera suele aparecer unas veces desde el primer periodo, en especial en los niños, por vómitos, convulsiones repetidas, por gran elevación de temperatura, y por un retardo considerable en la presentación del exantema. Otras veces acaece dentro del período de erupción.

La forma hemorrágica se marca por hemorragias de la piel, por manchas de púrpura, no de tanto peligro para el enfermo como cuando la extravasación sanguínea se generaliza manifestándose por epistaxis frecuentes, hematuria, metrorragias, y hemorragias intestinales que le debilitan y conducen a la muerte dentro de un estado adinámico y tífico.

En cualquiera de los periodos pueden aparecer complicaciones tales como la laringitis estridulosa o falso crup, las epistaxis más o menos abundantes, la bronquitis capilar, la pneumonia lobar, y el catarro sofocante que es una de las más temibles.

Puede hacerse un diagnóstico errado; pero el error desaparece luego por la aparición de las manchas.

El pronóstico de esta enfermedad, fuera de las complicaciones y formas análogas que pueden ocu-

rrir, es, en general, benigno, y curable en la mayor parte de los casos.

Y como es enfermedad que no tiene remedio específico alguno, muchos médicos se deciden fuera de las formas anómalas y complicadas, por una observación prudente y un régimen expectante; atendiendo a los cuidados higiénicos, bebidas demulcentes y aromáticas, tales como las flores de malva, borraja, tila, luisa, donde se pongan algunas gotas de amoniaco para activar las funciones de la piel, los jarabes balsámicos, que también pueden añadirse a ello, la dieta y el abrigo moderado. Las gotas pueden ser de licor amoniacal anisado, en lugar de amoniaco.

La complicación más terrible es la bronco-pneumonia; aunque también son de muy mal pronóstico los casos de crup-diftérico. Por eso indicaremos algún medio de tratamiento para estos casos, lo mismo que para alguno de los anómalos o complicados con fiebre alta.

Ante todo, es necesario procurar una buena ventilación de la alcoba, manteniendo a los enfermos en la cama constantemente durante el periodo fébril; y no debe permitirseles levantarse hasta tres semanas después de la fiebre, porque antes es peligroso por las complicaciones que pueden ocurrir; ni salir al exterior hasta que pasen cuatro. Es muy fácil y peligroso, durante la convalecencia, el enfriamiento. Por esa razón, la ventilación de la habitación, necesaria como es, es preciso hacerla con precauciones. El medio mejor para ello, es poner la cama del enfermo retirada de la ventana, y dejar abiertas las ventanas de

las habitaciones próximas. El aire debe hacerse húmedo hirviendo agua y manteniendo el suelo húmedo por medio de pulverizaciones.

Es necesario también quitar el polvo de la habitación por medio de paños húmedos; y conviene, a ser posible, tener templada la habitación, que debe estar a media luz porque no moleste los ojos irritados del enfermo.

La alimentación será líquida; mientras tenga fiebre; será de leche y caldos; después, de sopa, huevos, purés y carnes picadas. Beberá infusión de tila, té en infusión ligera o leche fría. Y si hay estreñimiento podrá usar los enemas de agua y aceite; pero no purgantes. Si hay diarrea, se empleará el cacao de bellotas, las sopas de sémola y tapioca, el vino tinto aguada y el agua de arroz; y en caso de necesitarse algún medicamento se dará el bismuto o el tanígeno.

Se lavarán frecuentemente los ojos del enfermo con agua templada hervida o con la infusión de manzanilla boricada caliente. Y en el caso de mucha irritación de las conjuntivas se instilará tres o cuatro veces al día una o dos gotas de una solución de 10 a 15 centigramos de sulfato de zinc por 100 gramos de agua destilada. En la blefaritis ciliar con formación de costras en los bordes palpebrales se les tocará con lanolina o una pomada ligera de precipitado amarillo en lanolina o vaselina. En las rinitis convienen las inhalaciones de vapores calientes húmedos; la instilación de agua oxigenada al 1 o 2 por $\%$, o de solución boricada al 2 o 3 por $\%$. Se limpiará la secreción nasal; y en el caso de grietas a la entrada de las fosas

nasales, se aplicará en ellas pomada de zinc. La pomada de precipitado amarillo puede formularse así:

De óxido amarillo* de mercurio, 50 centigramos.

Vaselina, 15 gramos.

Mézclese para untar por la noche con un pincel el borde los párpados.

La pomada de zinc se formulará así:

De óxido de zinc, 1 gramo.

Vaselina, 20 gramos.

Mézclese.

Se cuidará muy especialmente de los lavados de boca. Después de las comidas, en particular, se lavarán la boca con agua boricada lo mismo que también se harán gargarismos.

Si no hay posibilidad de emplear el baño, se hará un lavado diario con agua caliente a todo el cuerpo. Y al entrar en convalecencia y reunirse con otras personas, será muy conveniente que tome un par de baños y cambie y mude las ropas.

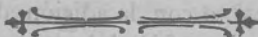
Si sobreviene la complicación más terrible que es bronco-pneumonía, es la hidroterapia donde se hallará el medio más seguro y eficaz de combatirla, de dos maneras: con el baño general con enfriamiento moderado del agua, o con la envoltura húmeda y fresca. Es preferible el primer medio. Se emplean baños diarios a treinta grados centígrados con afusiones frescas de 25° o con la adición de agua fresca a la del baño para ir enfriándola.

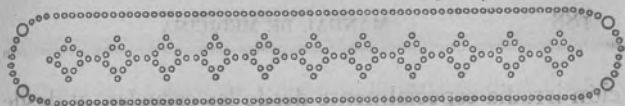
La envoltura húmeda puede aplicarse durante el día empleando un lienzo sumergido en agua fría que rodee el cuerpo, y se coloca sobre él una manta de lana dejando así a los enfermos de media a una hora o más con los brazos libres. También puede añadirse mostaza molida al agua en proporción de medio kilo por cada dos litros de agua, cuidando de agitarlo en seguida. En esta agua se introduce la sabana y se procede igual que con la mojada sin mostaza, con la diferencia de no tenerla aplicada más que quince a veinte minutos. Después de ella, debe darse un baño caliente con afusiones frescas.

Pueden también recomendarse varios espectorantes que contengan, por ejemplo en 150 gramos de infusión de polígala, 2 gramos de cloruro amónico, 2 gramos de extracto de regaliz y 5 a 6 gotas de licor amoniacal-anisado, para tomar una cucharada cada dos horas.

En la bronco-pneumonía hay que atender sobre todo al corazón, vigilando la actividad cardiaca, administrando pronto los tónicos del corazón, tales como café cargado, té, champagne, digital, cafeína &., cuando se note la depresión o irregularidad en la marcha del corazón.

Mientras la fiebre no suba de 40° , es mejor respetarla. Si pasa de 40° con síntomas graves, como pérdida del conocimiento, delirio, &., debe combatirse por medio de la hidroterapia como hemos dicho atrás: por el baño.





CAPÍTULO XIV

ESCARLATINA

El célebre Doctor Sidenham fué quien fundándose en las observaciones de la epidemia de Londres de 1661 y de la siguiente, estableció su síndrome y gravedad. La escarlatina o fiebre purpurada, es una enfermedad contagiosa, caracterizada por una erupción de anchas placas, de color rojo escarlata, acompañada casi siempre de síntomas generales, más o menos intensos, y de una intensa congestión de la mucosa del istmo de las fauces. Se cree que sea producida por un microorganismo o por su toxina, aunque hasta la fecha sea desconocido. Su etiología es pues, tan oscura como la del sarampión; y su contagio se verifica por difusión.

Desde la edad de 2 años a los 20 ataca en la misma proporción a los dos sexos. Pasada esta edad, es más frecuente en la muger. Ataca igualmente en todas las estaciones del año, aunque menudeen más los casos en la primavera y otoño.

El contagio puede transmitirse por los sujetos sanos, por los enfermos, por los vestidos. La infec-

ción irradia especialmente desde las escuelas, y desde todos los establecimientos donde concurren muchos niños. También los médicos y enfermeros pueden ser portadores de la enfermedad.

La época más favorable para adquirirla puede ser la comprendida entre dos y cinco años. Antes del año es muy rara; después de los cuarenta y cinco, rarísima.

La escarlatina no epidémica puede considerarse como común y frecuente en todas las estaciones, aunque es más frecuente en primavera y otoño sobre todo cuando ataca epidémicamente.

Su evolución se verifica marcándose bien sus tres períodos de invasión, erupción y descamación.

El periodo de invasión se inicia por un fuerte escalofrío, cefalalgia y fiebre intensa que puede alcanzar hasta los 40° y $40^{\circ},5$, de tipo subcontinuo, por náuseas, vómitos y diarrea, y por fin, por la angina con su rubicundez punteada y sus infartos glandulares. Puede durar este periodo de 12 a 36 horas.

El segundo periodo está caracterizado por la erupción que a veces es tan ligera y fugaz que puede pasar desapercibida. Invade primero el cuello, el tronco y las articulaciones, creciendo durante dos días. Apesar de las formas anatómicas, que puede revestir la erupción, en la mayoría de los casos se observa solo la rubicundez intensa, que cede, después de estar un día estacionada, por disminución gradual.

El catarro faringo-lingual sufre también sus transformaciones, adquiriendo, a veces, un estado extremo de agudeza, y dando lugar a una exudación mucosa

abundante de aspecto pultáceo (angina pultácea) donde se encuentran glóbulos purulentos y epitelios, que suelen durar hasta terminar el estadio de erupción. La descamación que constituye el tercer período, dura de ocho a quince días y se efectúa por desprendimientos epidérmicos de carácter pulverulento, pero de escamas muy parecidas a las del último período del eczema.

La escarlatina puede hacerse maligna y tomar la forma nerviosa, la tífica, la hemorrágica, la gastro-intestinal o la sincopal. Y todas ellas se distinguen por caracteres especiales.

La forma nerviosa ya desde los pródromos va acompañada de ansiedad precordial, dispnea y fiebre alta, siendo, por lo regular, la erupción rudimentaria y fugaz, con cierto carácter erisipelatoso, convulsiones y delirio. Es ordinariamente mortal. Otras veces toma el tipo fulminante siendo la fiebre extrema, con gran agitación y delirio y los enfermos sucumben en dos o tres días.

La forma tífica suele ser frecuente en los jóvenes de quince a veinte años.

Se puede dominar bastante bien. Dura hasta el período de descamación, y sus síntomas, aparte de la erupción propia, son los de la tifoidea común.

La forma hemorrágica está caracterizada por extravasaciones sanguíneas intersticiales de la piel, epístaxis y hematurias que pueden poner al enfermo en peligro. Es poco frecuente.

La forma gastro-intestinal debida a una inflamación catarral aguda de la mucosa gastro-intestinal se

presenta con vómitos y diarrea, tomando a veces la piel un tinte azulado, acompañado de algidez que termina con la vida, del tercero al cuarto día, por lo regular.

La forma sincopal, variedad muy rara, termina con la vida en medio de síncope y lipotimias.

La escarlatina presenta a veces complicaciones muy temibles, localizadas, que suelen aparecer escalonadas. Una de las más frecuentes es la gangrena y difteria de la faringe. Esta última es común en los niños y suele tener, como signo muy seguro y cierto, el coriza nasal.

El exámen de la faringe debe hacerse siempre en la seguridad que dará a conocer la complicación grave representada por pequeñas placas blanquecinas de color blanco sucio sobre ambas amígdalas que van estendiéndose, transformándose más tarde en escaras, que recubren úlceras de mal aspecto, exhalan una secreción espesa amarillenta de muy mal olor. Esta complicación suele presentarse al octavo día; y la mayoría de las veces es incurable por razón de sus síntomas generales, pues la temperatura se eleva a más de 40° , y el pulso es pequeño y frecuente, oscilando entre 140 y 160 pulsaciones, dando lugar a la adinamia.

Después del duodécimo día puede presentarse la supuración de los ganglios linfáticos, las parotiditis, el flemón difuso, y las úlceras gangrenosas de la piel.

También parece un hecho que el veneno escarlatiniforme produce frecuentemente trastornos en el aparato urinario, como son fluxiones ligeras o infla-

maciones profundas; alteración que suele producir la albuminuria, el anasarca, las dispneas comatosas y la uremia que aparecen al empezar la convalecencia por ligeros fenómenos fébriles seguidos de hinchazones edematosas de la cara donde suele permanecer, y luego generalizarse, en corto tiempo, por todo el cuerpo.

Para fijar el diagnóstico de la escarlatina es preciso atender más a los síntomas generales que a la erupción misma fácil de confundir con el rash o erupción que sobreviene al principio de la viruela, o con otras erupciones. Pero estas dudas desaparecen cuando se observa su rápida presentación, el máximo del grado térmico que existe desde el primer día, la marcha subcontinua de la fiebre, los infartos ganglionares y la angina, síntomas que faltan en los otros casos.

La gravedad se halla en relación con la intensidad del proceso morbozo y con la forma maligna o benigna de la constitución médica reinante.

Tratamiento.—Si la escarlatina tiene un curso regular, y no presenta tendencia a complicarse, el mejor tratamiento es la *espectación*; principio aplicable a todos los exantemas. Si la fiebre es moderada, y no hay tendencia a pasar a la forma nerviosa o tifoidea, las bebidas calientes y el abrigo moderado serán suficientes para ir llevando el tratamiento. Pero si la temperatura es muy elevada, será necesario contrarrestarla con el acónito y la digital, el sulfato de quinina, el alcohol, y mejor por medio de las afusiones frías que dan excelentes resultados; y pueden llevarse

a cabo con esponjas empapadas en agua a la temperatura de 26° a 30° centígrados. A esta agua se puede adicionar vinagre común o aromático al 15 o 20 por $\%$. Después de las fricciones que podrán repetirse varias veces en las 24 horas se procurará que transpire el enfermo; y la temperatura baja considerablemente.

El almizcle, el acetato de amoniaco y el eter dan buen resultado en las formas graves con delirio, empleando al mismo tiempo los tónicos y los alcoholes.

Las complicaciones locales deben tratarse por los medios ordinarios, tocando las amígdalas, si hay falsas membranas diftericas, con soluciones concentradas de nitrato de plata, ácido crómico o alumbre, alternando con lavatorios desinfectantes, tanto en la faringe y cámara posterior de la boca, como en la cavidad nasal.

En las anginas gangrenosas y en las ulceraciones consecutivas suele emplearse el coaltar saponificado de Lebœuf con buen resultado, pues limpia y deterge en pocos días la superficie procurando la cicatrización. Los flemones y supuraciones glandulares deben curarse por el método antiséptico. La nefritis y albuminuria no exigen medicación que difiera del tratamiento común.

Contra los edemas y anasarca deben emplearse los diaforéticos, baños y duchas de vapor. Entre los diaforéticos se usará el jaborandi, o sea la infusión de sus hojas.

El tratamiento profiláctico consistirá en aislar los

enfermos durante toda la enfermedad para impedir el desarrollo de focos.

La afusión fría se aplicará del modo siguiente: Se tiende al enfermo desnudo en una bañera y se vierten sobre su cuerpo tres o cuatro cubos de agua fría a la temperatura de 20° a 22° en el adulto, o de 22° a 25° en el adolescente, o de 25° a 30° en los niños. La afusión debe durar de un cuarto de minuto a un minuto, a lo más. Después se envuelve al enfermo en una sabana y una manta de lana y se le acuesta sin secarle. Puede usarse más de una vez al día. Es el mejor medio, lo mismo que el baño, como en la tifoidea, porque la medicación por la quinina, el acónito, la antipirina y la digital tienen inconvenientes serios muchas veces. Para la afusión también se puede emplear la esponja.

El almizcle en los casos de delirio no debe emplearse en dosis de más de un gramo diario. Puede distribuirse en diez píldoras, y darse una cada hora. Si a las ocho o diez píldoras no remite el delirio puede y debe abandonarse el medicamento.

El coaltar saponificado que puede usarse, puro o diluido, en lociones, lavados e irrigaciones y solo externamente es una emulsión de coaltar cuya composición es la siguiente:

Coaltar, 20 gramos.

Tintura de quillay (leño de Panamá), 150 gramos.

Agua, 100 gramos.

Mézclese.

Parece que muy recientemente el Doctor Blake de los Estados Unidos ha descubierto un suero contra la escarlatina que produce admirables resultados dentro de las 24 horas de su aplicación. De 72 casos en que se ha aplicado, 29 gravísimos, ni uno solo ha fallado. Sigue aplicándose y observándose su acción en los hospitales de Nueva-York y Massachussetts.





CAPÍTULO XV

VARICELA, VARIOLOIDE Y VIRUELA

Incluimos las tres en este capítulo porque muchos dermatólogos las han considerado idénticas, tomando a la varicela por la fórmula más benigna, o el grado más leve de la enfermedad variólica.

Y aunque las ideas en favor de la unidad del principio contagioso se hayan defendido, no solo en la antigüedad, sino en nuestros tiempos, parece que hay diferencias notables entre ellas, tanto en la estructura de sus lesiones, como en su sintomatología. Prescindiremos de aquellas y nos ocuparemos brevemente de estas.

El acceso inicial fébril de la viruela discreta, llamado fiebre de invasión, dura por lo regular, tres días; apareciendo en el cuarto la erupción característica; y en la viruela confluyente dura dos días, presentándose la erupción en el tercero.

En la varicela la fiebre aparece por accesos separados por verdaderas llamaradas que se presentan durante la noche; a veces con violencia, para ceder

durante el día; apareciendo en cada uno nuevas manchas congestivas que se convierten en vesículas.

Regularmente estas acciones se repiten cuatro o cinco noches seguidas; tiempo suficiente para que la erupción se estienda por toda la superficie de la piel.

Vemos, pues, que la fiebre en la varicela no se parece, en su marcha, a la de la viruela; porque en esta es continua hasta que brota la erupción, siguiendo después, con más o menos intensidad, durante sus distintos periodos.

La fiebre cesa en la varicela enseguida que la erupción se ha completado y ha recorrido todos sus periodos, desde la mancha hasta la formación vesiculosa; y todo lo hace en el corto periodo de ocho a diez horas, llegando al término de desecación al cuarto día, sin que el estado general de los enfermos sea turbado en nada; y terminando todo en el séptimo día de su enfermedad.

La varicela ataca de preferencia a los niños, por lo regular antes de los diez años, y se presenta, por lo común en forma epidémica, lo mismo que la viruela, y en distintas épocas del año, sin que la vacuna, que inmuniza contra la viruela, sirva para nada en la varicela.

No es pues fácil confundir la varicela, enfermedad eruptiva de tipo vesicular y ampolloso con la vario-loide y la viruela, constituídas por formas pustulosas.

La varicela sifilítica suele ir acompañada en algunos casos de fiebre y por eso han podido confundirse alguna vez, pero se diferencian en primer lugar, por la edad de los que la padecen, los cuales se encuen-

tran fuera de la acción en que se presenta la varicela y las vesículas son umbilicadas y rodeadas de una aureola cobriza, empleándose en su resolución mucho tiempo, porque se presentan por brotes sucesivos.

La varicela es enfermedad benigna que termina por la curación sin dar grandes molestias a los enfermos en los 8 a 15 días que dura.

El tratamiento en ella debe ser expectante; colocando al enfermo en las mejores condiciones higiénicas; y basta eso para la curación. Casi nunca es necesario apelar a medicamentos.

En los casos en que las accesiones fébriles fuesen demasiado intensas, se podrá rebajar la fiebre, bien con el alcoholaturo de acónito, usado en la forma que ahora diremos, bien con el bromuro potásico con el fin de modificar algo la tensión arterial. En los niños de uno a tres años es preferible usar el bromuro, por ser menos peligrosos sus efectos que el uso del acónito.

1.^a fórmula: De alcoholaturo de acónito, 1 gramo.

Jarabe de violeta o simple, 120 gramos.

Mézclese para tomar a cucharaditas de café, una cada tres horas.

2.^a fórmula: De bromuro potásico, 4 gramos.

De agua destilada, 200 gramos.

De jarabe simple, 100 gramos.

Mézclese para tomar una cucharada mañana y tarde.

El tratamiento de la varicela sifilítica es largo. Se continuará durante varios meses haciendo tomar al enfermo cada día una pildora con arreglo a la receta siguiente:

De protoyoduro de mercurio, 3 centigramos.

De extracto de opio, 1 milígramo.

De extracto de genciana, 10 centigramos.

Mézclese y hágase una pildora. Repítanse varias.

VIRUELA Y VARIOLOIDE.—Viruela confluyente y viruela discreta.

La viruela es una terrible enfermedad que en diferentes épocas ha causado estragos espantosos; enfermedad terrible por su aspecto, y aún más terrible por sus efectos. Por eso, nunca agradecerá bastante la humanidad al Profesor Jenner su descubrimiento de la vacuna, que ha llegado a anular aquellos por su virtud preservadora.

Reviste dos formas principales: la confluyente y la discreta. Es de gran importancia distinguir estas formas, porque la viruela discreta está casi siempre exenta de peligro, y la confluyente por el contrario, mata a la mayor parte de los individuos a quienes ataca.

Su marcha y terminación son tan diferentes en ambas y los fenómenos que las caracterizan tan marcados, que es de la mayor importancia estudiarlas por separado, teniendo en cuenta que en ambas su marcha puede ser normal o anómala.

Ambas formas presentan cuatro periodos bien

caracterizados, que son invasión, erupción, supuración y desecación; y en ambas se puede distinguir también un periodo de incubación que suele durar de ocho a once días.

Empecemos ocupándonos de la forma discreta, aunque haciendo al paso, alguna comparación con la confluyente; siguiendo en su descripción al gran clínico Doctor Trousseau.

El periodo de invasión está caracterizado por un escalofrío violento, o por varios, interrumpidos por llamaradas de calor. A los escalofríos siguen sudores, que no cesan antes del octavo día, y que son un síntoma esencial en el adulto. En el niño pasan las cosas de otro modo. Esta transpiración que aparece con el primer acceso de fiebre, que no puede ser contenida con nada, y que se sostiene aunque no esten abrigados los enfermos, y no cesa hasta el periodo de supuración, continúa aún después de apagada la fiebre, aún después de verificada la erupción variólica, y parece servir como de auxilio y alivio a la gran manifestación cutánea del mal, cuyo rigor disminuye.

En la viruela confluyente falta, de ordinario, esa propensión a la diaforesis.

Este periodo de invasión se caracteriza también, en la viruela discreta, por las ganas de vomitar y por los vómitos, cuya falta es rarísima.

Otro síntoma importante, y que tampoco casi nunca falta, es el estreñimiento que persiste durante todo el curso de la enfermedad.

Algunas veces, sin embargo, hay diarrea.

En los niños no aparece el estreñimiento, tenien-

do por el contrario frecuentemente diarrea; y además tendencia al sueño, accesos convulsivos, más frecuentes en esta enfermedad que en el sarampión y en la escarlatina; y que son, por lo regular, síntomas de mucha gravedad, que pueden causar la muerte al niño, aún antes que aparezca la erupción.

Al mismo tiempo que los escalofríos, los sudores, la fiebre y los vómitos, sobreviene otro síntoma de gran importancia: el *dolor lumbar*, o raquialgia que casi nunca falta, y que no se manifiesta igual, más que en otra enfermedad infecciosa, que es la fiebre amarilla.

No es este dolor un dolor muscular, sino un dolor medular, como lo comprueba el hecho de quejarse los enfermos de entorpecimientos dolorosos en los miembros inferiores, que llega a veces hasta la parálisis, que afecta, en ocasiones, hasta la vegiga de la orina. Ordinariamente es fugaz, y no suele persistir más allá del noveno o décimo día, y cede espontáneamente al aparecer la erupción. Raras veces persiste hasta la convalecencia.

En resumen: el periodo de invasión está caracterizado por los escalofríos, calor vivo y sudores abundantes; por las ganas de vomitar y el estreñimiento; por trastornos nerviosos, como las convulsiones, en los niños; los dolores generales, y principalmente, los dolores lumbares, a los que se une frecuentemente la parálisis de las extremidades inferiores, y alguna vez la de la vegiga.

El ciclo térmico marca desde el primero o segundo día, de 40°,5 a 41° o algo más; y esta temperatura

sufre pocas variaciones hasta el tercero o cuarto día que la piel empieza a hiperemiarse, apareciendo ligeros exantemas (1) en los sitios que, más tarde, han de ocupar las pústulas. Estos exantemas son a lo que los ingleses llaman *variolous rash*.

Ya hemos dicho que este periodo es algunas veces, aunque raras, tan ligero y la viruela que ha de aparecer, tan benigna, que la erupción se presenta sin aparato fébril, siendo las pústulas su única manifestación; o si hay fiebre, es tan ligera, que pasa inadvertida.

El periodo de invasión dura, en la viruela discreta, tres días, y a veces, solo dos. Y la gravedad de la enfermedad esta en relación con ello.

Al cabo de esos días empieza a aparecer la erupción, entrando la enfermedad en el segundo periodo.

Pero cuando la fiebre de invasión es más intensa, más prolongado el escalofrío, más fuertes los dolores lumbares, más pronunciada la parálisis de las extremidades inferiores y de la vegiga, más pertinaces los vómitos; cuando no existe transpiración abundante, y la erupción se adelanta al final del segundo día o al tercero, se juzgará que la viruela va a ser confluyente.

Sin embargo, en algún caso grave de viruela confluyente se retarda la aparición de la erupción.

En la viruela confluyente se observa, con gran frecuencia, la diarrea que suele durar hasta el cuarto y

(1) Nombre común que se da a todas las erupciones que aparecen en la piel o en las mucosas.

quinto día y aún más, reemplazando, en la primera edad, a la salivación, síntoma capital de la viruela confluyente en el adulto.

En la viruela discreta, al aparecer la erupción, desaparece la fiebre; hasta el punto de no experimentar el enfermo malestar ninguno; pero en la confluyente no se modera en lo más mínimo; y no solo persiste, sino aumenta hasta el día octavo; y aún a veces, sigue aumentando hasta el 10°, 11°, 12° y 13°.

No se hallan pues en la viruela confluyente, como sucede en la varioloide o viruela discreta, forma en que ataca a los vacunados, aquellos periodos de fiebre inicial que duran del primero al cuarto día, y de fiebre de supuración que vuelven del octavo al décimo. Aquí es continua la fiebre desde el principio de la enfermedad hasta el final del segundo septenario, y aún a veces más allá; y apenas baja 1° durante cada 24 horas; y al llegar la supuración de las pústulas puede llegar aún y pasar de 41° la temperatura. Además, la viruela confluyente está caracterizada por tres grandes fenómenos, que nunca se presentan en la discreta; o si alguna vez se presentan, son apenas perceptibles; que son: la salivación, la tumefacción de la cara y la hinchazón de piés y manos.

La erupción se presenta en la viruela confluyente como hemos dicho, en fin del segundo o principio del tercer día de enfermedad, apareciendo en el rostro un enrojecimiento que se marca más al día siguiente. Pero hasta el tercer día de enfermedad, no se ven aparecer prominencias o pápulas en la cara y otras partes del cuerpo.

En el rostro no dejan entre si espacio alguno estas pápulas; pues si se pasa la mano por él, apenas se notan desigualdades.

Hacia el quinto día, y séptimo de enfermedad, aumenta la prominencia de ellas, y se empieza a hacer general la tumefacción de la cara. La epidermis es levantada por una secrección blancuzca, y al siguiente día se ven capas epidérmicas análogas a las producidas por un vegigatorio.

A veces es tan general esta vesicación que parece cubierto el rostro por una máscara de papel gris blanquecino. Es este el signo patonogmónico de la viruela confluyente; signo que jamás se encuentra en la discreta, a no ser en puntos muy limitados, y en aquellos casos en que siendo coherentes las pústulas, forman chapas aisladas. La tumefacción de la cara crece y llega a su máximum al fin del noveno día; y empieza a decaer al undécimo. La cabeza y cara estan muy hinchadas; tanto o más que en la erisipela; y los enfermos suelen estar cinco o seis días sin poder abrir los ojos.

La erupción invade, a veces, la conjuntiva y la córnea, dando lugar a oftalmias que llegan a menudo, hasta acarrear la pérdida de la vista.

Carácter marcado de la erupción variólica confluyente es el levantamiento de toda la epidermis, ocasionado por la confusión general de las pústulas, que llega hasta hacer que la superficie de la piel se convierta en una inmensa flictena. Hacia el dia once, y no al octavo, como sucede en la viruela discreta, se vuelve amarilla esta flictena; empieza a arrugarse, y

exhala una fetidez repugnante; carácter que no se produce nunca en la viruela discreta.

Desde el primero o segundo día de la erupción, es atacado el enfermo de salivación, que aumenta en los días sucesivos, hasta hacerse abundantísima hacia el octavo o noveno día de enfermedad, y provocar, como es consiguiente, por efecto de tan enorme pérdida, una sed inestinguible.

Al mismo tiempo se presentan pústulas en la boca y faringe, e inflamación que se propaga, a veces a la laringe, produciendo tos y ronquera.

Hacia el día diez u once empiezan a disminuir la salivación y la hinchazón de la cara; y se presenta la hinchazón de las manos y piés, síntomas cuya falta es de muy mal agüero en la viruela. La expresada hinchazón se anuncia por un fuerte dolor que aparece entre el día nueve y diez, y continúa aumentando hasta el trece o catorce en que cesan la hinchazón y el dolor.

Esta hinchazón, lo mismo que el abultamiento de la cara, depende de la maduración de las pústulas; siendo el de los piés y manos de tanta importancia y significación, que cuando falta, suelen sucumbir los enfermos; a menos que se presente una derivación importante, como es la diarrea, que en este caso es tan ventajosa, como terrible en los primeros días de la enfermedad; como también son temibles, otros fenómenos de orden nervioso tales como la agitación y delirio violentos, que son ordinariamente signos de pronóstico muy grave.

Hacia el día doce o trece de la erupción exhala el

enfermo una fetidez sumamente molesta e insoportable, procedente del pus que sale de las pústulas; y a este pus putrefacto son debidos sin duda, por su reabsorción, las graves complicaciones que suelen sobrevenir.

Hacia el tercer septenario de la enfermedad, cesa el delirio, aunque persiste la fiebre, que dura ordinariamente hasta el día veinte y uno o veinte y dos; y que es debida a la inflamación de la piel cubierta de pústulas ulceradas que dan lugar a cicatrices indelebles.

Después de la caída de las costras, hacia la cuarta semana se presentan, a veces, forúnculos, ordinariamente numerosos y dolorosos, que pueden durar dos o más semanas, y hasta dos y más meses.

También suelen presentarse abscesos en los miembros que llegan a tomar aspecto grave y duran tanto o más que los forúnculos. Estos abscesos pueden también presentarse en otros sitios más importantes, y ser causa de accidentes mortales; en especial, cuando se presentan en la garganta; en cuyo caso, suelen ir acompañados de disnea y ronquera. En este caso suelen ser muy útiles y eficaces las inyecciones en el fondo de la garganta con agua saturada de tanino.

PRONÓSTICO.—Es la viruela confluyente, enfermedad gravísima que puede matar, no solo en un periodo agudo, sino hasta cuando parece curada ya y pasado el peligro, por medio de esos abscesos que se producen hasta en el peritoneo y las piernas, y por peripneumonías que revisten carácter también gravísimo.

En la viruela confluyente rara vez muere el enfermo antes del día 12. Pero los días 12, 13 y 14 son señalados por lo frecuentemente que ocurre en ellos. Solo por razón de malignidad excesiva ocurre la muerte en los primeros 5 o 6 días; y esta malignidad está caracterizada por decaimiento grande de las fuerzas, delirio, coma, abatimiento y disnea. Es frecuente esto en la viruela hemorrágica. También se presenta a veces en la viruela confluyente el anasarca, la albuminuria y la hematuria.

TRATAMIENTO.—La viruela, igual que las demás fiebres eruptivas, está, en realidad destituida de tratamiento directo. Es el que tiene, y se aplica en ella puramente sintomático y amoldado a las exigencias de sus periodos y complicaciones.

Lleva esta enfermedad una marcha natural y determinada, de periodos clara y fijamente marcados, lo mismo en la forma discreta que en la confluyente. *La discreta* es benigna casi siempre; y su tratamiento está limitado a guardar cama y tomar bebidas refrescantes y ligeramente ácidas, como las aguas de naranja, limón y grosella, y al régimen lácteo.

También debe cuidarse en ella de la antisepsia y de la higiene en el tratamiento de los enfermos.

En la viruela confluyente debe procurarse abrigo moderado a fin de no sofocar al enfermo; y cuidar, si es posible, que la habitación sea amplia, y que la temperatura de ella no esceda de 16° a 18° centígrados; que las bebidas sean tisanas ligeramente templadas y alcoholizadas o aciduladas especialmente con el ácido sulfúrico, según recomienda Trousseau y ya acon-

sejaron otros antes que él, como medicación antiséptica.

Se procurará la aireación, más escrupulosa, limpieza y la desinfección; y se quitarán todas las cortinas que haya en la habitación.

La desinfección de las deposiciones se hará vertiendo en el orinal después de cada deposición, agua compuesta de un kilo de cal para cuatro o cinco litros de agua. Las piezas de ropa blanca de cama se tendrán media hora en agua hirviendo, antes de darlas para el lavado.

Los enfermeros y asistentes se lavarán las manos, cada vez que toquen al varioloso, con una solución antiséptica, que puede ser la solución al milésimo de sublimado, el lisol o la solución al 5 por $\frac{2}{100}$ de ácido fénico.

Durante el período de invasión puede darse, todos los días al enfermo un gramo de salol, o tres cucharadas al día de la fórmula que va a continuación.

De ácido fénico puro cristalizado, 1 gramo.

De salicilato de sosa, 1 gramo.

De jarabe (simple o de quina), 200 gramos.

Mézclese.

Durante el período de erupción y el de supuración pueden emplearse los baños templados de 32° a 33° centígrados, y de 15 minutos de duración, o algo menos, que serán un buen elemento de antisepsia y limpieza. No habría inconveniente tampoco en que la temperatura de ellos fuese de 34° o 35°.

Si la fiebre fuese elevada, y no la disminuyese el agua alcoholizada y el baño, podrían administrarse 50 centigramos de sulfato de quinina al día, que con la poción de ácido fénico y salicilato podrían lograrlo; y ser de utilidad también, como de manifiesta acción antiséptica.

Al mismo tiempo es utilísimo tocar las pústulas, cuatro ó seis veces al día, con un pincel empapado en una disolución compuesta de lo siguiente:

Acido fénico, 1 gramo.

Agua, 30 gramos.

Mézclese.

Con la cual se detiene, a veces, la evolución de las pústulas, y se desecan. Estos toques son agradables para el enfermo, porque le calma la picazón, si las pústulas no están rotas y desnudado el dermis; y se corta con ellas la evaporación de pus que intoxica al enfermo y a sus asistentes, se quita el mal olor, y se impide la rotura de las pústulas, y que las cicatrices sean grandes y muy pronunciadas.

El régimen alimenticio debe consistir en leche o café con leche, añadiendo cuando se pronuncia la debilidad o depresión del enfermo, el alcohol en forma de vino generoso o de coñac o aguardiente a dosis diaria de 100 a 180 gramos del primero, administrado a cucharadas frecuentes, o de 60 a 90 gramos de los segundos dado en la misma forma. Si el corazón flaqueara y se pronuncia la debilidad cardiaca puede emplearse además la inyección de cafeína, dos al día,

de 20 a 25 centigramos; y también cuatro, seis u ocho de aceite alcanforado de a 10 centigramos.

En la viruela confluyente es la diarrea una complicación temible, si dura hasta el 8.º, 9.º o 10.º día. Debe combatirse con el opio y el bismuto asociados, en cantidad moderada para evitar el estreñimiento.

Pueden bastar de tres a cinco sellos que contengan cada uno 1 centígramo de extracto tebaico y 50 centigramos de bismuto, administrados de tres en tres horas con observación, para no llegar a demasiado estreñimiento.

A veces, sea por efecto de la viruela, de la varicela o por otras causas se producen dermatitis o inflamaciones de la piel coincidiendo con ellas fuertes comezones y aún vesículas. Este cuadro desaparece rápidamente mediante el uso de almidón en polvo o mezclado con glicerina formando glicerolado, o también con polvos de arroz, o cataplasmas de fécula de patata y arroz.

VACUNA.—La viruela había aterrado a Europa con sus mortíferas epidemias que llevaban por todas partes el estrago y el terror.

Todos los remedios fracasaban en su tratamiento hasta que en 1721 una muger, Lady Montagne trajo de Constantinopla a Londres un procedimiento, que había visto usar allí, consistente en la inoculación de la viruela benigna; que, muy combatido al principio, fué al fin aceptado en vista de los resultados que producía; procedimiento que persistió con más o menos aceptación, hasta que vino a destronarle la vacuna o inoculación del COW-POX de las vacas; descubri-

miento debido al Inglés Doctor Jenner, a quien su nación recompensó con largueza el gran beneficio que hizo a la humanidad, dotándola del verdadero y eficaz medio para prevenir los estragos de tan terrible enfermedad.

La vacuna es un tratamiento preventivo.

Algo más tarde, algunos Doctores de esta época empezaron a inocular la vacuna de brazo a brazo; procedimiento que se usa mucho; sobre todo cuando no es fácil tener a mano bastante vacuna de vaca.

Conviene que los profesores que viven en el campo y pueden carecer de la vacuna transportada en tubos, sepan reconocer el COW-POX, de donde podrán tomarla.

El COW-POX es una erupción de pústulas que tiene su asiento en la ubre y pezones de la vaca. Las pústulas del COW-POX consisten primero en granos cuyo grueso varía desde el de una lenteja hasta el de una haba ordinaria. Crecen y se hacen pustulosos al 2.º o 3.º día, llenándose de una linfa incolora, y comenzando a deprimirse en su centro. Estas pústulas son de color blanco rojizo o amarillento; color que depende de su grado de desarrollo, y del color natural de la ubre.

En los días siguientes se hacen más grandes; y alcanzan a veces la magnitud de una moneda de dos céntimos. La ubre y los pezones presentan algunas veces 8, 10 y aún más pústulas que llegan a su máximo desarrollo del 8.º al 10.º día.

Entonces se nota hinchazón, dureza, aumento de calor y sensibilidad grande, con aumento de los sín-

tomas generales como falta de apetito, agitación y movimiento fébril. La leche se altera perdiendo en calidad, y modificándose su secrección, pues disminuye en cantidad. Después de el día 9.º se forman costras que caen del día 18 al 24, dejando ulceraciones.

El COW-POX tiene grande analogía, acaso identidad, con el *fimatosis*, enfermedad especial de los caballos. Por eso es muy frecuente el COW-POX en las vacas de que cuidan individuos que también cuidan y limpian caballos; y lo poco frecuente que es en las vacas cuidadas por individuos que se ocupan solo de ellas.

La vacuna degenera. Su inventor había ya previsto esto; no solo porque al transmitirse de generación en generación perdería potencia el virus, sino por las faltas que se fueron cometiendo en su aplicación.

Tal vez sea esto el motivo principal. Jenner había establecido que se tomase la vacuna antes del 8.º día, prefiriendo el 5.º, y esto se cumple y se cumplió poco. Además es necesario tener en cuenta las condiciones del individuo de quien ha de tomarse la vacuna. Estas condiciones son, pues, pertenecientes unas al virus y otras al individuo de quien se toma la vacuna; pues ya he dicho que con mucha frecuencia se toma de un individuo y no de la vaca.

La elección de la linfa vacuna tiene gran importancia. Su actividad varía según las épocas de su desarrollo. Es nula a las 24 o 36 horas después de la inoculación. No empieza a manifestarse hasta pasadas 48 a 72 horas. Se halla en toda su fuerza a los 4, 5 y

6 días. Decece desde el 7.º, y desaparece del todo del 11.º al 14.º.

Debe pues tomarse el virus del 5.º al 7.º día, ambos inclusive; y con él se produce una vacuna vigorosa que confiere la más absoluta inmunidad contra la viruela.

Los sugetos que han de suministrar la vacuna es necesario que sean sanos; y ella será tanto mejor cuanto más sanos sean, y más fuerte su constitución. Pero muy especialmente es necesario cuidar que nunca sea tomada de sugetos contaminados con la sífilis, ni adquirida ni heredada, porque son muy terribles sus efectos y los males que produce.

También debe atenderse a las condiciones del que se vacuna.

La vacuna es de mejor éxito en la niñez. En un niño de algunos meses se desarrollan las pústulas mejor que en el que acaba de nacer. La vacuna en un individuo sano y bien constituido será mejor y más hermosa que en uno ruin y enfermizo; y por lo tanto de mucho mejores condiciones para ser inoculada a otros.

Es indudablemente mejor la vacuna de brazo a brazo que la conservada en tubos, a pesar de las afirmaciones interesadas de los industriales que venden esta.

La vacuna deberá ponerse en número de tres en cada brazo para que la inmunidad resulte mejor. Y como la inmunidad que produce es limitada, pues solo alcanza a algunos años, es necesario proceder a la revacunación de vez en cuando. Varían los parece-

res sobre el tiempo de duración de la inmunidad; y por consiguiente, de la revacunación. Pero es opinión muy autorizada que la primera revacunación debe hacerse de los 10 a los 15 años; y el Doctor Trousseau cree que debe repetirse la vacunación cada 5 años; y siempre que se presente una epidemia de viruela, que deben revacunarse todos. Esto es lo más seguro.





CAPÍTULO XVI

ROSEOLA

Aunque muchos médicos no le conceden el carácter de enfermedad independiente, considerándola como una variedad del sarampión, otros muchos la conceptúan diferente de este último.

Por esa razón, y porque el padecerla no inmuniza para este, la consideramos aparte, aunque el modo de infección y de contagio sea igual.

Se desconoce su germen patógeno. El periodo más peligroso para el contagio es el prodrómico, y el principio del periodo de erupción. Es de curso análogo al sarampión, con sus periodos de incubación, prodrómico, de erupción y convalecencia. El primero es muy largo. Dura de 14 a 23 días.

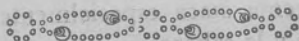
A veces el periodo prodrómico evoluciona sin síntomas. Otras veces con manifestaciones catarrales en las mucosas, análogas a las del sarampión, y que no duran más de uno a dos días. Hay tos, estornudo, dolor de garganta y alguna tumefacción de los ganglios cervicales. La fiebre casi nunca pasa de 39° y aún muchas veces no llega, y hasta en ocasiones falta; y casi siempre desaparece al desaparecer el exantema.

El exantema de la piel, brota, por lo regular, primero en la cara, orejas y cabeza; y de allí se extiende a casi todo el cuerpo. Es rojizo, de manchas pequeñas, que se diferencian de las del sarampión en que son más pequeñas que las de éste, de color rojo más claro, y en que no se nota en ellas al tacto desigualdad ninguna en la piel.

Otra de sus propiedades principales es que el exantema de la roseola es de cortísima duración, pues desaparece del segundo al tercero día; aunque como va apareciendo por manchas sucesivas, parece que dura más.

Las complicaciones que suelen aparecer en la roseola son: anginas, bronquítis, bronco-pneumonías, conjuntivitis y rinitis. Y también puede coexistir con el exantema roseólico alguno de los otros exantemas fébriles. Todas estas complicaciones serán tratadas como corresponde a cada una.

TRATAMIENTO.—Basta el expectante cuando la enfermedad es sencilla y no sífilítica. No son ordinariamente necesarios los medios farmacológicos, a no verse claramente indicado alguno. Conviene que los enfermos guarden cama de ocho a doce días; y que tomen un par de baños templados durante el periodo de descamación. Debe adoptarse el régimen de leche y bebidas ordinarias abundantes.





CAPÍTULO XVII

TÍFUS DE LA MANCHURIA

El tífus de la Manchuria es una enfermedad infecciosa que se propaga por contagio directo de persona a persona.

Su germen patógeno es muy análogo al bacilo de Eberth, que es el de la tifoidea.

El síndrome clínico del tífus de la Manchuria es el siguiente: Comienza bruscamente con escalofrío y fiebre intensa que se propaga en forma continua elevada, y dura de 9 a 14 días. Desaparece ordinariamente por lisis o sea gradualmente. Al principio suelen presentarse vómitos. Los enfermos se quejan de inapetencia, de cefalalgia y de dolores en los miembros.

Del tercero al cuarto día aparece un exantema que se extiende a todo el cuerpo. Las manchas rojas de este exantema tienen el tamaño de cañamones, y la forma de pápulas. A veces revisten aspecto hemorrágico. El exantema ataca especialmente la flexura de los miembros y la cabeza.

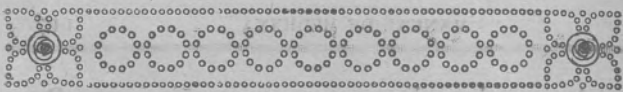
A veces hay diarrea; otras estreñimiento. Rara vez hay hemorrágias intestinales. El bazo y el hígado se presentan abultados; y a veces dolorosos. Los labios y la lengua se ponen fuliginosos. Es frecuente la bronquítis; y también le complica a veces la broncopneumonía, dando a la enfermedad carácter sumamente grave, como se ha visto en una de las últimas epidemias que asoló la Manchuria.

En el sistema nervioso se presenta algo de estupor, y hasta el delirio y coma. El pulso es frecuente por lo regular.

El pronóstico, cuando no le ensombrecen las complicaciones, no es muy grave. Hubo epidemias muy mortíferas.

TRATAMIENTO.—Es sintomático. En el de la tifoidea puede orientarse el que haya de tratar el tifus de la Manchuria. Siendo su síntoma más peligroso la temperatura fébril elevada, en el baño se encontrará el principal recurso. El régimen alimenticio será la leche o café con leche, y abundantes bebidas consistentes en limonadas clorhídricas o agua de limón o naranja.





CAPÍTULO XVIII

TÉTANOS

Es el tétanos una enfermedad infecciosa aguda, cuyo síntoma capital es las contracciones tónicas musculares intensas. Es una enfermedad terrible, ya conocida de muy antiguo cuyo gérmen se halla muy frecuentemente en la tierra, y especialmente en la de jardín. Por eso son tan peligrosas las heridas manchadas con tierra. Las heridas en que permanece mucho tiempo en contacto con los tegidos la causa infectante, como son las astillitas pequeñas que se introducen fácilmente, y otros cuerpos orgánicos que se hallan en contacto con la tierra son causa frecuente de tétanos. Es también causa de infección tetánica el andar descalzo y habitar cuevas o chozas en donde se hallen los pies en contacto constante con la tierra.

Se observa mucho esta enfermedad en los caballos al castrarles o cortarles la cola; pero es enfermedad poco frecuente; aunque lo es mucho más en las regiones cálidas. En las tropicales como la India, es mucho más frecuente.

El tétanos se presenta de los cuatro a los diez días de la infección.

Su primer síntoma es una sensación de rigidez en los músculos del maxilar inferior y de la nuca. Aquella da al rostro una expresión que los médicos antiguos llamaban *risa sardónica*, en la que aparece la frente arrugada, muy marcados los surcos naso-labiales, ensanchada la boca, y un poco caído el labio inferior. Otras veces se presenta una gran rigidez en los músculos masticadores que impide abrir la boca. Es el signo llamado *trismus* que no falta casi nunca, y que basta para hacer un diagnóstico precoz.

Otras veces la rigidez se presenta en la nuca, y hace dirigir la cabeza hacia atrás. La contracción se va extendiendo hacia la musculatura del abdomen y de la espalda y a la vertebral; y según la región que invade, así se produce lo que llaman *opistótonos*, *pleurostótonos* y *emprostótonos*.

El tétanos puede revestir una forma grave y otra más leve. La forma grave evoluciona en pocos días, y si se resiste el ataque, cesa pronto el peligro.

La muerte puede sobrevenir por contractura de los músculos respiratorios, por edema de la glotis, o por una neumonía.

La desaparición de las contracturas indica la mejoría; pero la curación no se obtiene antes de dos a cinco o seis semanas; y con mucha frecuencia causa la muerte.

TRATAMIENTO.—Debe dirigirse en primer lugar a las heridas causa ordinaria de él, procurando apartar de ellas, en primer término las astillitas.

Se lavarán con agua hervida sublimada, y se cauterizarán fuertemente con ácido fénico, tintura de yodo, o con el termo cauterio. A veces también conviene una amplia incisión antes de la cauterización.

Los enfermos deben permanecer en una habitación tranquila y silenciosa y con poca luz, procurando que no llegue a ellos el ruido exterior, circunstancia muy importante. Debe cuidarse al enfermo de día y de noche, y la cama debe estar colocada de modo que pueda andarse alrededor de ella, en previsión de accesos fuertes.

Se alimentará al enfermo convenientemente, con alimentos líquidos tales como leche, huevos, sopicaldos. Si el *trismus* es muy grande podrá ser necesario alimentar al enfermo con la sonda introducida por las fosas nasales; supuesto que puede ser imposible hacerlo por la boca, aún por medio de pisteros o tubos.

El tratamiento farmacológico está, en realidad, reducido al uso de los narcóticos, por medio de las inyecciones de morfina que son el mejor remedio para obrar sobre los accesos tetánicos.

Al adulto no se le inyectará al principio más de una inyección de medio centígramo.

Pero cuando los accesos repitan demasiado puede también apelarse a la inhalación de eter o de cloroformo hasta producir una ligera narcotización.

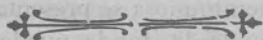
También se está empleando, como preventivo y curativo, parece que con buen resultado, desde 1890 el suero antitetánico, que sirve la casa Merck de Darmstad, acompañado de una excelente instrucción sobre el modo de emplearlo. Y es como preventivo

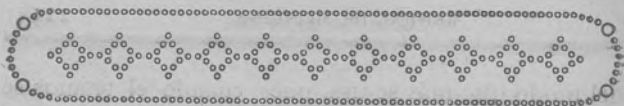
del modo que más se usa, pues cuando el tétanos se ha declarado, es de escasos resultados.

Así es que siempre que nos hallemos en presencia de una herida manchada de tierra debe ponerse una inyección preventiva de suero antitetánico de 10 a 30 centímetros cúbicos. Pero ocho días después se pondrá otra de 10.

Si está declarado ya el tétanos, puede intentarse detenerle poniendo una inyección de 60 a 100 centímetros cúbicos, y cada dos o tres días se hará una inyección de 40 centímetros cúbicos.

También se prepara el suero antitetánico lo mismo que el de la rabia en los laboratorios del Doctor Ferrán en Barcelona.





CAPÍTULO XIX

DIFTERIA

La difteria es una enfermedad infecciosa que ataca preferentemente a la farínge y laringe, aunque también se presenta en otras partes, y adquiere, a veces carácter gangrenoso.

Es la enfermedad infecciosa que, después de la tuberculosis, causa más víctimas, aunque la mortalidad haya disminuido desde el descubrimiento de la sueroterapia.

Ataca con preferencia en la infancia, especialmente entre uno y cinco años; y es rara en las personas mayores.

La forma membranosa se presenta ordinariamente en la farínge, desde donde puede extenderse a la laringe, fosas nasales y otros puntos.

Su comienzo es insidioso no observándose muchas veces en el principio, más que quebrantamiento, inapetencia, fiebre ligera, y algunas veces vómitos. Se quejan luego los enfermos de molestias en la deglución, o de dolores en la farínge. Hay fiebre que oscila entre 38° y 39° , frecuencia de pulso, inapetencia,

lengua saburrosa, con algunos escalofríos y somnolencia.

La farínge presenta un enrojecimiento, que se extiende al paladar y amígdalas, al cual sigue la aparición de membranas de color blancuzco.

La forma lagunar, además del enrojecimiento y tumefacción del paladar, presenta también en las amígdalas puntos blancuzcos, pareciendo sembrados de tapones.

En la forma gangrenosa el síndrome es aún más grave. Además de la mayor elevación de la fiebre, son mayores las molestias en la garganta, y se acentúa mucho la gravedad en el estado general. Se hace la voz nasal, se pone la lengua muy saburrosa; se acentúa el olor fétido en la boca, y se presenta albúmina en la orina. Se entorpece el conocimiento, y los enfermos, por esta especie de estupor, tienen el aspecto de tíficos muy graves. Es constante también el estreñimiento.

En la farínge se observa formación de membranas, y si el proceso avanza, se marca aún más el olor fétido del aliento. Estas formas graves exigen un tratamiento muy enérgico; y preferentemente la inyección pronta de suero antidiftérico.

En las formas benignas retroceden rápidamente los síntomas, sobre todo, bajo la acción de la suero-terapia. Se desprenden las membranas en un par de días, y desciende la fiebre, mejora el apetito y se limpia la lengua; y a los ocho días está casi todo terminado.

Si no se emplea la suero-terapia, la enfermedad

progresa y dura más; ordinariamente diez a catorce días con los peligros consiguientes. En todos los casos de difteria se nota y observa un estado catarral de la mucosa nasal con secrección bastante abundante de moco o moco-pus y se abultan a veces mucho las amígdalas.

Se presenta albuminuria con mucha frecuencia; persistiendo la nefritis que la acompaña, dos o tres semanas.

La muerte brasta por el corazón es un accidente que puede ocurrir ya al segundo día de enfermedad o poco después, y es la forma más frecuente de muerte en las formas graves.

Aparecen a veces, exantemas en el curso de la enfermedad.

TRATAMIENTO.—Cuando en el país se presentan casos graves de difteria deben hacerse inyecciones preventivas; y en caso de ataque, apelar a la inyección curativa de suero antidiftérico lo antes posible.

Pero, aún cuando el proceso sea benigno, se hará guardar cama al enfermo, y se le dará una alimentación fácil de tragar, como leche, sopa, chocolate, café con leche, yemas de huevo, caldos, purés, jugo de frutas &c. Se templará la habitación, procurando desprender en ella vapores por medio del agua hirviendo. Se aislará a los enfermos, y se prohibirán las visitas. Se limpiará la boca por medio de toques o colutorios, y se untarán los labios con glicerina. En las personas mayores puede recurrirse a los toques con solución diluída en agua de perclorúro de hierro; con agua oxigenada al 3 por %; o con solución de

ácido fénico o salol al 1 por $\%$. Se recomiendan mucho las pulverizaciones con agua oxigenada, solución de sal común, subacetato de alumina, o agua de cal, repetidas de tres a cinco veces al día. Se mantendrán limpias las fosas nasales por medio de soluciones calientes de sal común.

Se limpiará frecuentemente la nariz con vaselina boricada. Si hay estreñimiento, se empleará la irrigación intestinal con agua adicionada de una o dos cucharadas de glicerina, o se empleará el aceite de ricino, en dosis de una o dos cucharadas.

Se envolverá la garganta con compresas calientes mojadas en aceite; y si hay debilidad cardiaca se emplearán las inyecciones de aceite alcanforado en dosis de 4, 5, 6, o más al día: o se dará la cafeína por la boca en dosis de 20 centigramos.

Pero la suero-terapia es el tratamiento verdaderamente eficaz; y el modo de aplicar el suero es la inyección subcutánea hecha debajo de la piel del torax, o del brazo, o al nivel de los hipocóndrios. Independientemente del tratamiento local, basado en la desinfección de las mucosas invadidas por el bacilo de Loeffler y del tratamiento general reconstituyente es necesario además emplear en los diftéricos el suero de Roux aplicado con la geringa adecuada. Este suero lo proporciona el Instituto Pasteur de París y el Instituto Ferrán de Barcelona, envasado en dosis de 10 gramos en frasquitos bien cerrados. Procede de animales tratados con inyecciones de toxina diftérica.

Se pone la inyección de suero como otra hipodérmica ordinaria; y debe hacerse en las condiciones de

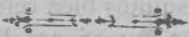
asepsia corrientes con la geringa de Roux, provista de aguja de platino, para que pueda ser flameada. Hasta la edad de 18 meses suele comenzarse por una inyección de 10 centímetros cúbicos, Por encima de esta edad se inyectan generalmente 20 centímetros cúbicos de una vez.

Sin embargo, en los casos graves puede y debe llegarse a las dosis elevadas de 50 a 100 centímetros cúbicos el primer día y de 20 a 30 los siguientes.

La presencia de albúmina en la orina, lejos de ser un obstáculo, constituye una indicación formal. También se emplea el suero para el tratamiento de las parálisis diftéricas.

Cuando se usa el suero como profiláctico suele emplearse en dosis de cinco a diez centímetros cúbicos según la edad. Pero debe repetirse la inyección todos los meses en tiempo de epidemia, porque la inmunización no dura sino de cuatro a ocho semanas.

También se emplea el suero en la pneumonía, en las anginas no diftéricas y en la escarlatina. Así mismo se embadurna con el suero en las anginas la región enferma con buen resultado.





CAPÍTULO XX

PAROTIDÍTIS EPIDÉMICA

La parotiditis epidémica o paperas es una enfermedad infecciosa epidémica y contagiosa, caracterizada por una inflamación de las glándulas parótidas, y a veces también de las submaxilares y sublinguales, que se presenta en todos los climas, y ataca más frecuentemente a colectividades, como hospicios, asilos, cuarteles, propagándose lentamente. Es debida a un diplococo, y puede transmitirse de las personas enfermas a las sanas.

No hay algunas veces pródromos, sobre todo en casos benignos; pero tiene un periodo de incubación que dura unos 20 días, siguiendo a él un periodo de fiebre elevada, cefalalgia, hemorragias nasales y quebrantamiento general, tras el cual sigue el periodo de estado con tumefacción de la región parotídea; pero sin acusar, ordinariamente, notable gravedad.

Esta dolencia suele ser benigna en los niños; de más gravedad en el adulto por la posibilidad de que vengan complicaciones por parte de las meninges, y sobre todo de los testículos, ambas muy graves. Los

casos benignos suelen durar tres o cuatro días. En los de regular intensidad, siete. Termina la enfermedad por lisis, ordinariamente. A veces es invadida una parótida tras otra, y dura entonces más. Por lo regular, no ataca más de una vez; pero suele haber recidivas.

TRATAMIENTO.—No existe tratamiento específico. Se recomienda aislar a los enfermos por la gran contagiosidad de esta enfermedad; y debe tenerseles en una habitación bien aireada y cambiarseles de ropa a menudo, teniéndoles en cama mientras tengan fiebre.

Se mantendrán muy limpios la boca y nariz, por medio de lavados frecuentes de agua de Botot, o gargarismos hechos con licor de Labarraque mezclado con agua al 50 por 1000; o con agua oxigenada en solución al 1 por 1000, o permanganato potásico en la misma proporción.

Se harán pulverizaciones en las fosas nasales con aceite mentolado en esta forma:

De mentol, 20 centigramos.

Aceite de vaselina, 50 gramos.

Mézclese.

Por la mañana y noche se verterán en los oídos algunas gotas de una solución con

Hidrato de cloral, 50 centigramos.

Cloruro de morfina, 5 centigramos.

Agua destilada, 30 gramos.

Mézclese.

Se procurará la antisépsia interna, dando todos los días dos sellos como el siguiente:

Salol, 30 centigramos.

Benzonaftol, 50 centigramos.

Mézclese.

En el principio de la enfermedad conviene dar un purgante salino o calomelanos; y si fuere preciso se repetirá dos o tres días después. Durante ella se darán bebidas abundantes.

TRATAMIENTO LOCAL.—Se harán embrocaciones a las glándulas inflamadas con ungüento mercurial belladonado.

En los niños, se reemplazará eso por bálsamo de Opodeldoch o por vaselina con salol.

En los casos en que es muy exagerada la inflamación es conveniente la aplicación de hielo.

Son complicaciones de la parotiditis el meningismo, la fiebre alta y la orquitis o inflamación del testículo.

En los dos primeros casos, se darán baños templados a 38°.

En el caso de orquitis se empleará el reposo en cama desde el principio y suspensorio con algodón en seguida.

Se emplearán también en este caso los baños de asiento a 38°, dos diarios de a quince minutos, seguidos de fricciones suaves con ungüento de salol.

Para calmar el dolor se aplicará el hielo a los testículos.



CAPÍTULO XXI

INFLUENZA O GRIPE.

TRANCAZO DE LOS ESPAÑOLES

Es una enfermedad infecciosa debida al diplobacilo de Pfeiffer, contagiosa, frecuentemente epidémica, aunque actualmente esporádica en todas partes.

A veces la enfermedad adquiere rapidísimamente extensión y energía, aumentándose notablemente su contagio y gravedad y atacando en muy breve plazo a gran número de personas.

Se presenta bajo diversas formas que se desarrollan y evolucionan también de diversas maneras; pero ordinariamente siempre con temperatura rápidamente elevada, laxitud, dolores musculares y catarros nasal y bronquial. Es también frecuente que se presenten algunos síntomas de angina catarral.

Se presenta la gripe bajo diversas formas, cuya descripción somera haremos acompañada del tratamiento más a propósito en todas ellas.

La forma más frecuente es la bronco-pulmonal, y es la que abre siempre la marcha a la bronco-pneumonía gripal, que se presenta precedida de un catarro bronco-pulmonar. También siguen, a veces, a este

las bronquitis capilares y la pleuresía gripal seca, la serofibrinosa o la purulenta, lo mismo que otra forma de gripe que llaman gripe pulmonal prolongada.

Es frecuente en todas las formas el escalofrío, al cual sigue fiebre que puede llegar a 40° y hasta 41°. En las formas bronco-pulmonares es frecuente, y a veces intensa, la disnea; hay soplos bronquiales y a veces estertores crepitantes diseminados; y también a veces esputos sanguinolentos; otras veces es muy difícil la expectoración.

En esta forma como en la bronco-pneumonía, es la revulsión enérgica por medio de ventosas repetidas y en gran número y de las cataplasmas calientes sinapizadas lo más conveniente. La ventosa puede reemplazarse por vasos ligeros cuyo aire se enrarece introduciendo en el vaso rápidamente un poco de algodón mojado en alcohol y encendido; aplicando seguidamente estas ventosas al pecho. Si hay mucha disnea, y aún dolor, podrán escarificarse las ventosas. También cuando la naturaleza es robusta, y la disnea intensa, se pueden hacer estas aplicaciones repetidas veces, y aún una sangría si la congestión es muy notable, aunque poco abundante; 300 gramos, a lo sumo.

Se administrarán en pequeñas dosis sulfato de quinina y cornezuelo de centeno en esta forma:

De sulfato de quinina, 25 centigramos, a 50.

Cornezuelo de centeno pulverizado, 15 centigramos.

Bicarbonato de sosa, 20 centigramos.

Mézclese. Hágase un sello. Tómense dos al día.

Si por el contrario, el enfermo decayese y se debilitase puede administrársele alguna inyección con 20 centigramos de cafeína o de éter. No se consideran convenientes los vegetatorios. Pero son muy útiles los baños de 34° a 35°.

La bronco-pneumonía o pulmonía gripal es la complicación más importante y mortífera de la gripe. Es una pneumonía exclusivamente catarral, aunque también alguna vez puede adoptar la forma fibrinosa. Ordinariamente la bronco-pneumonía suele señalarse en los primeros días de una bronquitis ya constituida. Por lo regular el comienzo se señala por intenso escalofrío, fiebre elevada, disnea y dolor de costado. Y a la auscultación se descubren estertores finos crepitantes y bronco-fonía débil. También se nota una relativa matidez. Alguna vez se nota absoluta; y el soplo bronquial. La marcha es lenta y rastrera y es frecuente la bilateralidad del proceso pulmonar. A veces desciende la fiebre; otras veces adopta un tipo intermitente. Otras veces invadido un lóbulo, se extiende rápidamente a otros, y cuando esta extensión alcanza a todos los lóbulos, puede determinar rápidamente la muerte.

La bronco-pneumonía no suele terminar por crisis sino por lisis.

En la gripe se observa a veces una pleuresía primitiva; y es muy frecuente la pleuresía purulenta que termina ordinariamente por la muerte.

En la actualidad no hay ningún remedio seguro contra la gripe, ni como profiláctico ni como curativo. Es necesario pues atenerse al tratamiento sintomático. Todo enfermo de gripe debe ser recluído en

cama y someterse a una alimentación líquida. El calor, especialmente al principio, se soporta mejor y prueba mejor que los procedimientos fríos. Por eso por común acuerdo de todos los médicos, se recurre, al principio de la enfermedad, a los baños y envolturas calientes y a las curas sudoríficas. Las bebidas calientes, sobre todo las infusiones de tila, producen excelentes efectos. Procedimientos hidroterápicos suaves en forma de compresas de Priestnitz obran favorablemente en los catarros estensos de las vías respiratorias superiores.

En el momento de mayor intensidad de la fiebre parece ser muy útil la administración de la antipirina, del salicilato de sosa y de la aspirina. Si hay neuralgias se emplearán los mismos remedios, lo mismo que la fenacetina, el piramidón y la quinina. En los fuertes dolores podrá recurrirse a la morfina. Y todos ellos se usarán en dosis cortas y con prudencia por razón de su posible acción sobre el corazón en una enfermedad en que es este órgano el que debe vigilarse y atenderse más.

Si sobreviene debilidad del corazón se apelará a la cafeína y al aceite alcanforado. Debe tenerse presente que aunque la enfermedad radica en el pulmón el peligro está en el corazón. En la pneumonía gripal es la revulsión enérgica también por medio de ventosas secas y escarificadas y aún sanguijuelas, de gran importancia y resultado y se dará la digital, bien en infusión 50 centigramos de polvo de hojas, durante dos días, en 100 gramos de agua y luego en dosis decrecientes, diez centigramos al día.

La coca y la kola se administrarán a diario para combatir la postración en la siguiente forma:

De extracto fluido de kola, 5 gramos.

De extracto fluido de coca, 5 gramos.

Vino bueno, 500 gramos.

Mézclese. Tómese una copa de las de licor antes de cada una de las dos comidas.

En la forma nerviosa de la gripe, sobre todo si domina la fiebre, asóciense la quinina y la antipirina y lo mismo puede hacerse en la forma común de la enfermedad; pudiendo emplearse la siguiente fórmula:

De antipirina, 5 gramos.

De sulfato de quinina, 5 gramos.

De coñac o rón, 30 gramos.

De tintura de canela, 10 gramos.

De jarabe grosella, 50 gramos.

Agua, 60 gramos.

Mézclese para tomar una cucharada dos veces al día.

La forma gastro-intestinal es muy semejante a la fiebre tifoidea de la que se distingue por su menor duración. Cuando la temperatura es alta se pondrá frecuentemente enemas fríos; tres o cuatro veces al día. Si se presenta diarrea abundante se dará al enfermo ácido láctico en esta forma:

De ácido láctico, 10 gramos.

De jarabe de membrillo, 200 gramos.

De agua destilada, 800 gramos.

Mézclese para tomar a vasitos durante las 24 horas.

También se dispondrán, para la antisépsia intestinal los sellos siguientes:

De salicilato de bismuto {
De benzonaftol. { a 50 centigramos.

Mézclese y hágase un sello y repítanse varios, para tomar dos al día.

Deberá en todos los casos de gripe, y en todas las formas, practicarse la antisépsia bucal y nasal, tocando la garganta tres veces al día con agua oxigenada al 10°; introduciendo en las fosas nasales por la mañana y por la noche, una pomada compuesta de lo siguiente:

Vaselina, 20 gramos.

Salófeno, 2 gramos.

Oxido de zinc, 2 gramos.

Y lavar la boca con agua fenicada al 25 por 1000 de lo cual se pondrá una cucharada en un vaso de agua templada.

En el principio de la enfermedad es conveniente casi siempre tomar un purgante salino u oleoso abundante.

El régimen en la gripe deberá ser liquido y sustancioso empleándose la leche, el café con leche, el caldo de gallina, y como se trata de una enfermedad esencialmente debilitante, es conveniente emplear el alcohol, aunque en forma y dosis moderada, prolongando bastante la convalecencia, durante la cual es necesario tonificar al enfermo. El Doctor Rovin recomienda mucho someter a los enfermos durante cinco

o seis semanas al uso combinado del arsénico y de la quina. Del arsénico puede emplearse el licor de Fowler en dosis de seis a diez gotas al día y de la quina la fórmula siguiente recomendada por el célebre Doctor Potain.

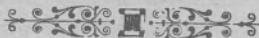
De extracto de quina, 10 gramos.

De glicerina neutra, 10 gramos.

De agua destilada, 200 gramos.

H. S. A. y filtrese bien.

Se tomará cada día una cucharada en una pequeña cantidad de agua.





CAPÍTULO XXII

SUDOR MILIAR

Enfermedad aguda, infecciosa y epidémica, que empieza con escalofríos y evoluciona con sudores abundantes, fiebre alta, disnea, opresión y angustia, apareciendo en la piel, del tercero al cuarto día, una erupción de pápulas o vesículas.

Ataca con frecuencia a las personas robustas de veinte a cuarenta años, y parece que con predominio marcado a las mugeres, y también ataca preferentemente en el verano, y más en los tiempos de nieblas, o bajo la influencia de la humedad.

El agente causa de la enfermedad es desconocido. Pero a juzgar por la escasa duración de la enfermedad que no suele esceder de una semana, se cree sea un microbio de poca vida.

Ha habido epidemias de sudor miliar muy mortíferas en las cuales se anunciaba por síntomas de más gravedad, como era el empezar repentinamente con fuerte escalofrío, dolor en la nuca sudores muy intensos y profusos, angustia y fuertes palpitaciones; y con frecuencia ocurría la muerte al primero o segundo día de enfermedad.

Puede esta enfermedad ser equivocada con la escarlatina o el sarampión.

Del sarampión la distinguirán los síntomas catarrales por parte de la conjuntiva, laringe y bronquios propios del sarampión. En su diferenciación de la escarlatina se atenderá a la angina escarlatinosa que no existe en el sudor miliar, así como el distinto aspecto del exantema en las tres enfermedades.

La mortalidad producida por el sudor miliar fué muy varia. Desde el 8 por $\%$ que fué en el siglo XIX llegó en otras ocasiones hasta el 50 por $\%$.

TRATAMIENTO.—Tratándose, como se trata, de una enfermedad infecciosa, deben aislarse lo mejor posible los enfermos. Se desinfectarán también todos los objetos que hubiesen estado en contacto con ellos. Para lo cual la cama y los muebles se desinfectarán por medio de los vapores de formol diluido o por el ácido sulfuroso que se desprenderá quemando azufre, y también por el desprendimiento de ácido hiponítrico que se hace introduciendo una moneda de cobre en una copa en la que haya ácido nítrico.

En ambos casos es necesario tener cuidado en no respirar ni el ácido ni los gases de azufre. El mismo cuidado debe tenerse respecto al formol diluido.

Las ropas lavables se desinfectarán con solución de sublimado o ácido fénico.

Los enfermos guardarán cama, en habitación convenientemente ventilada con poco abrigo. Debe cambiarseles frecuentemente las ropas de la cama.

La alimentación debe ser líquida, compuesta de leche y papillas. Debe administrarse a los enfermos

abundantemente, bebidas frescas como limonadas, café solo y con agua, té y alguna vez trocitos de hielo.

Se lavará la piel varias veces al día con agua fresca a la cual puede añadirse vinagre o alcohol. También son útiles las compresas frías cambiadas a menudo.

Si los sudores son muy exagerados se administrará con cuidado, la atropina (el sulfato en píldoras de un miligramo, dos o tres al día).

Para rebajar las temperaturas muy elevadas y calmar la gran intranquilidad nerviosa de los enfermos pueden necesitarse los baños generales, a 30° o 28°; la quinina, la antipirina, aisladamente o asociadas, y si se presenta algún fuerte dolor alguna inyección de morfina.

La opresión torácica, la angustia y los síntomas cardiacos se alivian muchas veces por la aplicación al pecho de sinapismos, o aún mejor con la bolsa de hielo en la región precordial.

La debilidad cardiaca se combatirá desde luego con vino, aceite alcanforado, cafeína, coñac o aguardiente.

Durante la convalecencia se dispondrán baños templados para facilitar el proceso de descamación, espolvoreando después de secarse la piel con polvos de arroz.

Durante la convalecencia debe dejarse unos días a los enfermos en cama, hasta reparar sus fuerzas por una alimentación sustanciosa y buena. Y si hubiese inapetencia se recurrirá a la limonada clorhidrica y aún a la pepsina y algún tónico, como la infusión de quina, o el vino de quina.



CAPÍTULO XXIII

TOS FERINA

Es la tos ferina una enfermedad contagiosa caracterizada por accesos de tos convulsiva, acompañada frecuentemente de vómitos. El contagio se realiza de individuo a individuo. Ataca preferentemente a la infancia. El padecerla una vez confiere inmunidad.

No se conoce con certeza el germen ocasional.

Ataca epidémicamente; y por lo general, a gran número de individuos, y en particular en el segundo año de la vida es en el que más atacá, aunque también en otras edades.

En la tos ferina se distinguen un periodo de incubación, otro catarral que empieza con coriza y estornudo, dolor de cabeza, lagrimeo y tos, síntomas iguales a los del catarro ordinario.

La duración de este periodo es de tres a catorce días. Al final de él va haciéndose la tos convulsiva poco a poco, y entra en el tercer periodo o convulsivo que es el característico de la enfermedad.

Algunas veces suele haber fiebre en el periodo catarral y no es esto lo común durante el convulsivo. Suele durar este periodo de cuatro a seis semanas.

Ordinariamente los niños están libres de molestias hasta el momento de producirse el acceso en que palidecen, contienen la respiración y empieza el ataque convulsivo con una inspiración ruidosa y sibilante, seguida inmediatamente de seis, ocho o más golpes espiratorios que casi llevan a extinguir la respiración, y termina con una intensa expectoración de moco blanquecino.

Es frecuente la salida de sangre por narices y aún por la boca; y una vez pasado el acceso quedan los niños agotados, y con respiración pequeña y sudor en la frente y en el cuerpo, pasado lo cual, vuelven los niños, como antes, a sus juegos.

En las formas graves hay accesos repetidos durante el día y más intensos aún por la noche; se perturba el sueño, despiertan los niños con angustia y se mueven con intranquilidad. Algunas veces se inician estos accesos con estornudos.

Se inicia el periodo de descenso, en que ya los ataques son más raros y provocados por escitaciones estensas.

La duración ordinaria de esta enfermedad es de ocho a diez semanas, aunque en algunos casos dura menos.

Las complicaciones más importantes que suelen aparecer son las afecciones inflamatorias de los órganos de la respiración, y en especial la bronquitis capilar, o bronquitis de los bronquios finos a consecuencia de la cual sube a veces la temperatura a los 40°, o más. Cuando se presenta esta complicación los accesos de tos pierden su aspecto característico.

Suele haber entonces fuerte disnea y malestar general. En la auscultación se advierten roncus y sibilancias. Al mejorar el enfermo desaparece la fiebre y los estertores se hacen de gruesas burbujas, aumentando la expectoración. Es grave esta complicación. Otra complicación también frecuente y grave en la tos ferina es la pneumonía. Sigue ordinariamente a la bronquitis y ofrece el aspecto catarral. Hay siempre fiebre y disnea, y los más expuestos son los menores de dos años.

Los enfermos de tos ferina deben ser aislados en atención a la contagiosidad del padecimiento. Débense desinfectar los esputos pues parece que en ellos está el agente contagioso.

TRATAMIENTO.—Forman parte de él medios higiénicos y dietéticos igualmente que farmacológicos. Están aquellos reducidos a la temperatura y composición del aire que ha de respirarse. Por eso es necesario cuidar del abrigo, y emplear fricciones y baños calientes, y un purgante o más en el principio.

Los remedios que se han empleado en esta enfermedad son muchos.

Entre ellos son los más notables la belladona que puede disponerse en la forma siguiente:

De extracto de belladona, 20 centigramos.

De agua de laurel cerezo, 40 gotas.

Mézclese para administrar tres veces al día tantas gotas como años tiene el enfermo.

La quinina, de la que se dan tantos decigramos de cloruro de quinina como años tiene el enfermo.

El bromoformo en gotas, dando tantas gotas, tres veces al día, como meses tenga el niño; pero no pasando nunca de doce gotas tres veces al día aunque tenga más de un año. No producen ordinariamente ninguno de estos medicamentos la curación, y no dejan de tener peligros.

La drosera, la lobelia y la grindelia pueden curar fácilmente la tos ferina lo mismo que el conocidísimo jarabe llamado Bebé.

He aquí la fórmula de dos pociones:

De glicerina, 2 gramos.

De tintura de drosera, 2 gramos.

De alcoholaturo de hojas de acónito, 2 gramos.

De bromoformo, 2 gramos.

De alcohol de 90°, 2 gramos.

Mézclese para tomar 6 a 7 gotas tres veces al día.

De tintura de belladona, 10 gramos.

De tintura de grindelia, 16 gramos.

De bromoformo, 10 gotas.

Mézclese para tomar de 18 a 24 gotas en tres veces en el día, o sea de 6 a 8 gotas en cada vez.

Se tomará en un vaso de vino mezclado con agua y azúcar, caliente.

Mientras exista fiebre debe el niño permanecer en cama, y aún durante todo el periodo convulsivo conviene retenerle en habitación abrigada. La temperatura de la habitación será de 16° a 18°. Se procurará evaporar agua para mantener húmeda la atmós-

fera. Debe cuidarse convenientemente la ventilación de la habitación. Deben darse al enfermo baños templados. En la alimentación se procurará un régimen sustancioso y de fácil digestión, sus comidas serán reducidas aunque hayan de repetirse más. Se aplicará una faja de franela al enfermo y aunque útil el cambio de clima, debe tenerse en cuenta el carácter contagioso de la enfermedad para evitar la propagación.

Al principio de la enfermedad siempre se procurará combatir el catarro. Para ello se dará vomitivo de ipecacuana y algún purgante que se repetirá.

En el periodo de estado se procurará que la atmósfera de la habitación esté húmeda; para lo cual se hará hervir en la misma habitación en vasija algo plana y en un litro de agua, lo siguiente:

Hojas de eucaliptus, 15 gramos.

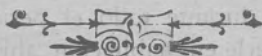
Tomillo, 5 gramos.

Laurel, 2 gramos.

Mézclese.

Se hará que el enfermo lave la boca con agua boricada al 3 por %.

Actualmente se está empleando con éxito un jara-be que lleva el nombre de Atusina, preparado por el Doctor Miranda, de Mieres (Asturias).





CAPÍTULO XXIV

REUMATISMO ARTICULAR

El reumatismo articular agudo es una enfermedad infecciosa y fébril, no contagiosa. Se caracteriza por la aparición de inflamaciones en varias articulaciones, por la tendencia a producir, y facilidad con que produce complicaciones inflamatorias en el endocardio y por el hecho de obedecer prontamente a la acción del salicilato de sosa y ácido salicílico.

El agente causal del reumatismo articular agudo es desconocido.

Se creyó por algunos médicos que era debido el reumatismo a la retención en el organismo de productos excrementicios que debían eliminarse y que, por circunstancias especiales, quedaban retenidos. Así ocurriría por ejemplo, cuando sobrevenía, por un enfriamiento o una intensa mojadura, la supresión repentina de la transpiración, o cuando bajo la acción de un clima frío y húmedo cesaba o disminuía notablemente esa eliminación. Siempre me ha seducido esta teoría; y en la práctica médica he podido observar un hecho que, a mi parecer, la presta un apoyo

sólido; y es la coincidencia de aparición de reumatismos más o menos graves con la desaparición del olor del sudor y transpiración, y la reaparición de este olor, al cesar el dolor e inflamación articulares.

Se ha creído también que el germen del mal se introducía en el organismo por la faringe; y tuvo su fundamento esa creencia en que solía preceder al ataque reumático un estado de angina.

Están especialmente predispuestos al reumatismo las personas jóvenes desde los diez y seis a los veinte años y poco más.

El reumatismo articular se observa muy especialmente en los pueblos de las zonas templadas; y ataca más, por lo regular, en primavera.

Puede empezar bruscamente con escalofrío y fiebre elevada, aunque casi siempre, o con mucha frecuencia, precedido de una angina y seguido rápidamente de tumefacción y dolor en algunas articulaciones.

Se localiza la enfermedad, por lo regular, en una o más articulaciones de las extremidades, de preferencia en las rodillas, aunque se afectan pronto las de los brazos. En los casos graves se afectan varias, sin orden, ni en el ataque ni en el alivio, pudiendo repetirse en ellas los accesos. Las articulaciones atacadas están tumefactas enrojecidas por la acción del exudado, y por la infiltración serosa que se produce en su alrededor, constituyendo el edema periarticular. El exudado se comprueba al nivel de las articulaciones grandes por la fluctuación. El síntoma más constante y molesto es el dolor que se exagera con los más

pequeños movimientos, lo cual les obliga a permanecer en cama con las piernas dobladas en las articulaciones afectadas. Los más ligeros movimientos producen a veces los más intensos dolores.

También se observan sudores profusos que atormentan a los enfermos y llevan consigo la molestia del cambio de ropas frecuente y el peligro de los enfriamientos.

La fiebre sigue un curso remitente regular; y se observan en ella ascensiones repentinas coincidiendo con los ataques articulares o con la agravación de ellos. La inteligencia está ordinariamente despejada. La lengua saburrosa; la sed intensa; la orina concentrada y rojiza.

Las complicaciones frequentísimas de esta enfermedad son la endocarditis y la pericarditis y lo son tanto que se calcula que no baja de el 36 al 38 por ciento el número de los atacados y en los niños muchos más. Aparecen pronto; a veces al empezar el ataque reumático. Transcurridas cuatro semanas es ya muy poco probable. Lo probable es que aparezcan en la primera semana.

La endocarditis se da a conocer por la aparición de los soplos cardiacos. Por eso, y por ser ese el único medio de conocerla en tiempo, se recomienda al médico que ausculte todos los días al enfermo. Sin embargo a veces, hasta faltan los soplos. Otras veces se observan palpitaciones, opresión o dolor precordial, irregularidad del pulso y repentina elevación térmica. La endocarditis se localiza ordinariamente en la válvula mitral, y se manifiesta por un soplo

suave sistólico en la punta del corazón. La inclinación del corazón hacia la derecha y el refuerzo del segundo tono pulmonar demuestran de manera indudable la existencia de una lesión valvular.

También se presenta, a veces, como complicación, la pericarditis aunque con mucha menos frecuencia. Suele empezar y caracterizarse por dolores en la región del corazón que se irradian al hombro izquierdo: y en la auscultación y mientras que el derrame que, de ordinario se forma, no ahogue el ruido, se observa en la base y a veces en la punta un ruido de roce.

Los exudados desaparecen bastante bien con un buen tratamiento.

También suele afectarse el miocardio; y puede considerarse presente esta complicación cuando se observe irregularidad del pulso sin notar soplos.

La frecuencia y abundancia de los sudores dá lugar a la aparición de eritemas de color violáceo que aparecen de ordinario en las piernas y suelen durar poco.

También suelen formarse, en los niños especialmente, nódulos que desaparecen pronto.

Manifestaciones graves del sistema nervioso, caracterizadas por delirios violentos fébriles, se presentan frecuentemente en los alcohólicos y también en histéricos y neurasténicos. Cuando la fiebre es escesiva y toca a veces en los 40°, y 41° o más, se le dió el nombre de reumatismo cerebral. Cuando toma esta forma hay grande intranquilidad, delirio y a veces también meningismo y convulsiones. Dura este esta-

do pocos días o pocas horas, y sobreviene la muerte casi siempre por colapso.

El tratamiento puede decirse que está hoy concentrado y reducido al ácido salicílico y salicilatos aunque también alguna vez se emplea todavía la tintura de colchico, el yoduro potásico y el sublimado.

El yoduro potásico se administra a la dosis de 1,50 a 2 gramos al día; el sublimado a la dosis de cuatro o cinco miligramos al día; pero es, como acabo de decir, el ácido salicílico y los salicilatos el remedio realmente específico.

El ácido salicílico se toma en sellos de a 50 centigramos, bebiendo después agua o leche. Los adultos tomarán un sello cada hora cuando se hallan despiertos. A los diez o doce suele observarse bastante mejoría, desapareciendo la fiebre y desapareciendo los síntomas articulares. Debe continuarse algún tiempo con el remedio para evitar las recaídas.

Pero su uso produce muy frecuentemente efectos secundarios desagradables con gastralgias, náuseas, vómitos, sudores profusos, zumbido de oídos y vértigos. Por eso, y por ser indudablemente de mejor acción, muchos médicos prefieren el salicilato de sosa, administrándolo en dosis de dos gramos, y aún tres, dos o tres veces al día en sellos o solución de la siguiente manera:

De salicilato de sosa, 10 gramos.

De agua, 100 gramos,

De agua de menta piperita, 50 gramos.

Mézclese.

En mi práctica médica casi siempre he adoptado el siguiente tratamiento: En los dos o tres primeros días he dado seis gramos de salicilato de sosa al día en tres dosis de a dos gramos cada una. Empleaba tres días si la sordera y los zumbidos que produce el salicilato no eran demasiado pronunciados, y después seguía con dos dosis diarias, una a media mañana y otra a media tarde de a dos gramos durante unos cuantos días. Ordinariamente empleaba la solución Clin de salicilato de sosa, que es una excelente preparación.

Cuando las náuseas o vómitos hacen poco posible la administración por la boca del salicilato, se da en enemas, prescribiendo cuatro gramos en cincuenta de agua con 5 a 8 gotas de tintura de opio.

Actualmente se administra también la aspirina en dosis de medio a un gramo, varias veces al día, hasta 4 a 6 gramos, en las 24 horas. Tiene la misma acción que el salicilato y se tolera mejor.

El salófeno puede también producir los mismos efectos que el salicilato de sosa en dosis de un gramo cuatro o cinco veces al día. Es insípido y carece de acciones molestas secundarias; pero sus efectos son más lentos.

También se usa mucho actualmente el diplosal en dosis de medio a un gramo cuatro veces al día.

Aunque los preparados salicílicos no ejerzan acción en los procesos del endocardio, como acortan la duración del reumatismo articular, disminuyen por eso mismo el peligro.

Si los molestos efectos secundarios hicieran impo-

sible o muy difícil el empleo de los salicilatos, o no se obtuviesen los efectos deseados del ácido salicílico y de la aspirina podremos recurrir a la antipirina, que se prescribirá en dosis de 35 a 50 centigramos tres y aún cuatro veces al día en sellos o en una solución de 3 a 4 gramos por 180 de vehículo, para dar una cucharada grande cada dos horas.

No debe prolongarse mucho su uso por su posible acción sobre el corazón.

A veces apesar de todos los medicamentos, y desaparecido el reumatismo de las articulaciones, permanece fijo en una. Entonces hay que recurrir a la medicación local friccionándola con pomada de ácido salicílico, salicilato de metilo o mesotan.

FÓRMULAS

De aceite de vaselina, 20 gramos.

De mesotan, 10 gramos.

Mézclese.

De salicilato de metilo, 5 gramos.

De ácido salicílico, 4 gramos.

De vaselina, 10 gramos.

Mézclese.

Estas pomadas se aplican en unturas mañana y tarde a la articulación enferma, aplicando encima tafetán gomado y algodón.

Deben tenerse especiales cuidados con el enfermo en el abrigo y en la alimentación, evitándole enfriamientos y corrientes de aire.

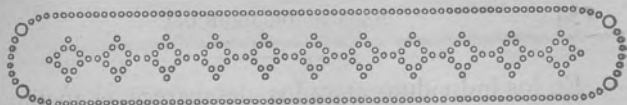
El enfermo debe guardar cama aún en los ataques ligeros; especialmente en los casos de complicaciones. No deben levantarse hasta que hayan pasado ocho o diez días de haber desaparecido las inflamaciones articulares. La alimentación en casos de fiebre será líquida; tal como la leche, sopas de leche, de sémola, de arroz. Cuando cede la fiebre se dará también algún huevo. Se darán bebidas abundantes frescas, tales como limonadas y aguas minerales bicarbonatadas.

Cuando cede la enfermedad se darán frutas cocidas y algunas carnes.

Deben llevar trajes de lana interiormente; hacer fricciones diariamente con agua fresca empezando por el pecho, dorso y brazos. Al agua es conveniente agregar alcohol.

Y cuando en los primeros tiempos que salgan, regresen sudorosos o con calor, tomarán algún líquido caliente y se abrigarán, no dejando además de dar algún paseo por la casa en sitio abrigado.





CAPÍTULO XXV

FIEBRE AFTOSA

(Estomatítis epidémica-Glosopeda)

La fiebre aftosa es la glosopeda transmitida de los animales al hombre, principalmente por la leche contaminada. También puede transmitirse por contagio directo.

La invasión se verifica con fiebre e inflamación en la boca. La mucosa se presenta muy roja y dolorosa. Sobre la mucosa inflamada se forman vesículas que al poco tiempo se convierten en ulceraciones superficiales bastante dolorosas que pueden extenderse afuera de la boca. También pueden presentarse en las manos en individuos que ordeñen vacas o cabras enfermas. A veces se inflama extraordinariamente la lengua pudiendo llegar a constituir un peligro de sofocación.

Aún no se conoce el agente causa de la enfermedad. Pero se sabe que es muy susceptible al calor y que queda aniquilado en pocos minutos con temperaturas superiores a 80°.

En los individuos atacados desaparece el apetito, suele haber tendencia al vómito y diarrea. Hay a veces hemorragias, se forman petequias y se presenta tumefacción de los gánglios linfáticos del cuello y nuca; a lo cual también dan lugar las úlceras que se forman en la boca.

A veces resulta difícil diagnosticar el carácter epizoótico de las aftas. Pero los trastornos digestivos y la erupción vesiculosa que los acompañan hacen fácil el diagnóstico.

Los lugares donde haya animales atacados deben ser aislados con rigor. Serán desinfectados los establos y no se tomará la leche cruda, sino siempre cocida.

El tratamiento está basado en la desinfección. Se harán colutorios y gargarismos con solución al 3 por $\%$ de clorato potásico y se administrará esta sal al interior en una solución al 5 por $\%$ tomando una cucharada sopera tres veces al día. Sin embargo dados los inconvenientes que tiene este medicamento, sería bastante mejor el agua oxigenada en solución al 2 por $\%$ o de permanganato potásico el 1 por 1000. También será conveniente pincelar las encías, lengua y labios con la siguiente fórmula:

De tetraborato sódico, 4 gramos.

De agua destilada.

De miel rosada.

De glicerina.

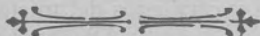
} a a 15 gramos.

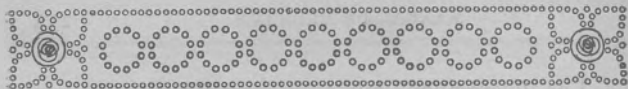
Mézclese.

Las ulceraciones que sean muy dolorosas se tratan muy bien con toques de nitrato de plata.

Siempre es conveniente empezar el tratamiento administrando un purgante suave que puede ser de sulfato de sosa o de aceite de ricino, en dosis de 20 gramos.

En las formas graves se ha empleado con frecuencia la quinina. Y cuando la enfermedad ataque a las manos, es excelente una pomada hecha con tres o cuatro gramos de óxido de zinc para cincuenta de vaselina.





CAPÍTULO XXVI

MUERMO Y CARBUNCO

MUERMO.—Enfermedad infecciosa y contagiosa que se presenta en los caballos, asnos, mulas, cabras, conejos y perros y se transmite al hombre por medio de las secreciones del animal que contaminan pequeñas heridas de la piel, formando nódulos.

Cuando ataca el muermo a la mucosa nasal del hombre el proceso puede avanzar en profundidad hasta los huesos y cartilagos nasales que se necrosan y pueden originarse en el paladar ulceraciones profundas, pudiendo llegar hasta las cuerdas vocales y mucosa laríngea y cartilagos del mismo órgano.

Puede ser de marcha aguda y crónica. Ataca con malestar, cefalalgia y fiebre. Al cabo de tres a seis o siete días aparecen los efectos de la infección general en forma de focos metastáticos inflamatorios en diferentes partes. En la cara puede evolucionar con la forma de una erisipela. Se presentan gánglios linfáticos inflamados y dolorosos. Otras veces aparecen tumefacciones sin dolor que rápidamente supuran formando profundas ulceraciones. Hacia el octavo o

duodécimo día se eleva la fiebre y aparece exantema propio del muermo, que se compone de manchas rojas que semejan picaduras de pulgas que se convierten pronto en pápulas, y después en pústulas. Se forman también abscesos de pus, y sobreviene pérdida de fuerzas que arrastra frecuentemente a la muerte.

El muermo crónico se desarrolla de manera sorda y solapada.

El agudo ocasiona casi siempre la muerte.

La profilaxia es lo más conveniente, porque el tratamiento médico es impotente. Es necesario combatir la enfermedad en el animal que la sufre, siendo el conocimiento rápido de la enfermedad lo mejor para evitarla. Debe darse muerte al animal atacado y desinfectarse cuidadosamente los establos. Las personas que tienen que cuidar o andar con animales enfermos se protegerán con vendas las erosiones más ligeras; y si se manchan deberán labarse bien, se desinfectarán y cauterizarán. Los enfermos deben aislarse y se advertirá a todos el gran peligro de contagiarse. Debe desinfectarse todo cuanto rodea a los enfermos.

Los nódulos del muermo y los abscesos se abrirán pronto, se raspan con cucharilla cortante y se taponan con gasa sublimada o fenicada. Las ulceraciones se limpian bien y se cauterizan con el termo o gálbano cauterio, con nitrato de plata o con tintura de yodo.

Para el tratamiento de las ulceraciones nasales se recomienda el cloruro de zinc en solución al 10 por

°/°; el ácido fénico al 4 o 5 por °/°, el agua de cloro &c. Las inflamaciones de la piel se combaten con compresas antisépticas o de agua helada.

CARBUNCO.—Es otra enfermedad de los animales hervívoros, que se manifiesta ordinariamente en forma de epizootias, especialmente en los valles húmedos y meses cálidos. Se transmite por el contagio directo o indirecto, ordinariamente de las vacas u ovejas. El agente causal es el *bacillus anthracis*. Sus esporos se conservan largo tiempo en las pieles y en las crines. Reina constantemente en China. También se transmite la enfermedad de persona a persona, siendo la puerta habitual del contagio la piel lesionada o erosionada, aunque solo sea por la picadura de un insecto infectado con materia carbuncosa.

También parece que puede penetrar por alimentos, como leche procedente de animales carbuncosos.

El carbunco cutáneo es la forma frecuente. A los dos o tres días de la infección o poco más, se marca una mancha como una picadura de pulga que se transforma en pápula. En ella se señala un punto negruzco y duro. Ordinariamente se presenta en los brazos, manos o cara. En el curso de doce a diez y ocho horas la pápula se convierte en una vesícula rodeada de fuerte inflamación y enrojecimiento, que contiene un líquido, ordinariamente turbio. Aparece pronto una costra seca tras de esta vesícula, de color violáceo o negruzco, que se estiende en profundidad y anchura, rodeada de tejidos infiltrados. La costra se vuelve toda negra y dura, de modo que es necesario un bisturí fuerte para seccionarla. A su alrededor se

forma densa infiltración y edema que se extiende notablemente. Hacia el fin de la primera semana o en el curso de la segunda, alrededor del tejido carbuncoso aparece una supuración que llega a producir el desprendimiento de la piel, y produciéndose el desprendimiento de la costra también, y disminuyéndose la inflamación de los ganglios linfáticos; y apareciendo poco a poco la cicatriz.

A este cuadro acompañan síntomas generales, como fiebre, cansancio, inapetencia; a veces otros más graves y aparatosos, como vómitos, postración, diarreas hemorrágicas, sudores profusos y fenómenos de colapso en cuyo estado puede venir la muerte.

En general no es demasiado grave el pronóstico del carbunco cutáneo. En unos dos tercios de los enfermos se consigue la curación fácilmente. Cuando el carbunco invade el intestino o el pulmón es muy grave. Cada vez se recomienda más por los cirujanos el tratamiento conservador. Debemos limitarnos a limpiarlos alrededor del carbunco a dejar en reposo y en posición elevada el miembro enfermo, y a cubrir la pústula con pomada y un vendaje. La pomada puede ser de 1 gramo de óxido de zinc por 50 de vaselina.

Dada la susceptibilidad y poca resistencia de los bacilos carbuncosos a las elevadas temperaturas, es posible combatirlos por medio del calor.

Esto puede fácilmente conseguirse con la aplicación de cataplasmas, y mejor aún a favor de tubos en expiral a través de los que pase agua caliente, por

procedimientos eléctricos, o con bolsas de goma con agua caliente.

Cuando se haya tomado carne sospechosa debe vaciarse lo más pronto posible el estómago con el lavado o vomitivos, y después dando algún purgante para vaciar el intestino.

En casos de carbunco pulmonar, deben darse remedios antisépticos internos, administrando por la boca o por vía subcutánea, yodo, ácido fénico quinina, &c. También se han usado las inyecciones de colargol.

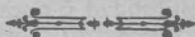
El yodo bajo la forma de jarabe yodo-tánico.

El ácido fénico en píldoras, como las siguientes:

De ácido fénico, 10 centigramos.

Háganse S. A. píldoras de a medio centígramo. Para tomar dos al día.

La quinina en sellos de a 25 centigramos. Dos al día.





CAPÍTULO XXVII

PALUDISMO

El paludismo es producido por la presencia en la sangre de los plasmodios maláricos. La multiplicación asexual de los plasmodios, se desarrolla solo en el hombre. La sexual únicamente en los mosquitos llamados *anofeles*. Donde no hay anofeles no hay paludismo, como se vé en el archipiélago de las Barbadas.

En los trópicos se desarrollan los anofeles de una manera constante, especialmente en las costas. En nuestras latitudes, solo en los meses de verano, de julio a octubre. El paludismo solo existe en las zonas tórridas o templadas. En China es muy frecuente.

Los anofeles necesitan para propagarse depósitos naturales de agua, fosas, pantanos o lagunas, donde pongan los huevos, especialmente si son las aguas estancadas. No suelen ponerlos en agua corriente. Los movimientos de tierras en la construcción de canales, dan frecuentemente lugar a epidemias palúdicas pues los anofeles se multiplican extraordinariamente.

La infección palúdica se caracteriza por accesos de fiebre que se repiten con intervalos regulares, y adoptan los tipos cotidiano, tercionario o cuartanario.

En el tipo cotidiano hay un acceso todos los días a la misma hora.

En el terciano hay un acceso semejante cada dos días; es decir, que cada acceso de fiebre va seguido de un día de apirexia.

En el tipo cuartanario los accesos tienen lugar cada cuatro días; es decir, que cada uno de fiebre va seguido de dos de apirexia.

Todos estos tipos pueden ser dobles. Así hay doble cotidiana, doble terciana, y doble cuartana.

En la doble cotidiana hay dos accesos diarios. En la doble terciana un acceso cada día, con la circunstancia que se parecen o corresponden los de los días pares y los impares respectivamente; es decir, el del primer día al del tercero, y el del segundo al cuarto. Doble cuartana: en esta se presenta acceso en el primer día; el segundo también, pero diferente. El tercero no hay fiebre. El cuarto acceso semejante al del primer día. El quinto otro igual al del segundo.

Estos accesos pueden producirse con regularidad; pero si se alcanzan unos a otros, constituyendo el tipo subintrante, tomará la enfermedad carácter más grave.

El tipo tercionario y el cotidiano son los más comunes.

Aunque la enfermedad suele ir precedida de malestar, quebrantamiento y vómito empieza otras

veces bruscamente con un fuerte escalofrío que puede llegar hasta el temblor y castañeteo de dientes y a producir lividez en labios y uñas; Se enfrían las extremidades, la nariz y las orejas; se hunden los ojos y la piel se pone de carne de gallina. Al mismo tiempo que se nota este escalofrío, la temperatura en la axila se eleva a 40° y aún más, y va acompañada de cefalalgia, dolor lumbar y opresión. La duración del frío es variable. Dura de algunos minutos a bastantes horas.

A este acceso de frío sigue el estadio de calor, disminuyendo gradualmente el frío; y pronto es asiento la piel de un fuerte calor urente. La duración de este estadio es, por lo regular, de cuatro a cinco horas; y tras el empieza y se presenta el estadio de sudor.

Empieza gradualmente a humedecerse la piel, corre el sudor, que aumenta y se hace general y abundante, empapando las ropas del enfermo. Su aparición disipa la cefalalgia y las molestias, y se hace pronto normal la temperatura.

La duración total de un acceso suele durar de una a diez y ocho horas.

En los niños es frecuente que la fiebre adopte el tipo cotidiano, por lo cual es difícil reconocer que se trata de una intermitente. Para aclararlo es necesario reconocer el bazo, que siempre aumenta de volumen en el paludismo, y también muchas veces el hígado.

Al acceso sigue una calma de variable duración, durante la cual recobra el enfermo su estado normal;

pero a veces quedan demasiado débiles y cansados del acceso, y no se reponen facilmente.

Son frecuentes las recaídas en esta fiebre, y hasta adquiere, a veces, un estado semicrónico, y aún llega al de caquexia palúdica; estado que presenta todos los caracteres de una anemia profunda, con un color pálido terroso, inapetencia, malas digestiones, bazo abultado y sensible y soplos cardiacos a veces. De tiempo en tiempo son acometidos de accesos febriles contra los que tiene poca acción la quinina; aparece la ascitis por consecuencia del obstáculo que oponen a la circulación los infartos del hígado y del bazo; se presentan los edemas, albuminuria y diarrea incoercible, y el enfermo sucumbe en el marasmo.

Además de la fiebre regular palúdica, se presentan también fiebres anormales, perniciosas y larvadas.

En las anormales ora falta un estadio, ora se confunden éstos entre sí, precediendo el calor al frío, o presentándose esas sensaciones limitadas a una parte del cuerpo.

Las perniciosas constituyen una variedad, la más grave e importante de las fiebres anómalas.

Una fiebre palúdica es perniciosa ya por el hecho de la exageración de uno de los fenómenos del acceso; sea del frío, del calor, o del sudor; ya por la aparición de un síntoma extraño; lo cual nos conduce a establecer dos categorías.

1.º Fiebre perniciosa por exageración de uno de los fenómenos del acceso. La fiebre puede hacerse perniciosa por exageración del frío. Es la fiebre algida que está caracterizada por un frío intenso y general,

de que el enfermo no suele tener conciencia, porque se encuentra al mismo tiempo afectado por una sensación de calor interno; la cara tiene aspecto cadavérico; y es tal la gravedad, que el enfermo puede sucumbir en el primer acceso.

La fiebre puede ser perniciosa por exageración del calor. En ella se eleva la temperatura hasta 43° , 44° y 45° . De ello he citado un caso del que he sido testigo presencial, y médico de su asistencia. En el acceso, en que llegaba a 45° y décimas la temperatura aparecían graves desórdenes del corazón y del pulmón que amenazaban acabar con la vida.

Otras veces se presenta la perniciosidad en la exageración del sudor. Es la llamada fiebre diaforética en la que se hacen tan excesivos los sudores que abaten y aniquilan las fuerzas del enfermo; de tal modo que puede también presentarse la muerte en el primero o segundo acceso si se desconoce en el principio la causa, y no se pone rápido y enérgico remedio.

También se presenta algunas veces enmascarada la perniciosidad con la presentación de un síntoma extraño. Y ordinariamente estas son gravísimas, y con mucha frecuencia mortales, si se desconoce el carácter palúdico en el principio, y lo son frecuentemente en el primero o segundo acceso. Así ocurre con la forma comatosa, en la que parece hallarse el enfermo sumido en profundo sueño; con la forma cerebral que toma el aspecto de un ataque a este centro; con la forma intestinal caracterizada por diarrea incoercible y síntomas coléricos y disentéricos.

La fiebre perniciosa se observa especialmente en los países cálidos, aunque también se ve en los templados. A veces se manifiesta su carácter ya en el primer ataque; otras en el segundo o tercero; y si no se interviene con rapidez y energía, es casi segura la muerte.

Tengamos por regla general, y muy segura lo siguiente:

«Debe desconfiarse de toda fiebre intermitente que presente, ya una intensidad creciente de los accesos, ya algún síntoma desacostumbrado».

Otra de las formas de paludismo es la forma larvada, nombre que se ha dado a ciertas manifestaciones en las que no existe fiebre; pero que se descubre su carácter por varios síntomas, tales como las neuralgias de la cara, y otras menos frecuentes que presentan el tipo de intermitencia.

TRATAMIENTO.—En el tratamiento del paludismo es necesario atender con empeño a la par que a las prescripciones médicas a la profilaxia o medios preventivos. La profilaxia deberá ser colectiva o individual.

Sabido es que el paludismo reina en las regiones pantanosas y lo inocular la picadura de los mosquitos que nacen en la superficie de las charcas y pantanos. La profilaxia, pues, podrá realizarse por los trabajos de saneamiento y por la lucha directa contra los mosquitos. Los trabajos de saneamiento comprenden la desecación y drenaje de los pantanos y charcas por medio de la plantación de árboles de crecimiento rápido que absorben gran cantidad de humedad fa-

voreciendo la desecación del suelo. Los eucaliptos, los bambús, los chopos y plátanos son los más apropiados.

La lucha contra los mosquitos se relaciona destruyendo sus huevos y larvas por medio de la petrolización de las capas de agua. La petrolización debe hacerse poco después de la puesta de los huevos, que tiene lugar en la primavera. Para ello se echará aproximadamente de 10 a 15 centímetros cúbicos de petróleo por metro cúbico de agua.

Este excelente procedimiento es, a veces difícil por razón del precio del petróleo; y también porque los animales no quieren beber el agua con petróleo en las lagunas o charcas.

Las habitaciones se protejeran contra los mosquitos poniendo en las ventanas tela metálica espesa que ellos no puedan atravesar, y mosquiteros en las camas.

También deberán aislarse los enfermos, porque contaminan a los mosquitos que les pican, y estos luego difunden el paludismo.

La profilaxia individual se llevará a cabo procurando no salir de casa desde la caída de la tarde, y especialmente por la noche; pues los mosquitos duermen durante el día y salen en esas horas.

Debe de beberse el agua hervida. Por eso es excelente la infusión de té, que deberá no estar cargada. Conviene cuando hay necesidad de salir a las horas en que los mosquitos salen, llevar cubiertas las manos, cara y cuello.

Conviene emplear, especialmente en los distritos

palúdicos, como preventiva, la quinína; y la forma que tiene más boga es tomando un gramo de sulfato de quinína el sábado y otro el domingo.

Los mosquitos podrán destruirse también en el invierno con fumigaciones de azufre y por medio de la desecación de las charcas.

TRATAMIENTO MÉDICO.—Su base estriba en la administración de las sales de quinína, sulfato o clorhidrato, y debe administrarse preferentemente durante los periodos de apirexia, excepto en las formas graves que se administrará inmediatamente sin atender a eso. Se administrará también diferentemente según los casos.

La quinína es el específico contra el paludismo por su acción electiva sobre el plasmodio palúdico. De entre sus sales las más usadas y de más justo renombre son el sulfato y el clorhidrato. Pero parece que debe darse la preferencia a este, especialmente cuando sea preciso obrar rápidamente; en cuyo caso se emplea en inyecciones subcutáneas o intramusculares.

Estas inyecciones estan siempre indicadas cuando es necesario obrar rápidamente y con urgencia como sucede en casos de fiebre perniciosa o anómalas, lo mismo que cuando no sea posible, por vómitos o por otra causa obrar por el estómago.

Y es excelente la prescripción siguiente en este caso.

De cloruro de quinína, 10 gramos.

Agua destilada, 18 gramos.

Etiluretano, 5 gramos.

Mézclese y disuélvase para inyecciones subcutáneas.

La adicción a esta fórmula del etiluretano aunque no sea rigurosamente necesaria favorece la solubilidad. La dosis máxima para una inyección es de 75 centigramos a 1 gramo. El dolor que produce es pequeño. Cuando la solución se ha enturbiado por ser algo antigua, basta calentarla para que se aclare de nuevo.

En la práctica ordinaria basta en la mayor parte de los casos la administración por la boca.

De los estudios de Golgi y otros, y de la experiencia práctica se deduce que la quinina obra con intensidad máxima sobre los plasmodios del paludismo en el momento de su multiplicación; y por lo tanto poco antes de la elevación térmica.

La quinina no ejerce acción segura sobre los plasmodios escondidos en el bazo; solo ataca a los gérmenes que circulan con la sangre, dato importante que demuestra la limitación del tratamiento.

La quinina solo es nociva, en general, para las células del cuerpo humano en dosis muy elevadas, en dosis de 8, y más gramos, sobre todo si se prolonga mucho el tratamiento.

En muchas personas la dosis común de 1 a 2 gramos produce alguna vez vértigos, zumbidos de oídos, náuseas y aún ligeros temblores. Para corregir estos trastornos se recomienda tomar al mismo tiempo un gramo de bromuro potásico.

La quinina puede administrarse en sellos y en solución. Esta forma es más activa; pero ordinaria-

mente los enfermos la rechazan por su sabor tan amargo.

La quinina se falsifica mucho a causa de su precio elevado.

El Doctor Laverán administraba la quinina en la forma ordinaria del paludismo del modo siguiente, o sea de modo discontinuo:

1.º, 2.º y 3.º día, de 80 centigramos a 2 gramos de clorhidrato de quinina.

4.º, 5.º y 6.º día, sin quinina.

8.º, 9.º y 10.º día, de 60 a 80 centigramos de quinina.

11, 12, 13 y 14 día, sin quinina.

15 y 16 día, de 60 a 80 centigramos de quinina.

17, 18, 19 y 20 día, sin quinina.

21 y 22 día, de 60 a 80 centigramos de quinina.

Se administrará la quinina dividida en tres dosis, de las que la primera se dará cinco horas antes, la segunda tres y la tercera una hora antes del acceso. Se prolongará el tratamiento si reaparece la fiebre.

En los niños se disminuirán las dosis en esta forma, dándose:

Hasta los dos años, de 10 a 20 centigramos.

Hasta los cuatro años, de 20 a 30 centigramos.

Hasta los siete años, de 30 a 40 centigramos.

Hasta los doce años, de 40 a 60 centigramos.

Y divididas en la misma forma que a los mayores.

El Doctor Alemán Nocht ha demostrado que las dosis pequeñas de quinina administradas en poco tiempo, pueden ejercer también la misma acción que una sola dosis elevada.

Siguiendo este método que ha sido bien acogido en los trópicos, puede empezarse la medicación de la quinina inmediatamente de hecho el diagnóstico, administrando 20 centigramos de cloruro de quinina cada dos horas, hasta llegar a la dosis diaria de uno a dos gramos; y aunque a veces sobrevienen recidivas, también sobrevienen con el método de Laverán y con otros, afirmando varios médicos que lo han experimentado, que el tratamiento de las dosis fraccionadas da mejores resultados que el método de las dosis altas; aunque a veces no son destruidos los plasmodios con una dosis de quinina, aunque sea fuerte, y debemos recurrir al tratamiento consecutivo. Pero ante las dificultades que tiene el precisar el momento oportuno, el Doctor Nocht ha recomendado hacer su tratamiento en la forma siguiente:

Durante los primeros ocho días se administrará diariamente una dosis completa de quinina que será de un gramo para los adultos, dado en dos dosis con un cuarto de hora o media hora de intervalo.

Después sigue una pausa de tres días sin quinina.

Luego se administra por espacio de otros tres días un gramo diario.

Pausa de cuatro días; otros tres días de un gramo diario.

Pausa de cinco días; otros tres días de un gramo diario.

Pausa de seis días; otros tres días de un gramo diario.

Pausa de siete días; otros tres días de un gramo diario.

Pausa de ocho días; otros tres días de un gramo diario.

Pausa de nueve días; otros tres días de un gramo diario.

Pausa de diez días; otros tres días de un gramo diario.

De este modo termina el tratamiento que dura, en conjunto 84 días. También el gramo puede distribuirse en cinco dosis de 20 centigramos, y tomar una cada dos horas.

La quinina inyectada por la vía intramuscular es de acción más segura y rápida. A veces bastan una o dos inyecciones para obtener la curación. Pero a veces no basta el tratamiento por la quinina para evitar las recaídas, aunque casi siempre basta y los enfermos se restablecen rápidamente; el infarto del bazo disminuye en pocos días, y se compensa la disminución de los glóbulos rojos de la sangre. Sin embargo, eso no ocurre con frecuencia cuando han sobrevenido ya algunas recidivas. El tratamiento debe atender entonces a estimular la neoformación de la sangre y tonificar el organismo.

El arsénico desempeña un gran papel en esto, y se administra así

Cuando la absorción está debilitada o cuando existe un grave catarro intestinal, debe recomendarse

la inyección subcutánea de cacodilato de sosa formulado en esta forma.

Cacodilato de sosa, 6,40 gramos.

Alcohol fenicado al centésimo, 10 gotas.

Agua destilada, 100 gramos.

Esterilícese para poner una inyección diaria de un centímetro cúbico.

Esta inyección puede repetirse por periodos de cinco días dejando al enfermo descansar ocho días después de cada periodo.

El comercio suministra estas inyecciones en ampollas, que son preferibles.

También puede emplearse la de arrenal que se considera mejor por algunos, aunque otros lo combaten. También se pone una diaria durante periodos de cinco días a los que siguen ocho de descanso.

En otros casos se recurrirá al licor de Fowler dando tres gotas cuatro veces al día, o a las píldoras asiáticas, tomando una, dos o tres veces al día.

En el tratamiento de la anemia se recomiendan los ferruginos como las píldoras de Blaud u otro. Debe procurarse la regularización de la actividad intestinal por medio de las irrigaciones intestinales o algún ligero laxante.

También puede hacerse algún tratamiento, para evitar o disminuir las molestias de los accesos. En el escalofrío poco puede hacerse. Apenas es posible atenuarle con la administración de bebidas calientes y abrigando al enfermo. En el periodo de calor obran favorablemente las compresas frescas o la bolsa de

hielo aplicada a la cabeza. Resultan muy agradables los lavados frescos con esponja; y los baños generales templados. Pero durante ellos es necesario examinar frecuentemente al enfermo, y su pulso. Cuando haya cefalalgia muy intensa, intranquilidad grande o delirio esta indicada la inyección de morfina. La sed intensa se combatirá con limonadas, con vino blanco y con aguas alcalinas. Las bebidas alcohólicas solo estan indicadas cuando desfallezca la actividad del corazón; aunque para este objeto será más eficaz la tintura de digital que puede formularse de este modo:

De tintura de digital, 60 gotas.

De tintura de nuez vómica, 20 gotas.

De jarabe de valeriana, 30 gramos.

De infusión de tila, 120 gramos.

Mézclese para tomar a cucharadas cada tres o cuatro horas.

Si hay vómitos y no los hacen desaparecer los trocitos de hielo, será conveniente la aplicación de un sinapismo en la región epigástrica y la posición horizontal. Y cuando eso no bastase, se tomará, de hora en hora, una cucharada sopera de la poción siguiente:

De cloroformo, 10 gramos.

De goma arábica, 10 gramos.

De azúcar, 20 gramos.

Mézclese.

Se tritura en un mortero, y se añade agua hasta completar 200 gramos. En casos muy rebeldes se apelará al lavado del estómago con agua hervida caliente.

Los dolores del bazo hacen a veces necesaria la morfina en dosis de una inyección de a centígramo que se puede repetir media hora después, si es necesario.

La tos frecuentemente muy molesta, se puede combatir con un jarabe de codeína o de heroína, como el de Villegas.

FIEBRE PERNICIOSA.—En el caso de fiebres perniciosas se administrará una fuerte dosis de quinina, de una vez, en el momento que la fiebre es menos elevada. Sin embargo, debe tenerse presente que en el caso de que la fiebre sea perniciosa, no deberá esperarse nada, sino administrar rápida y enérgicamente el remedio. Solo así se podrá salvar la vida muchas veces.

En este caso es cuando debe administrarse la inyección hipodérmica con objeto de tener una acción más rápida; y se empleará el biclorhidrato de quinina o clorhidrato en la forma que dejo atrás dicha, o sea:

De biclorhidrato o cloruro de quinina, 10 gramos.

De agua destilada, 18 gramos.

De etilurétano, 5 gramos.

Mézclese y disuélvase para inyecciones subcutáneas, o intramusculares.

En la perniciosa por exageración del calor es necesario para contrarrestar sus peligros, mientras no se domine la fiebre, apelar al baño general a 30° centígrados con aplicación de paños fríos mojados en agua, a la cabeza, y adicción también de agua fría al baño para rebajar la temperatura que sube con el

calor del cuerpo. También para corregir el desorden del corazón que se presenta con esa fiebre es a veces necesario aplicar algún paño mojado en agua fría, al corazón.

En la Revista «Le Monde Medical» acaba de aparecer un notable artículo sobre el paludismo del ilustre Doctor Gutmann cuya parte principal me parece conveniente insertar aquí, por tratarse de un Médico de gran práctica en ese tratamiento. Dice así: Los tratados describen en el paludismo tres periodos: primario, secundario y terciario, división calcada en la de la sífilis. Por varias razones consideramos nosotros preferible dividir el paludismo en paludismo de invasión y paludismo de evolución que comprende el resto con diversos aspectos clínicos; las formas perniciosas y la caquexia.

En el primero, el tratamiento es susceptible de esterilizar al palúdico. El diagnóstico precoz es aquí muy importante.

La dosis diaria de quinina que debe administrarse, depende de las regiones donde ha sido contraído el paludismo. Creemos que esta dosis no debe ser inferior a dos gramos, pudiendo, a veces, llegar a tres.

Al revés de lo que ocurre en el paludismo de evolución, es a menudo conveniente emplear, por lo menos al principio los métodos por inyección. La inyección está indicada en las formas graves. En las de mediana intensidad constituye una buena técnica la inyección subcutánea muy diluida, por ser causticas las soluciones concentradas.

Mañana y noche inyectaremos 30 centímetros cúbicos de la solución siguiente:

De clorhidrato de quinina, 10 gramos.

De agua o suero, 200 centímetros cúbicos.

De urétano, 3 gramos.

Mézclese.

El tratamiento deberá continuarse hasta mucho tiempo después de la desaparición de la fiebre; si bien muy pronto, a poco que el estado digestivo lo permita, se pueden abandonar las inyecciones y recurrir a la ingestión por la boca, siguiendo las reglas que daremos luego.

También pueden emplearse inyecciones intramusculares, que constituyen un método activo muy empleado; aun cuando tiene algunos inconvenientes.

El tratamiento especial debe siempre ir precedido y acompañado de un tratamiento general. Comenzaremos por dar un purgante salino, y en los casos urgentes un enema purgante además. Después, cuando se dé la quinina se prescribirá el sulfato de sosa tomado a pequeñas dosis cada mañana; unos diez gramos, poco más o menos. Antes de dar la quinina a un palúdico, precisa prepararle de la propia manera que se hace con un asistólico para darle la digital.

En las formas graves combatiremos la fiebre y la agitación por medio de enemas y envolturas frías; y sostendremos el corazón con inyecciones de aceite alcanforado y estricnina, y aseguraremos la diuresis con el suero glucosado. Las inyecciones de aceite, que pueden ponerse varias serán al 1 o al 2. Las de estric-

nina que serán de a medio miligramo, pueden ponerse dos a tres al día, o aún cuatro.

Paludismo de evolución.—Hay dos opiniones a propósito de las indicaciones de la quinina en esta forma: la de los que creen que deben darse de un modo intermitente; y la de los que creen que es más ventajoso prescribirla de un modo continuo durante cierto tiempo, lo mismo si el enfermo tiene accesos como si no los presenta.

El Doctor Gutmann da la preferencia al tratamiento continuo; consistiendo su método en dar la quinina a grandes dosis continuadas haya o no accesos, por la misma razón que debemos tratar un sífilítico con regularidad, presente o no manifestaciones. La medicación coadyuvante, de que luego hablaremos, está indicada en los intervalos del tratamiento quínico.

Horario quínico.—La hora en que debe administrarse la quinina no tiene interés más que en los accesos que se presentan con regularidad. En ellos, el momento más favorable es el de unas siete horas antes de la que debe presentarse el acceso. Administrada más tarde, la quinina llega a la sangre cuando el proceso íntimo del acceso está ya determinado; y por consiguiente no consigue su objeto clínico.

Con el método de las fuertes dosis continuas no hay que preocuparse de las horas de accesos presumidos, puesto que estos accesos no deben ya reproducirse.

La dosis.—Hemos comprobado, dice el Doctor Gutmann, que el paludismo de Africa del Norte cedía

siempre con 2 gramos; en tanto que el paludismo en la campaña de Oriente necesitó 3 gramos; y que en Grecia e Italia reclama una dosis variable según las regiones. Existe pues un verdadero índice quínico que varía según las condiciones etiológicas. Pero en términos generales, la dosis diaria oscila entre 2 y 3 gramos. Sería preferible, siempre que sea posible, no pasar de 2 gramos. En los niños oscilan las dosis desde 25 a 35 centigramos para niños de un año hasta 1 gramo o 1 y medio para los niños de 10 a 12 años.

Las dosis de 0.25 a 1 gramo que algunos médicos persisten en prescribir a los adultos no curan el paludismo; antes bien son nocivas. La dosis diaria tiene que ser, como hemos dicho, mayor.

Duración.—Este tratamiento debe ser continuado durante mucho tiempo, con la sola atenuante que transcurrido un cierto tiempo, podrán permitirse tan solo dos días de quinina por semana, en lugar de tres. Es difícil precisar la duración del tratamiento. Depende del estado del enfermo y de la evolución de la enfermedad. Podemos afirmar que después de los accidentes palúdicos comprobados, el primer periodo terapéutico deberá ser de tres meses por lo menos. Cesaremos después y vigilarémos el enfermo; y este estado de vigilancia durará algunos meses. El tratamiento será instituido de nuevo, con todo el rigor del principio, en cuanto aparezca el menor signo patológico. Debemos tener bien presente que un acceso aislado reclama algo más que una sola toma de quinina, y que debe ser el punto de partida de un nuevo

tratamiento prolongado. Debemos recordar también que en un palúdico que parece curado, una intensa fatiga, un viaje largo, una herida, puede despertar los accesos. Será pues conveniente antes de un viaje, antes de una operación, instituir de nuevo la quinización.

Vía de absorción.—La vía bucal es la vía de elección. Es bien tolerada, por lo regular, durante mucho tiempo. Es tan activa, y aún más activa, según algunos autores, que la inyección. Es indolora, y no expone a las molestias o accidentes locales que la inyección. Tan solo la intolerancia gástrica justifica el tratamiento por inyecciones.

Manera de practicar el tratamiento.—Como, por regla general, el tubo digestivo del palúdico es siempre saburral, empezaremos por prescribir un purgante salino. Si el hígado está congestionado, aplicaremos al nivel del hipocondrio derecho ventosas escarificadas. Lo mismo que para la digital, la quinina necesita cierta preparación. Una vez purgado el enfermo, se empezará el tratamiento en la forma siguiente: los tres primeros días de cada semana tomará el enfermo dos o tres sellos de 1 gramo de quinina cada uno, siempre durante las comidas. La quinina se tomará con un líquido ácido (limonada clorhídrica, o de limón) que favorece su absorción, dificultada por los medios alcalinos. Esta precaución es sobre todo indispensable en los hipoclorhídricos. Es una buena asociación la de una solución ácida de ácido fosfórico oficial con la toma de quinina.

Los tres días siguientes se suprime la quinina, y

en su lugar se prescribe la estricnina, el cacodilato, el arrenal, la kola. Después un día de descanso; y así sucesivamente.

La dosis diaria puede, según la conveniencia del enfermo, ser fraccionada en cuatro tomas. Pero nunca se tomará la quinina estando el estómago vacío.

Si consideramos necesario apelar a las inyecciones intramusculares o subcutáneas, las dosis serán las mismas.

¿A qué sal de quinina daremos la preferencia? —Las sales más ricas en principios activos, y las más empleadas por vía bucal son el sulfato básico, el sulfato oficial, el clorhidrato, y el bromhidrato. El tanato tiene la ventaja de carecer de sabor, y ser por consiguiente bien aceptado por los niños. Por vía subcutánea se emplea el clorhidrosulfato o el clorhidrato; mejor el primero, que es la más soluble de las sales de quinina. El formiato, que es indoloro, está especialmente indicado en inyecciones, y aplicado por esta vía da resultados superiores a las demás sales.

En los niños se recomienda el hidrociorato de quinina en solución al 0,50 por $\%$, administrado en enemas.

La asociación de la quinina en ingestión con cacodilato a dosis algo altas da también a veces excelentes resultados. Así se empleará la quinina a la dosis de dos gramos diarios durante tres días consecutivos. El día siguiente daremos una inyección de unos 15 centigramos de un arseno benceno en lugar de los tres días de arsenicales; y los otros tres días que quedan para terminar la semana, administrare-

mos la estricnina a la dosis de 2 a 4 miligramos diarios, y aún 5.

Por lo que toca a la dietética cree que el palúdico debe comer en cuanto sienta hambre, tenga o no fiebre aún. Si el apetito tarda en venir, se estimulará por medio de los amargos, agua de Vichy en ayunas &c. La alimentación será sustanciosa, y se compondrá de carne cruda o muy poco asada.

Formas perniciosas.—En ellas las indicaciones son sencillas. La quinina debe ser administrada cuanto antes, y siempre por vía subcutánea. Pero una parte importante del tratamiento la constituye la medicación sintomática, y especialmente la inyección de suero fisiológico o mejor glocusado isotónico al 47 por 1000.

Forma biliosa hemoglobinúrica.—Es la única en que la quinina debe ser momentáneamente substituida por otros tratamientos; y el que mejores resultados dá, es la inyección de suero salado o glucosado. Produce un efecto sobre la dificultad de eliminación renal casi inmediato. También se puede además practicar una sangría, si el pulso lo requiere.

Los enemas fríos, los baños templados, las envolturas frías, como sedantes generales hacen desaparecer la fiebre, y mantienen la humedad de la piel.

Un purgante ligero contribuirá a disminuir la auto intoxicación, pero no será administrado sino después de la inyección del suero. Para combatir el proceso hemorrágico prescribiremos el cloruro de calcio a la dosis de 3 gramos al día y durante 3 a 5

días. Las inyecciones de eter y aceite alcanforado se emplearán a medida de las necesidades.

Según la mayor parte de los autores, no se dará la quinina, sino después que el enfermo orine y haya desaparecido la hemoglobinuria, que no es otra cosa que el paso de la hemoglobina de la sangre a la orina. Se empezará con dosis ligeras, (25 centigramos) y tanteando progresivamente la susceptibilidad de enfermo. Una buena práctica consiste en hacerla tomar asociada con inyecciones subcutáneas de suero fisiológico. (Agua hervida con cloruro de sodio al 7 por 1000). El polvo de quina a la dosis de tres gramos diarios es un buen coadyuvante.

Caquexia.—El tratamiento consiste en inyecciones de quinina a la dosis de 3 gramos al día en suero glucosado isotónico; en la administración de médula ósea cruda; inyecciones de estricnina; y para terminar hierro a pequeñas dosis. Este es el tratamiento de la caquexia aguda hidrohémica.

Caquexia palúdica crónica. El Doctor Grall aconseja preferentemente lo siguiente:

De polvo de quina, 5 gramos.

De polvo de valeriana, 1 gramo.

De tartrato de hierro	} a a 0,30 gramos.
De sulfato de quinina	

Mézclese. Un papel en dos veces. Se volverá a la quinina en cuanto reaparezca la fiebre; y las dosis no deben ser superiores a 1 gramo o 1,25 gramos al día. Este tratamiento deberá ir precedido de la adminis-

tración de la ipecacuana a dosis nauseosa, o sea en papeletas de 1 a 10 centigramos a 20 cada media hora, aun cuando parezca que el enfermo está moribundo. Se ayudará con las inyecciones de suero fisiológico en dosis de 50 a 60 gramos cada dos o tres días.

Profilaxia quinica.—La quinización es el elemento preventivo capital probado en Argelia. Tomada correctamente la quinina en la dosis diaria útil de 0,20 gramos mañana y tarde o noche, que es la dosis profiláctica no determina más que molestias insignificantes que van disminuyendo a medida que se toma la quinina.

Igualmente publica Le Monde Medicafe en otro de sus últimos números, volviendo a ocuparse del paludismo, algunos datos señalando los buenos resultados de las inyecciones intramusculares del formiato de quinina en los niños de pecho; lo mismo que de la gran eficacia que se atribuye a las inyecciones subcutáneas del azul de metilo en los accesos de la fiebre biliosa hemoglobinúrica.

Y termina añadiendo los importantísimos datos comunicados por el Doctor Caussade a la Sociedad de Terapéutica de París, en una de sus últimas sesiones, sobre el tratamiento del paludismo por la quina cuando, por circunstancias especiales, la quinina es poco o nada eficaz. De esta comunicación conviene hacer especial mención, por su importancia y por la que le dió el gran clínico Trousseau al procedimiento que él y su maestro el Doctor Bretonneau empleaban frecuentemente en los soldados enfermos procedentes de Crimea y Argelia, y saturados de quinina

sin lograr la curación de sus accesos, lo cual lograba con el polvo de quina.

El Doctor Caussade siguiendo el ejemplo del célebre Trousseau empleó también el polvo de quina con resultados sorprendentes. El primer caso que refiere fué el de un Oficial del ejército afecto de una ciática unilateral rebelde a todos los medios de tratamiento, que amenazaba hacerle perder su carrera, y sospechando, por la razón de que había permanecido mucho tiempo en Marruecos, que se trataba de una invasión monosintomática de paludismo, empleó el método de Trousseau con el que curó rápidamente. El segundo caso fué otro Oficial procedente de Madagascar, a quien se había administrado la quinina *larga manu*, sin resultado. Los Doctores Caussade y Tardieu le prescribieron el polvo de quina amarilla, consiguiendo su curación después de haber llevado 12 años de enfermedad.

La técnica seguida por dichos doctores está inspirada en la de Trousseau-Bretonneau, y consiste en hacer tomar al enfermo, por la mañana en ayunas, en dos tomas aproximadas, un total de 8 a 10 gramos de polvo de quina Calisaya en vino, o mejor aún en jarabe de corteza de naranjas agrias. Esta cura debe durar unos diez días; y en caso necesario, puede ser repetida dos o tres veces.

Trousseau creía que, en la cura del paludismo franco, debía darse el polvo de quina lo más distante posible del próximo acceso; es decir, lo más inmediato posible al acceso anterior; y todos los Doctores convienen en que las indicaciones principales las

constituyen en primer término aquellos casos en que el palúdico no quiere ni siquiera oír hablar de la quinina; y después aquéllos otros en que las sales de quinina no son eficaces; y finalmente en las formas monosintomáticas, caracterizadas por cefaleas, neuritis, neuralgias. &c. Y podría ser que aumentando bastante las dosis, se consiguiera curar, de esta manera las formas perniciosas y las caquexias palúdicas, que se caracterizan por falta de fuerzas, empobrecimiento de la sangre, enflaquecimiento y flacidez de los tegidos.





CAPÍTULO XXVIII

FIEBRE RECURRENTE

Es debida a un protozoario, que varia según la región: El *espirilo índico* al que se debe la recurrente de China y demás países del Oriente es el de Carter.

Esta enfermedad, poco conocida aún, en realidad, puede adquirir carácter epidémico. Su transmisión parece que es debida a algún insecto chupador de la sangre, que no es la pulga ni la chinche, siendo lo más verosímil que lo sea el piojo, como ocurre en el tífus exantemático. No parece transmitirse por contagio directo.

Comienza la enfermedad después de un corto periodo de incubación durante el cual suele haber ligeros síntomas prodrómicos con fiebre rápidamente ascendente precedida casi siempre de escalofrío. Los enfermos sufren intensa cefalalgia frontal y occipital, dolor en el sacro, mareos, zumbidos de oídos y quebrantamiento de fuerzas en los miembros. Hay a veces dolor en los músculos de las pantorrillas. La lengua está saburrosa. Suele haber estreñimiento y vómitos. El bazo aumenta de volúmen y está dolorido. A veces también el hígado. Hay intensa exageración en la actividad cardíaca. La piel suele estar ligera-

mente icterica. En las primeras horas se asemeja el cuadro sintomático al de un acceso palúdico; pero falta al fin el descenso completo febril, que en el palúdico suele aparecer hacia las 18 horas; observándose, a lo sumo, una remisión.

Se prolonga el estado febril de cinco a siete días; y repentinamente, a veces con sudores abundantes o diarrea, viene la crisis, y desaparece en pocos días hasta el tumor esplémico.

Suele haber recidivas; y suelen presentarse complicaciones, como bronquitis, pulmonía, apoplejía y otras.

El tratamiento puede decirse que es puramente sintomático; pues aunque pareció adquirir boga el salvarsan en inyecciones intravenosas, no solo hay circunstancias que impiden su uso, sino que no está tan completamente admitido.

El peligro de colapso cardiaco se combatirá con las inyecciones de aceite alcanforado de eter y también de digalena. Las temperaturas elevadas pueden combatirse por medio del piramidón en la siguiente forma:

De alcanforato ácido de piramidón, 30 centigramos.

De bromhidrato de quinina, 15 centigramos.

De fenacetina, 25 centigramos.

Mézclese para un sello. Se tomarán tres al día, si es necesario. Los dolores violentos en miembros y dorso se combatirá con la inyección de morfina. Cuando el padecimiento hace crisis es necesario reparar las fuerzas por medio de tónicos.



CAPÍTULO XXIX

INSOLACIÓN Y ACALORAMIENTO

Cuando por cualquier circunstancia nos vemos obligados a resistir durante algún tiempo temperaturas elevadas se presentan frecuentemente accidentes patológicos de carácter típico y gravedad variable que pueden llegar hasta producir la muerte.

Estos accidentes sobrevienen unas veces por haber estado los individuos que los sufren expuestos a la acción de los rayos solares, ardientes en demasía, y otras por haberse hallado en locales en los que la temperatura ambiente fuera superior a límites determinados.

Por razón de las condiciones en que se producen estos accidentes, pueden agruparse en dos clases; una la de los producidos por la acción directa del sol, o sea los de insolación; otra la de los que no son debidos a la acción directa de los rayos solares, sino al acaloramiento.

Pero, teniendo en cuenta que los rayos solares contienen radiaciones químicas, térmicas, y luminosas, y que las lesiones anatomo-patológicas produci-

dos por ellos son análogas en ambos casos, siendo también los recursos curativos que emplea la medicina para curarlos, idénticos, y aunque sean, como se dice, las radiaciones del calor obscuro las que originan el acaloramiento, y los rayos caloríficos los causantes de la insolación, es necesario admitir que la causa de ambos accidentes, insolación y acaloramiento, no es otra que el calor, aunque sean distintas sus fuentes.

Los efectos nocivos del calor no se manifiestan mientras no haya sobrevenido una elevación suficiente de la temperatura del medio orgánico, momento en que se producen los accidentes debidos a la hipertermia. El organismo humano no se comporta como los cuerpos inertes que equilibran constantemente su temperatura con la del medio ambiente, sino que procura, mediante mecanismos reguladores, sostener la suya propia, de modo que siempre resulta constante la de su medio interno.

El sudor es uno de los medios más importantes con que el organismo puede luchar contra la hipertermia, pues el calor que recibe en exceso, le emplea en evaporar la secreción de sudor; y con esto y la refrigeración que proporciona la respiración, se logra que la temperatura orgánica, no pase del límite normal.

Todo cuanto contribuya a aumentar el calor del medio interno como el trabajo muscular, o cuanto dificulte la producción y evaporización del sudor, como la humedad del ambiente, y cuanto disminuye la resistencia orgánica, como las enfermedades cró-

nicas, y especialmente las del corazón, favorecerán en gran manera, los accidentes de hipertermia.

Es notable la influencia de las razas en este particular, pues la resistencia al calor aumenta con la pigmentación de la piel, hasta el punto que presentando su minimum los individuos de raza blanca menos pigmentados, aumenta gradualmente en las razas amarilla y cobriza y presenta su maximum en la negra; y paralelamente marcha la sobriedad alimenticia.

Debemos hacer mención también de otro término más ligero en los accidentes causados por la acción del sol que es el asoleamiento o golpe de sol que produce el eritema solar, ligera inflamación del dermis que ataca solo a las partes que están al descubierto y no ofrece gravedad alguna. Es debido a la acción de los rayos químicos solares.

Este eritema solar, que puede llegar hasta la flictena pasando por el enrojecimiento y aún la hinchazón de la piel, aunque ligera, se tratará por medio de aplicaciones de compresas de agua fría adicionadas de vinagre o extracto de Saturno baños tibios casi fríos, o pomadas de vaselina boricada con o sin cocaína.

Cuando se formen flictenas se picarán con una aguja flameada y se les aplicará encima vaselina con un poco de cocaína (25 centigramos de cocaína por 50 gramos de vaselina) y se pondrá luego una gruesa capa de algodón aséptico, encima.

Si por algún serio motivo se teme la infección, se empleará algún antiséptico.

Reclús emplea el siguiente:

Vaselina, 50 gramos.

Acido bórico, 5 gramos.

Antipirina, 5 gramos.

Yodoformo, 1 gramo.

Mézclese.

Aconseja aplicarlo estendido sobre una compresa plegada en cuatro o seis dobles y empapada en una solución de licor de Van-Swieten, bien esprimida enseguida de mojarla, y recubierta de algodón aséptico.

INSOLACIÓN.—Pueden a veces, como se ve, ser ligeros los accidentes y depender de una sencilla hiperemia de los centros nerviosos.

Otras veces son de mayor gravedad; cerebro, cerebelo y bulbo son asiento de congestiones, lo mismo que las meninges. Hasta se han llegado a veces a producir hemorragias. Algunos médicos no quieren diferenciar la insolación del acaloramiento, pero son indudablemente distintos; pues el calor directo, obrando especialmente sobre el cerebro, como ocurre en la insolación, ocasiona elevación de temperatura local, fiebre por lo regular alta, un trastorno profundo en la inervación y la parálisis del corazón, acompañados de disnea e irregularidad de la respiración.

TRATAMIENTO DE LA INSOLACIÓN.—Cuando ocurre un caso de estos es necesario sustraerle de la acción del sol, disminuir la hipertermia producida y combatir la congestión de los centros nerviosos.

Es necesario levantar la fuerza y la energía car-

diacas y facilitar y reanimar la respiración; y especialmente en los casos de acaloramiento es cuando conviene insistir en estas dos últimas indicaciones.

Conviene trasladar el enfermo a un lugar fresco, a la sombra, abanicarle, apartar de allí la gente a fin de facilitar el acceso del aire, desabrochar sus vestidos, dejar el pecho y cuello libres y acostarle si es posible, a un metro por encima del suelo, a fin de evitar el calor radiante de la tierra recalentada por el sol.

Se rociará la cabeza y cara con un pequeño chorro de agua fría, y se aplicarán compresas frías o una vegiga de hielo sobre la cabeza; y aún se harán lociones de agua fría sobre todo el cuerpo.

En los casos ligeros de insolación bastarán generalmente algunos cordiales como algunas cucharadas de agua de menta o melisa, alguna bebida estimulante como el vino de canela, algunas fricciones con vinagre y algunas inhalaciones de eter o de amoníaco. Pero si no ceden los síntomas graves como el coma, el síncope, las convulsiones, o la hipertermia, será conveniente friccionar al enfermo con pedazos de hielo, o envolverle en una sábana mojada o sumergirle en agua fría, y aplicarle enemas de agua muy fría.

Si el enfermo tiene convulsiones se colocará un tapón de corcho entre las arcadas dentarias, u otro cuerpo blando a fin de evitar las mordeduras de la lengua y labios. También puede convenir la aplicación de una sangría, bastante copiosa.

La congestión de los centros nerviosos se combatirá por medio de aplicaciones de sanguijuelas en las

apofisis mastoides o por medio de la sangría. Durante 24 horas deberá colocarse una vegiga de hielo en la cabeza.

Se aplicarán igualmente los purgantes, con preferencia los drásticos, y los enemas purgantes fríos; y en la forma congestiva de la insolación, caracterizada por principio brusco, congestión de la cara, cefalalgia, pérdida del conocimiento, dilatación de las pupilas y aceleración del pulso y respiración, se recomienda un enema compuesto de 30 gramos de glicerina y 30 de hiel de buey; lociones frías por medio de una esponja, y una sangría que deberá ser de unos 400 gramos, en la forma apoplética.

La fuerza y energía cardíaca se levanta empleando la solución siguiente en dosis de una, y si es necesario, dos jeringas de Pravaz:

De sulfato de estricnina, 1 centígramo.

De sulfato de atropina, 3 miligramos.

De agua destilada, C. S. para hacer 10 c. c. de solución.

Mézclese y H. S. A. solución para inyecciones hipodérmicas.

Serán también muy útiles las inyecciones subcutáneas de eter, coñac y cafeína. Se recomiendan las inyecciones de cafeína asociadas a las inyecciones subcutáneas de eter, cuatro veces en las 24 horas. Utilízase también una solución compuesta de

Cafeína, 2 gramos.

Salicilato o benzoato de sosa, 4 gramos.

Agua destilada, 10 gramos.

Mézclese y H. S. A. solución para inyecciones hipodérmicas.

Cada inyección contiene 25 centigramos de cafeína que es un potente diurético y un tónico del corazón.

En los casos de insolación, complicados de paludismo se emplean las inyecciones subcutáneas de biclorhidrato de quinina que pueden repetirse si es necesario; y tiene una acción tónica sobre el conjunto del sistema capilar. Los médicos de la India han llegado a inyectar hasta 3 gramos de quinina en muy corto espacio de tiempo.

En la forma asfíctica de la insolación, lo mismo que del acaloramiento, es cuando los trastornos respiratorios llegan a inspirar inquietud y reclaman cuidados especiales, largo tiempo prolongados. Si la dificultad respiratoria persiste en bastante grado, se insistirá en las tracciones rítmicas de la lengua repetidas veinte veces por minuto, se hará la respiración artificial, insuflaciones de aire, y caso necesario inhalaciones de oxígeno. Cuando la respiración es difícil y embarazosa, algunos médicos dan estricnina y atropina; y morfina contra las convulsiones. La aplicación continúa de hielo en la cabeza durante 24 horas disminuye la disnea.

Son complicaciones de la insolación la congestión y la hemorragia cerebral con sus consecuencias de hemiplegia y paraplegia, cuyos accidentes son más de temer en individuos cuya circulación cerebral es defectuosa, como en los viejos, alcohólicos, arterioesclerosos los cuales también se hallan predispuestos a la meningitis aguda por consecuencia de la insola-

ción, lo mismo que se hallan los niños. También puede producir la insolación transtornos cerebrales como delirio agudo y alucinaciones, impulsos al suicidio y la locura con tendencias al homicidio.

En tales circunstancias, la terapéutica no dispone de grandes recursos estando éstos reducidos a hielo en la cabeza, sanguijuelas en las apofisis mastoides, que deberá cuidarse que no se corran y peguen en las orejas, vegigatorios en la nuca, baños fríos, duchas, e inyecciones hipodérmicas de quinina (biclorhidrato) cuando se sospecha que haya paludismo. Médicos que han ejercido en la Argelia y otros puntos donde se observa frecuentemente la insolación han señalado también otros transtornos persistentes en el sistema nervioso tales como hiperestesia, sordera, transtornos visuales como fotofobia, coroiditis, neuritis del nervio óptico, y hasta la ceguera.

Los que tengan que exponerse al sol por necesidad en éstos climas deben usar para la cabeza fundas de algodón blanco o cogoterías y mejor el casco colonial de corcho o aloes.

Entre el casco y el cráneo se interpodrá un pañuelo empapado en agua fresca el que deberá ser de hilo con preferencia. También se pueden interponer grandes hojas frescas de col o bananas.

Se llevarán vestidos holgados de tela, o mejor aún de franela, que evita mejor el enfriamiento consecutivo a los sudores.

Se tendrá cuidado, en marcha, evitar tenderse sobre el suelo por la razón que he indicado antes, pues el calor radiante de la tierra recalentada

por el sol es grande, y conserva su intensidad a un metro o algo más de altura. Y la marcha debe hacerse o empezarse antes de la salida del sol; hacer descanso a la sombra cuando ya esté bastante avanzado el día, y evitar el salir en ayunas, prefiriendo el té y el café para esto, suprimir el alcohol y beber lo suficiente para calmar la sed, pero no demasiado de una vez; más bien a pequeñas cantidades para facilitar la transpiración que previene la insolación y el acaloramiento. No se harán marchas excesivas, se harán descansos suficientes y no se llevarán pesos o cargas que fatiguen demasiado. La fatiga excesiva es la que predispone más a los accidentes causados por el sol, que en estas condiciones suele ser muy frecuentemente el síncope.

Ya he dicho que los accidentes causados por el sol no son debidos exclusivamente a la acción de los rayos solares sobre los centros nerviosos; pues resultan también de la elevación de la temperatura ambiente que obra sobre todo el organismo; y se hallan favorecidos por el recalentamiento y la viciación del aire. El acaloramiento desempeña pues en ello un gran papel, combinado con la insolación, y aún se acentúa y se marca más si a estas condiciones se agrega la fatiga cuyas tres condiciones se hallan reunidas con extrema frecuencia durante los grandes calores del verano, y especialmente en las marchas y trabajos del campo, y los favorecen además el calor húmedo, la calma atmosférica o bochorno, los tiempos borrascosos y la marcha por hondonadas.

ACALORAMIENTO.—Los accidentes causados

por el sol y el calor se presentan bajo una forma apoplética, cuando adquieren forma grave. El enfermo cae bruscamente y pierde el conocimiento. Está lívido, presenta contraídas las pupilas; la piel seca, ardorosa y el pulso acelerado; la respiración profunda, rápida y anhelosa; la temperatura alcanza a 43° y aún 44°; y la muerte sobreviene casi siempre con coma, colapso cardíaco y asfixia progresiva. Estos accidentes son los que se conocen con el nombre de *acaloramiento*; y en ellos se hallan reunidas las lesiones de la insolación y del *acaloramiento*.

El *acaloramiento* se observa frecuentemente en los trópicos; y también en los fogoneros durante la travesía del mar Rojo, y sus accidentes son debidos a la acumulación del calor en el organismo bajo el influjo de la alta temperatura ambiente, aunque no se esté expuesto a la acción directa de los rayos solares; y los aumenta el calor húmedo que se eleva del suelo y la alta temperatura que se nota bajo un tiempo tempestuoso que unido al cansancio y la fatiga desarrollan accidentes cardio-pulmonares muy graves, tales como la asfixia producida por el calor y por una disnea extraordinaria, determinada por intensa hipermia y alteraciones de la sangre.

En resumen: el contagio, la fatiga excesiva, la viciación y el caldeamiento del aire inspirado y el estado higrométrico de la atmósfera ejercen decisivo influjo en la producción del «*acaloramiento*». Son importantísimas las medidas preventivas para evitar estados tan graves. Tales son v. g. las bebidas abun-

dantes a fin de evitar la hipertermia, colocación de ventiladores y toldos cuando se pueda.

Como *tratamiento*, que solo es útil y eficaz cuando se aplica pronto y con constancia, debe atenderse a normalizar la temperatura del cuerpo, disminuir la congestión pulmonar y evitar la asfixia, combatir el colapso cardiaco e impedir la acción paralizante del calor sobre los centros nerviosos y favorecer la eliminación de los productos tóxicos y de las materias excrementicias.

1.º Es necesario, ante todo, disminuir la temperatura lo más pronto posible, mediante lociones, baños y enemas fríos, aplicaciones de hielo en la cabeza y fricciones con hielo en la superficie del cuerpo. Se tomará la temperatura rectal que puede llegar a 45° y se continuará el tratamiento hasta que descienda a 38° de un modo definitivo. Si vuelve a subir, se reanudarán los medios de refrigeración anteriores. El termómetro es la base de todas las indicaciones. El primer efecto del tratamiento por el agua fría es hacer desaparecer las convulsiones, regularizar la respiración, levantar el pulso y hacer salir al enfermo del coma.

La aspersión del agua fría dió buenos resultados siempre que fallaron las aplicaciones de hielo sobre la cabeza y las sangrías locales. Rebaja la temperatura, estimula el organismo y facilita la eliminación de las sustancias tóxicas por los emuntorios. Los anti-piréticos no han dado buenos resultados.

2.º Se combatirá la congestión de los centros nerviosos mediante la aplicación de un casquete o

una vegiga de hielo sobre la cabeza, y con las sangrías locales v. g. una docena de sanguijuelas colocadas sobre las apofisis mastoides. Y si el enfermo es pletórico no debe vacilarse en practicarle una abundante sangría de unos 400 gramos.

3.º También serían útiles para disminuir la congestión pulmonar estas expoliaciones de sangre. Esta congestión es a veces intensa. Y si fuera necesario se hará la respiración artificial, las tracciones rítmicas de la lengua y se aplicarán ventosas secas o escarificadas. En una palabra; se procurará por todos los medios evitar la asfixia, tan frecuente.

Las preparaciones de ergotina y cornezuelo de centeno podrán obrar favorablemente sobre la atonía de los vasos y sobre la circulación.

La titilación de la úvula, provocando vómitos, libra a las vías respiratorias de sus mucosidades espumosas.

4.º Las inyecciones subcutáneas de eter sulfúrico, cafeína, o soluciones que contengan estricnina, atropina y trinitrina o también tintura de estrofanfo, y alcoholaturo de acónico serán muy útiles cuando el corazón se debilita.

5.º Se facilitará la circulación cutánea por medio de fricciones escitantes. Es indispensable una transpiración abundante para restablecer el equilibrio entre el calor interno y el calor externo. El Doctor Zuber ha hecho notar que la muerte sobrevenía casi siempre cuando los enfermos, afectados de acaloramiento, no sudaban; y según este Doctor el aspecto clínico de la enfermedad dependería del funcionalismo

normal o anormal de la sudación. Será pues muy útil provocar abundantes sudores ya por medio de inyecciones hipodérmicas de pilocarpina, ya con infusiones de jaborandi, ya con bebidas diaforéticas o refrescantes, tomadas en abundancia. Las inyecciones de pilocarpina se formularán así:

De clorhidrato de pilocarpina, 5 centigramos.

De agua destilada, 10 gramos.

Disuélvase para inyecciones hipodérmicas. Se pondrá un centímetro cúbico.

Esta eliminación de productos tóxicos y excrementicios se favorecerá también con diuréticos. Con este objeto se administran enemas de café negro de unos 200 gramos cada 25 minutos, mientras dura el ataque. Las fricciones frecuentes son una excelente medida profiláctica del acaloramiento.

Los hechos demuestran que el tratamiento tiene más probabilidades de éxito, cuanto más pronto se aplica. Pero hay que vigilar muy bien los fenómenos primitivos del acaloramiento, tales como ansiedad epigástrica, cefalalgia, disnea, deseos de orinar. El pronóstico de los accidentes producidos por el sol y el calor es grave, por lo regular. Se consideran como signos pronósticos favorables la abundancia de sudores y de orinas, el descenso rápido de la temperatura, especialmente si no hay coma, delirio ni convulsiones. La persistencia de la insensibilidad, del coma y de la hipertermia, la disnea, y la debilidad cardíaca, la blandura y rapidez del pulso, la ausencia o in-

suficiencia de las secrecciones renal y cutánea, las lesiones cardiacas y el alcoholismo, son circunstancias muy desfavorables. La trinitrina de que he hablado antes, muy útil en los estados cardiacos de debilidad, lo mismo que lo es el aceite alcanforado se emplea en inyecciones en esta forma:

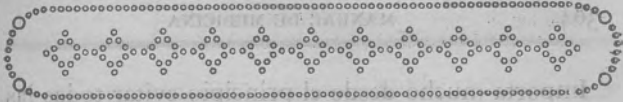
De solución alcohólica de trinitrina al centésimo, 60 gotas.

De esta solución pueden tomarse al día, 3-4-6 o más gotas.

Si se produce dolor de cabeza, se suspenderá.

NOTA.—Las tracciones ritmicas de la lengua se hacen cogiéndola con una pinza y estirándola repetidas veces, imitando el ritmo del corazón.





CAPÍTULO XXX

ESCROFULISMO Y LINFATISMO

Es el escrofulismo un estado del organismo cuyas manifestaciones se presentan en diversos tejidos especialmente en la piel, en los ganglios linfáticos, en las mucosas, en los huesos y también en las vísceras.

El linfatismo no es realmente una enfermedad; pero es un estado constitucional que da lugar a trastornos cutáneos y mucosos análogos a los de la escrófula; y como en los escrofulosos, se marca el tipolinfático, especialmente en el grosor del labio superior; y ambos ofrecen terreno abonado para el desarrollo del bacilo tuberculoso. Es el linfatismo como el vestibulo de la escrófula.

El eczema y el impétigo suelen ser las primeras manifestaciones del escrofulismo en la piel, y van acompañadas casi siempre de infartos ganglionares en el cuello; las escrofulídes secas las siguen en frecuencia; y tras ellas marchan las afecciones en las mucosas; tales son el coriza, las blefaritis, las oftalmias, la amigdalitis hipertrófica y otras, como las bronquitis repetidas y ciertas enfermedades propias de las niñas.

Importa mucho desde el principio evitar todas las causas que pueden favorecer el desarrollo de la escrófula, haciéndoles observar los preceptos de la higiene. Se cree que el niño no debe comer carne hasta la edad de dos años; y en cambio hacer uso de pan bien cocido, huevos, farináceos y féculas, ascendiendo después al pescado, las carnes, mantecas, habichuelas, lentejas y guisantes y confituras. y procurando que las comidas sean repetidas para que no sean muy abundantes. Deben vestir ropas de algodón y lana. Las manifestaciones cutáneas más frecuentes son las que hemos indicado. El eczema es una enfermedad de la piel y de las mucosas que empieza con enrojecimiento, formación de vesículas, con secreción serosa o seropurulenta que se desecan quedando costras y una esfoliación furfurácea renovada varias veces.

El eczema puede ser agudo o crónico.

El agudo va a veces acompañado de trastornos digestivos y de fiebre no muy alta y de poca duración. El enrojecimiento que sobreviene y que es seguido rápidamente de alguna tumefacción, es luego asiento de vesículas pequeñísimas llenas de un líquido transparente que se rompen casi al menor roce. Al desecarse este líquido forma costras pequeñas que cuando caen dejan una superficie húmeda de color rojo vivo, que sangra fácilmente. La epidermis se renueva en forma de cutis delgado y reluciente y como barnizado.

El eczema va acompañado casi siempre de picor, ardor y pinchazos que duran hasta la curación.

El eczema crónico sigue al agudo después de algunos días, desapareciendo la inflamación y la humedad, y formándose una superficie lisa y como barnizada, y dando lugar a una supuración que se concreta en forma de escamas y laminillas. Otras veces el eczema es seco, desprendiéndose laminillas epidérmicas. Va acompañado frecuentemente de picores. El eczema ataca con más frecuencia al adulto que al niño, y están más expuestos a padecerle los agotados, los cloróticos, los anémicos, y las mujeres en la menopausia.

Los cuidados de limpieza son la base primera del tratamiento del eczema. Los lavados se harán con solución de tanino al 1 por 100 y con pulverizaciones tibias de diez minutos de duración del mismo medicamento. Si se formasen costras se prescribirán cataplasmas de fécula preparadas en solución de ácido bórico al 3 por 100.

Cuando han caído las costras se emplea cada 24 horas un apósito que cubra y cierre el eczema compuesto de lo siguiente:

Glicerolado de almidón, 30 gramos.

Lanolina, 20 gramos.

Biborato de sosa, 3 gramos.

Bálsamo del Comendador, 5 gramos.

Brea, 50 centigramos.

Mézclése.

Hay una variedad de eczema llamada seborreico que como el impétigo, toma asiento ordinariamente en la cabeza, para cuyo tratamiento debe cortarse el

pelo al rape, y cuyo tratamiento se modificará empleando cada 24 horas trozos de gasa boricada embadurnados con lo siguiente:

Glicerolado de almidón, 50 gramos.

Azufre, 2 gramos.

Aceite de cade o de enebro, 5 gramos.

Resorcina, 1 gramo.

Acido salicílico, 2 gramos.

Mézclese.

El impétigo, otra de las manifestaciones de la escrófula y del linfatismo en la piel se caracteriza por la aparición de pústulas a las cuales siguen costras melicéricas por su aspecto de color de miel. Empieza la afección por manchitas rosadas en las que se derrama un líquido seropurulento que da lugar a costras de color de caramelo alrededor de las cuales hay una aureola inflamatoria dolorosa y rojiza. La cara es el sitio predilecto del impétigo. Esta afección evoluciona con rapidez, desapareciendo, por lo regular, en unos quince días. El microbio productor es, al parecer un estafilococo, y por consiguiente es afección inoculable, y se trata así:

Para desprender las costras se emplea un apósito compuesto de trozos de gasa empapados en la siguiente solución:

De agua alcanforada y filtrada, 400 gramos.

Agua hervida, 200 gramos.

Sulfato de cobre, 7 gramos.

Sulfato de zinc, 2 gramos.

Disuélvase. Es esto lo primero que debe hacerse.

Cuando han caído las costras se hace otro apósito con gasa engrasada con la fórmula que va a continuación; y la gasa estará cubierta con algodón hidrófilo; y encima se pondrá un vendaje que se cambiará cada 48 horas.

De vaselina, 40 gramos.

Lanolina, 20 gramos.

Biborato de sosa, 3 gramos.

Sulfato de cobre, 60 centigramos.

Mézclese.

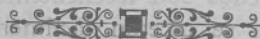
De las otras manifestaciones nos ocuparemos luego.

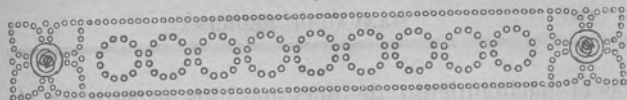
Es fácil conocer a primera vista un escrofuloso. Tiene una fisonomía particular que le caracteriza. Sus facciones son gruesas lo mismo que son finas y delicadas en el linfatismo. La nariz y el labio superior abultados y se ponen fácilmente tumefactos. Los ojos son ordinariamente asiento de inflamaciones crónicas en párpados y córnea. La esclerótica refleja un color azulado. Sus músculos están poco desarrollados; son débiles apáticos. Presentan, especialmente en la infancia, ciertas erupciones de que acabamos de hablar, ligeras, pero tenaces, que ocupan sobre todo, la cara, el cuero cabelludo y la parte posterior de las orejas constituyendo el intérrigo muy parecido al eczema. Sus dedos son frecuentemente atacados de sabañones que se ulceran fácilmente. Todas estas afecciones tienen un curso lento y tórpido, y se les ha llamado *escrofulides* y son los más frecuentes. El

sistema linfático es el terreno favorito de la escrófula. Bajo cualquier escoriación se hinchan los gánglios; se abultan, y se reúnen varios en un pelotón, sufren la regresión caseosa, supuran y se forman ulceraciones de las que quedan cicatrices deformes que llenan el cuello de costurones. En las mucosas, también son comunes las enfermedades en los ojos y en las fosas nasales, y como lesiones terminales las de los huesos, como caries y necrosis.

La escrófula, en general, tiene dos órdenes de indicaciones que llenar: Es preciso fortificar la constitución del enfermo por una alimentación reparadora, sobre todo animal, por la residencia en el campo, el ejercicio al aire libre, los baños de mar en la infancia, y los de aguas minerales clorurado-sódicas, bromuradas y yoduradas en edad más avanzada. El yodo en forma de tintura tiene especial aplicación, el aceite de hígado de bacalao y los tónicos amargos como la genciana, la quina y la cuasia amara, llenan también indicaciones útiles.

El segundo orden de medicaciones se deriva de las manifestaciones que presenta la escrófula, como bronquítis, coriza, adenitis enfermedades de los huesos. Cada una reclama un tratamiento especial, que se verá al tratar de ellas.





CAPÍTULO XXXI

ENFERMEDADES DE LA BOCA.

ESTOMATITIS.

La estomatitis es la inflamación de la mucosa de la boca.

Se han señalado distintas variedades; entre las cuales se distinguen la simple o eritematosa, la úlcero-membranosa y la crematosa o muguet.

La *simple* o *eritematosa* es producida por alimentos o bebidas, muy calientes, alimentos irritantes, abusos de tabaco, mal estado de la dentadura. La mucosa de la boca se presenta de color rojo vivo, brillante. Se hincha; se forma un barniz blancuzco en las superficies inflamadas, y la caída del epitelio deja a veces pequeñas erosiones superficiales. Se siente dolor de escózor que aumenta por el roce de los alimentos; están las encías tumefactas y rojas y se marca una inflamación en ellas que se hace muchas veces crónica.

La *úlcero-membranosa* se infiltra en el espesor de la mucosa que se mortifica y ulcera. Es frecuente en la infancia y en la juventud y son sus causas ordina-

rias el hacinamiento de personas, los excesos en el régimen y las faltas de higiene. Reina a veces en forma epidémica; y se presenta con una sensación de quemadura en la boca, y la mucosa inyectada. Se observan algunas vesículas a las que siguen las ulceraciones que se presentan en los labios, mejillas y encías, redondas o elípticas. Es el aliento fétido, el ptialismo frecuente, el contacto de los alimentos penoso, y los ganglios submaxilares se presentan infartados. Hay cefalalgia, náuseas y fiebre intensa. Su curso suele ser de 15 días, pero puede pasar al estado crónico y durar dos o tres meses.

El *muguet* o estomatitis cremosa está caracterizado por pequeñas concrecciones blancuzcas.

Es frecuente en los primeros meses de la vida en los niños débiles. En el adulto no aparece más que en los últimos períodos de las enfermedades crónicas, poco antes de la muerte. La mucosa bucal se presenta roja, seca y dolorosa; y es condición para el desarrollo del muguet que el líquido bucal que es normalmente alcalino, se haga ácido.

Después de uno o dos días se presentan sobre los bordes de la lengua en la cara interna de labios y mejillas y en las encías los depósitos blancos de que hemos hablado, que se desprenden fácilmente, que vuelven a formarse rápidamente y que dejan debajo la mucosa roja y sanguinolenta.

El muguet produce en los niños dificultad para mamar, sobreviene a veces diarrea y vómitos y a veces un eritema de las nalgas que son síntomas de mucha gravedad.

También se presenta con frecuencia en la estomatitis inflamación de la lengua y hasta gangrena de la boca, a veces.

La inflamación de la lengua o glositis presenta los caracteres de una estomatitis que puede tomar aspecto grave si es profunda.

La superficial más limitada y circunscrita, afecta la mucosa que cubre la lengua, que se presenta roja y tumefacta. La profunda debida ordinariamente a un traumatismo, afecta la lengua más gravemente, pues se hincha a veces considerablemente haciendo difíciles la deglución y la palabra y hasta la respiración. La glositis termina ordinariamente por resolución en pocos días, aunque puede pasar al estado crónico.

La gangrena de la boca, frecuente en países fríos y húmedos se presenta y ataca a los niños débiles, mal alimentados y en quienes se han cebado enfermedades como el sarampión y la escarlatina.

La gangrena empieza por una flictena grisácea que aparece en la cara interna de la mejilla o en el repliegue, entre boca y encía.

Se desprende la mucosa quedando una ulceración que exhala un olor neuseabundo fluyendo de la boca un pus sanioso y pútrido.

Mejillas y labios presentan una hinchazón edematosa que se pone negruzca avanzando la destrucción de los tejidos.

También se observa otra variedad de estomatitis debida a la acción de las preparaciones mercuriales usadas, ya para combatir las enfermedades sifilíticas

ya con otros fines. Se dan a conocer en el principio por cierto sabor metálico y salivación. Las encías están rojas y tumefactas, fétido el aliento, y se hincha la lengua ulcerándose las encías; y si la enfermedad continúa, llegan a caer los dientes.

TRATAMIENTO.—El de la *estomatitis eritematosa* o catarral está reducido a la limpieza de la boca y a colutorios astringentes a base de ácido bórico, borato de potasa y tanino:

De clorato de potasa, 5 gramos.

Acido bórico, 10 gramos.

Alcohol, 100 gramos.

Agua hervida, 500 gramos.

Esencia de menta, 40 gotas.

Mézclese para colutorios.

Cuando hayan sido afectadas las encías se darán toques con tintura de yodo o con agua oxigenada.

La *estomatitis úlcero-membranosa* deberá procurarse prevenirla con los cuidados higiénicos de la boca; y su tratamiento curativo se encomendará al clorato potásico usado interior y exteriormente. Al interior dando el clorato en dosis de un gramo o gramo y medio diario a los niños, disuelto en agua, a cucharadas y en dosis de 4 a 5 gramos a los adultos en el día, haciendo al mismo tiempo gargarismos y colutorios y tocando las ulceraciones dos o tres veces al día con lo siguiente:

De clorato de potasa, 5 gramos.

De miel rosada, 10 gramos.

De glicerina, 20 gramos.

Mézclese.

El *Muguet*, estomatitis contagiosa e inoculable, debida al *Oidium albicans* se tratará con limpieza de la boca por medio de lavados con agua en la que se disolverá bicarbonato de sosa; se harán tres veces al día, teniendo presente las condiciones en que se desarrolla el muguet al fin de las enfermedades crónicas en los adultos y al fin de estados de depauperación y enfermedad por malas condiciones higiénicas, en los niños especialmente: esas malas condiciones se refieren a una mala y defectuosa alimentación. En condiciones determinadas tiene un carácter el *muguet* más local, sin la extrema gravedad del que brota en aquellas condiciones. Cuando aparece en un niño que tiene dificultad en mamar por malas condiciones del pecho de su madre será un *muguet* pasajero que curará pronto si se atiende bien.

El célebre Doctor Trousseau empleaba y recomendaba mucho en este caso la fórmula siguiente:

De borato sódico.

Miel.

} a a 10 gramos.

Mézclese.

Se embadurnará siete u ocho veces con esta mezcla el interior todo de la boca del niño y generalmente a las 24 a 48 horas ha desaparecido el mal. Pero es

preciso continuar el tratamiento aunque haya desaparecido, pues hay que continuar combatiendo la inflamación de la mucosa, para que no reaparezca el mal.

Si resiste el muguet a esta medicación queda otra a la que no resiste jamás que es el nitrato de plata. Una débil solución de él, un gramo de nitrato cristalizado por 10 de agua destilada, que se aplicará en toques con un pincel, basta. Después de esta aplicación se lavará la boca con agua. Se dará al enfermo una leche buena y una alimentación reparadora.

De todos modos los cuidados de limpieza y asepsia son importantísimos en enfermedades como estas. Se tendrá siempre especial cuidado de meter en agua hirviendo los objetos empleados en la cura; y se harán colutorios alcalinos como la fórmula que sigue, cuidando también de lavar la boca con agua bicarbonatada media hora después del colutorio:

De glicerina, 50 gramos.

De borato de sosa, 2 gramos.

De clorato de sosa, 4 gramos.

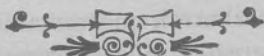
Mézclese.

El tratamiento de la *glositis* es el mismo de la estomatitis simple.

Si la lengua adquiriese rápidamente mucho volumen, lo mejor es hacer algunas incisiones en ella algo profundas como si se tratase de un flemón. También se aplican un par de docenas de sanguijuelas en las regiones submaxilares si se trata de un adulto, o se dan algunos terroncitos de hielo.

Si se presentase la gangrena de la boca procurará limitarse tocando los límites de la gangrena con el hierro candente, aplicando luego compresas empapadas de vino aromático o cocimiento de quina, e imponiendo un régimen tónico.

La estomatitis mercurial se combatirá con la supresión del mercurio cuidados higiénicos, clorato de potasa al interior según forma dicha, tomando de 4 a 6 gramos al día disueltos en 100 a 150 gramos de agua.





CAPÍTULO XXXII

ANGINAS

Son enfermedades infecciosas debidas a la localización de una infección aguda ya sea de gripe, difteria, u otra, sobre el itmo de las fauces. Pueden aparecer bajo la forma aguda, o presentarse ya bajo el aspecto crónico, como dependientes de un estado general tal como el artritisismo, el herpetismo, la escrófula u otro.

La angina aguda aparece con escalofríos, fiebre ordinariamente alta, cefalalgia, frecuencia de pulso, anorexia, estado saburral, quebrantamiento y enrojecimiento de la garganta. Suele hacerse la voz un poco gangosa y presentarse dolor de oídos e hinchazón de garganta especialmente en amígdalas y pilares.

La deglución es difícil y dolorosa.

Las formas más frecuentes y comunes de la angina son la catarral o simple y la amigdalitis, angina tonsilar o angina flegmonosa.

La simple o catarral ataca con frecuencia a personas débiles, escrofulosas y bajo la influencia de un enfriamiento. Puede atacar toda la cámara posterior

de la boca o localizarse en el velo del paladar, el istmo de las fauces o las amígdalas, y se anuncia por una sensación de sequedad y de dolor que aumenta con los movimientos de deglución, más frecuentes que de ordinario, y por el aflujo de líquidos a la boca.

La cámara posterior de la boca está roja y reluciente; los pilares y amígdalas inflamados. Hay quebrantamiento, fiebre y malestar que se acentúa cada vez más; la disfagia aumenta, la voz es nasal y gangosa. La amigdalitis o angina flegmonosa puede afectar también a la mucosa; pero ocupa el tejido de la amígdala, y está caracterizada por una exudación fibrinosa profunda. Este exudado puede resolverse; pero a menudo determina la supuración. Sus síntomas son mucho más intensos que los de la angina catarral. Hay fiebre, cefalalgia violenta y veces delirio; y hasta puede llegar a la gangrena. El aliento ofrece una fetidez especial, en este caso, y la cámara posterior de la boca está sembrada de placas grises. Cuando no llega a la gangrena y no pasa, como en lo ordinario del estado flegmonoso, las amígdalas se ven tumefactas y sembradas de puntos blancos. Son las criptas en las que se acumulan los elementos patológicos que pueden tapizar toda la amígdala y formar en su superficie un barniz pulposo, bajo el cual no se halla ulcerada ni escoriada la mucosa.

La hinchazón de la amígdala se revela al exterior por tumefacción al nivel del ángulo de la mandíbula. La inflamación separa los pilares, y si la amigdalitis es doble, se encuentra el istmo de las fauces casi obstruido.

TRATAMIENTO.—Es muy importante el tratamiento preventivo: la limpieza de la boca por medio de gargarismos y pulverizaciones antisépticas. Estas pulverizaciones deben extenderse a las fosas nasales. Se harán gárgaras tres veces al día con un vaso de agua tibia en el que se haya disuelto una cucharada de las de café de clorato de potasa.

Las fosas nasales y la garganta se pulverizarán con una solución de:

Fenosalil, 50 centigramos.

Cloruro de sodio, 3 gramos.

Agua destilada, 500 gramos.

Mézclese.

Dentro de la nariz se introducirá una pomada de:

Acido bórico, 1 gramo.

Oxido de zinc, 2 gramos.

Vaselina, 20 gramos.

Mézclese.

No se harán lavados de las fosas nasales que pueden ser causa de que se propague la enfermedad a la trompa de Eustaquio.

El tratamiento curativo de la angina simple o catarral puede ser local e interno. El local puede hacerse por medio de gargarismos; pero es medio este muy deficiente. Lo mejor es emplear las duchas guturales practicadas con un irrigador como el Esmarch u otro de fuerte presión que son incomparablemente más eficaces. Estos laboratorios deben practicarse con di-

soluciones calientes a la temperatura del cuerpo y preparadas con agua filtrada y hervida en la que se disuelva clorato de potasa o borato de sosa al 2 o 3 por 100. A este laboratorio primero, seguirá otro practicado con disolución antiséptica de ácido fénico al medio o 1 por 100 o de sublimado al 1 por 20,000. Para ello se hará al enfermo inclinar la cabeza y se lavarán ampliamente boca y garganta. También se puede emplear para ello el agua oxigenada al 10°.

En el caso de haber falsas membranas los toques de tintura de yodo pura o ligeramente diluida en agua, hechos a diario, o un día sí y otro no, son muy eficaces. Se procurará no arrancar las falsas membranas.

Cuando esté muy pronunciada la disfagia se podrán hacer toques con lo siguiente empleando para ello un pincel.

De cocaína, 1 gramo.

De glicerina, 30 gramos.

Mézclese.

Se tonificará el organismo mediante bebidas alcohólicas; y se tomarán bebidas calientes en abundancia para facilitar la diuresis.

También pueden darse toques a la garganta con lo siguiente:

De aceite de vaselina, 50 gramos.

De mentol, 1 gramo,

De clorhidrato de cocaína, 30 centigramos.

Mézclese.

Así mismo conviene aplicar al cuello hielo o cataplasmas muy calientes.

El tratamiento interno más útil, parece ser el salol, bien en sellos o en una poción azucarada. Deberá administrarse a la dosis diaria de 4 gramos, dados en 4 veces, un gramo de cada vez, y con dos horas de intervalo.

Cuando el dolor no sea demasiado grande, serán suficientes tres gramos; y en los niños de pocos años, bastarán dos.

También se emplea el benzoato de sosa a la dosis de 2 a 4 gramos diarios.

Igualmente se administrarán algunos purgantes salinos e irrigaciones intestinales. Se dará leche como alimento.

Parece también que administrando el sulfato de quinina muy pronto se ha logrado algunas veces hacer abortar un ataque de angina catarral.

En este caso se pueden dar en el día 4 dosis de a 25 centigramos.

Cuando las anginas van acompañadas de un estado gástrico muy marcado, recomienda el célebre Doctor Robín la antigua práctica de la administración de la ipecacuana estibiada, dando en una o dos dosis, pero en el espacio de un cuarto de hora la mezcla siguiente;

De ipecacuana, 1,50 gramos.

De tártaro estibiado, 0,05 gramos.

Mézclese.

Bajo su acción pueden desaparecer en 24 horas la fiebre y la cefalalgia.

Si se presentase la gangrena, lo mismo en esta angina que en la flegmónosa, se dará a los enfermos, además de vinos generosos, la poción de Tood en dosis de 150 gramos diarios.

La forma flegmónosa de la angina o sea la amigdalitis aguda, no tiene según el gran clínico Doctor Trousseau tratamiento. Nada detiene su marcha, nada abrevia su duración. Cura espontáneamente y en breves días ordinariamente; no soliendo tardar más de ocho o nueve días.

Sin embargo como es difícil permanecer inactivo ante el enfermo que sufre una enfermedad muy molesta y dolorosa, puede renunciarse a la expectación que es su tratamiento, y emplearse alguna medicación, tal como en caso de estado saburral, en el principio, la ipecacuana estibiada y después la aplicación al cuello de compresas de algodón hidrófilo empapadas en agua muy caliente. Puede desinfectarse la garganta con irrigaciones abundantes de licor de Labarraque diluido en agua en la forma siguiente:

De licor de Labarraque, 50 gramos.

De agua destilada, 1000 gramos.

Mézcsele y aplíquese la irrigación caliente.

Si hubiere mucho dolor se calmará con gargarismos emolientes y con toques con un colutorio compuesto de

Borato de sosa, 4 gramos.

Corhidrato de cocaína, 25 centigramos.

Glicerina, 30 gramos.

Mézcsele.

Cuando esté el pus formado puede darsele salida con bisturí, teniendo cuidado con no herir la arteria que pasa inmediatamente a la amígdala.

Se dará al enfermo leche de alimento y bebidas en abundancia. También en estas circunstancias se suele administrar un gramo de ipecacuana en dos dósis con 10 minutos de intervalo; y con los esfuerzos del vómito suele abrirse el absceso de pus. La ipecacuana se pondrá en un vaso de agua caliente.





CAPÍTULO XXXIII

ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO.

DISPÉPSIA Y SUS TIPOS CLÍNICOS.

Siempre que la digestión se hace mal, hay dispépsia, que consiste en eso mismo. Estando compuesta la digestión de actos químicos y nervo-motores puede haber en la dispépsia fenómenos de ambas clases.

El trastorno digestivo reside en el estómago o en el intestino, y prescindiendo ahora del factor que la determina y produce, pueden admitirse tres tipos que son:

- 1.º La dispépsia neuromotriz simple.
- 2.º La hiperclorhídrica.
- 3.º La hipoclorhídrica con hiperacidez y éxtasis.

En la primera no hay hiperacidez orgánica ni clorhídrica. La acidez total puede ser la fisiológica o inferior a esta.

Los afectados de ella suelen quejarse de dolores moderados después de las comidas, o más bien de una especie de peso en el hueco epigástrico. Tienen

abultamiento, por gases, del estómago y abdomen y eruptos. Se ven a veces obligados a aflojar los vestidos para respirar más fácilmente. Habitualmente tienen abstricción de vientre. Los fenómenos dolorosos que sufren no son tan acentuados como los de la hiperclorhídrica y además aparecen bastante rápidamente después de las comidas.

Padecen estos enfermos fenómenos neuropáticos como cefalalgias y latidos en las sienes. Son nerviosos, sugetos a la atonía y a la excitación.

La presión provoca, a veces, dolor en el hueco epigástrico, a la derecha y un poco por debajo del apéndice. Es bastante constante. Esta forma de dispepsia comprende casi la mitad de los casos.

En la hiperclorhídrica parece ser la hipersecreción ácida la expresión de este estado en evidentes relaciones con la neuropatía. Hay además trastornos de inervación secretoria y motriz.

La hiperclorhídrica se presenta bajo diferentes aspectos.

Ya se trata de una forma poco dolorosa, ya de una variedad más dolorosa, ya de otra con crisis distanciadas y bien marcadas.

En la segunda de estas formas, que es la típica y más frecuente, sufren los enfermos grandes y muy molestos dolores que empiezan dos o tres horas después de la comida, localizados en el hueco epigástrico, y que se calman no solo mediante una disolución alcalina algo grande, sino también mediante la ingestión de un líquido, y especialmente si es leche.

Si el dolor no se detiene así, continúa hasta la co-

mida próxima; cesa entonces y reaparece hacia la una o dos de la madrugada. El dolor se irradia al dorso, por lo regular. Es difícil a veces hacer el diagnóstico entre la hiperclorhídrica y la úlcera del estómago que se atribuye a ella. Cuando los dolores son intensos suelen terminar por vómito abundante de materias líquidas. El estreñimiento es también frecuente en estos enfermos.

En la hipoclorhídrica con hiperacidez y éxtasis puede haber éxtasis sin hiperacidez; pero no es posible que exista una hiperacidez fermentativa orgánica algo considerable sin el éxtasis, o retención gástrica.

La hiperacidez puede llegar al 2, 4 y 5 por 1000. Algunas veces el contenido gástrico tiene olor pronunciado a rancio o a agrio.

Esta forma y la primera, especialmente cuando la dilatación es moderada, se mezclan y confunden bajo el influjo de cualquier agravación, traduciéndose esto clínicamente por agrios más marcados y pirosis más molestas, lo mismo que por dolores más intensos y vómitos más frecuentes.

Siendo la dilatación algo acentuada se percibe chapoteo en el estómago y cuando se extrae el líquido gástrico por la mañana salen restos alimenticios de olor rancio, con bastante cantidad de líquido, bastante ácido también; pero esta acidez no es clorhídrica, sino orgánica.

TRATAMIENTO.—En el de hiperclorhidria seguiremos el del gran clínico de Lión Doctor Bouvet, notable especialista de las enfermedades del aparato digestivo. Los alcalinos, dice constituyen el re-

medio por excelencia de la hiperclorhidria; y entre los alcalinos prefiere el bicarbonato de sosa. La dosis debe ser elevada si se quiere obtener la desaparición completa del dolor; y esta dosis no se puede deducir del grado de acidez del jugo gástrico, porque en el estómago en actividad existe una doble corriente de secreción y de absorción. En general la dosis varía según la intensidad de la crisis gastrálgica. Son precisos ordinariamente de 4 a 8 gramos de bicarbonato de sosa por periodo digestivo o sea de 8 a 16 gramos en 24 horas.

Es con frecuencia inútil darlo por la mañana; sobre todo si el primer desayuno está exclusivamente compuesto de leche y huevos frescos poco cocidos. El acceso gastrálgico aparece rara vez a esa hora.

Importa mucho que el remedio alcalino sea tomado en el momento oportuno. No conviene disponerlo antes o durante la comida. El momento oportuno es aquel en que queda libre el ácido clorhídrico y este no llega en ninguna de esas circunstancias. La forma recomendada por el Doctor Bouveret y practicada por mí durante largos años es la siguiente: Debe administrarse al enfermo la cantidad total de bicarbonato de sosa o sea de 4 a 8 gramos después de la comida del medio día y de la noche por dosis de 2 gramos cada hora empezando dos horas próximamente después de haber comido. Cada toma se disuelve en una pequeña cantidad de agua o leche. Como es natural el momento de la primera toma varía, según que la crisis gastrálgica es más o menos precoz. Hay casos en que no empieza la crisis de

dolor hasta la cuarta o quinta hora del periodo digestivo.

El uso de los alcalinos a altas dosis es inofensivo. Puede ser prolongado y continuado largo tiempo sin ningún inconveniente.

El Doctor Bouveret prescribe la medicación alcalina durante tres semanas cada mes, y por muchos meses consecutivos. La semana de interrupción permite apreciar los resultados obtenidos. La acción de los alcalinos es favorable en gran manera. Desde el primer día se ven desaparecer los dolores, las regurgitaciones ácidas y los vómitos. A la mitad o fin de la primera semana cesa el estreñimiento, y hasta es a veces reemplazado por diarrea. Al cabo de algunas semanas se puede ya cesar en la medicación alcalina sin ver reaparecer los síntomas de la hiperclorhidria.

Deben asociarse a la medicación alcalina algunos medicamentos que pueden disminuir la excitabilidad anormal del aparato secretor. Los más eficaces son el bromuro potásico, la belladona y el opio. Del bromuro potásico se dan 2 o 3 gramos en la mitad de comida y cena. Este medicamento conviene especialmente a los enfermos en quienes se acompaña la hiperclorhidria, de síntomas de excitación nerviosa. El opio está indicado en los casos en que domina la excitación anormal de la motilidad, y la dosis ordinaria es de medio centigramo de cloruro de morfina, o de dos o tres centigramos de extracto tebaico; o también de 5 a 10 gotas de láudano algunos minutos antes de la comida del medio día y de la cena.

En general es preferible la belladona, porque obra más directamente sobre la secreción cuya actividad modera.

Yo he prescrito frecuentemente antes de la comida dos o tres centigramos de extracto, u ocho o diez gotas de tintura de belladona.

La hidroterapia es también útil bajo la forma de compresas Priesnitz aplicadas mediante una servilleta doblada en cuatro dobleces y mojada en agua muy caliente que se coloca sobre el estómago por la noche al acostarse. Sobre la compresa se aplica un hule fino, y sobre este una planchuela gruesa de algodón en rama, sugeto todo con una faja hasta la mañana siguiente.

En algunas hiperclorhidrias muy dolorosas da resultado también el tratamiento por la quietud, a lo menos por una o dos semanas; reposo absoluto en cama, y reducción de los alimentos a un litro de leche y algunos huevos o un poco de carne picada y a la aplicación permanente, día y noche de una gran compresa caliente; al opio; al bicarbonato de sosa y algunos enemas, para llegar así al tratamiento ordinario.

El régimen en la hiperclorhidria no debe estar limitado a los alimentos azoados. Es regla general de la terapéutica de las enfermedades del estómago; debe aproximarse lo posible al régimen mixto para integridad de la nutrición.

Sin embargo, los azoados son los mejor digeridos, y tienen además la ventaja de combinarse con el ácido clorhídrico libre, lo cual contribuye a calmar el do-

lor. Los alimentos aconsejados como preferibles son las carnes blancas, los huevos, la leche, la harina de avena mondada: alimentos que excitan menos el estómago.

Las carnes estarán cocidas o asadas, sin salsas fuertes, especias y condimentos y con el mínimum posible de sal. Es muy conveniente picar bien las carnes. La leche y los huevos son excelentes alimentos; y a veces sirven un huevo o un vaso de leche, tomado lejos de la comida para calmar el dolor. Los huevos deben siempre estar poco cocidos y la leche debe tomarse siempre a pequeños sorbos y suficientemente separados porque la secrección gástrica de los hiperclorhídricos contiene una fuerte proporción de fermento *lab*, y si este fermento obra sucesivamente sobre pequeñas cantidades de leche se producen un gran número de coágulos pequeños cuya digestión es fácil; al paso que si el fermento obra sobre una gran cantidad de leche deglutida de una vez forma un coágulo voluminoso más difícilmente atacable. La leche puede tomarse también en las comidas, a modo y en lugar de agua y es muy conveniente. Deben abstenerse estos enfermos de toda bebida alcohólica, así como de café y té fuertemente cargados.

El enfermo debe de comer despacio y masticando bien.

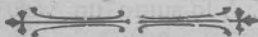
Debe hacer tres comidas, desayuno, comida y cena solamente. A lo sumo un vaso de leche por la tarde.

HIPOCLORHÍDRIA.—Puede no necesitar tratamiento alguno si no hay gastro-ectasia ni éxtasis ali-

menticio. Por el contrario, cuando la motilidad del estómago es incompleta y hay retención será conveniente emplear el ácido clorhídrico que es el que podrá impedir y detener las fermentaciones secundarias, y excitar la motilidad gástrica.

Debe administrarse a dosis bastante elevadas. Quince gotas, mezcladas con un vaso de agua o 150 gramos de una solución al 4 por 1000, será suficiente. Debe tomarse con la ayuda de un tubito de cristal para que la solución no toque a los dientes, y poco a poco durante la comida; o en dos veces, la mitad al medio y la otra mitad al fin. El alcohol en pequeñas dosis también conviene, lo mismo que el té y bebidas calientes.

HIPERACIDEZ ORGÁNICA.—*Fermentaciones anormales.* Este estado se revela por el olor agrio o rancio del contenido gástrico. Y la primera indicación es suprimir este éxtasis y excitar la motilidad de las paredes del estómago y combatir las fermentaciones por medio de lavados del estómago. Para ello, puede emplearse la solución de clorato potásico al 1 por 1000 y el ácido bórico al 30 por 1000. El agua que se emplea estará caliente a los 38° o 39°, C. También puede emplearse el bicarbonato potásico.





CAPÍTULO XXXIV

ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL

La úlcera del estómago está indudable y estrechamente unida a la hiperclorhídria y a la hipersecrección gástrica; y es el resultado de la acción digestiva del jugo gástrico sobre los tejidos del estómago. La causa, pues, verdaderamente eficaz de la úlcera es el exceso de secrección. Es una afección muy común en todos los países, excepto en Rusia y regiones montañosas de Alemania, lo cual se tribuye a la alimentación casi exclusivamente vegetal que hacen estos habitantes, con lo cual introducen en el organismo un exceso de potasa aumentando la alcalinidad de la sangre.

Es más frecuente en la muger que en el hombre la gástrica, y más en el hombre que en la muger la duodenal.

En la mayoría de los casos se manifiesta la úlcera con síntomas marcados. Lo ordinario es que empiece con fenómenos de dispépsia dolorosa, por lo cual se confunde a veces con una gastrálgia nerviosa; y este estado se mantiene, a veces largo tiempo. Pero llega un día en que sobreviene un vómito de sangre; y desde entonces, queda sentado el diagnóstico. Pero

su marcha ordinaria no suele ser esa. Por lo regular adopta el siguiente cuadro: Poco después de la comida sobreviene un dolor fuerte, como de desgarró en el epigástrico y en el dorso hacia la undécima vértebra, dolores que se corresponden en dirección. Este dolor dura ordinariamente bastante. El acceso suele terminar mediante un vómito compuesto de alimentos y de un líquido acuoso ácido que deja en la garganta una sensación de quemadura. Puede suceder que este vómito se retrase muchas horas. La presión con la punta del dedo despierta y exaspera el dolor en un espacio muy limitado, en la línea media poco más o menos a distancia igual entre el ombligo y el apéndice sifóides. También se observa igual dolor a la presión sobre el cuerpo de la undécima vértebra dorsal.

Se presentan hemorragias por la boca, ordinariamente abundantes, con cuajaronés negruzcos y mezclados, por lo regular, con alimentos. Otras veces aunque pasan algún tiempo desapercibidas, se presentan las hemorragias o en pequeña cantidad de coágulos negros con las deposiciones, o en cantidad más o menos grande de aspecto negro y fétido y pegajoso parecido al hollín de chimenea. Estas hemorragias llevan al enfermo a la anemia, al enflaquecimiento y a la pérdida de fuerzas.

Aunque no se toca tumor ninguno, es siempre dolorosa la presión. La duración de este estado es indeterminada. Puede prolongarse años con alternativas de hemorragias y también con apariencias de curación, recobrando el enfermo las fuerzas.

Es frecuente que a una gran hemorragia siga un periodo más o menos grande de calma; para seguir más tarde vómitos y crisis gastrálgicas.

En esta enfermedad es de temer la muerte rápida por una fuerte hemorragia o perforación del estómago. La perforación puede desarrollar una peritonitis, lo mismo que la úlcera puede provocar una perigastritis, ambas muy dolorosas y graves. Son poco frecuentes. Cuando se ha tenido una hemorragia, se deja de sufrir ordinariamente por bastantes días; y la hemorragia existe en el 80 por $\%$ de los casos.

Tres síntomas, pues, dominan el cuadro clínico de la úlcera; el dolor, los vómitos y la hemorragia por boca o ano.

TRATAMIENTO.—Hay dos indicaciones que llenar en él.

- 1.^a Disminuir la actividad del jugo gástrico.
- 2.^a Asegurar el reposo del estómago, en cuanto es posible.

Y esto se puede realizar por una combinación de medios que iremos exponiendo.

Para ello recordemos los síntomas que dominan el cuadro de la úlcera en el caso más ordinario; dolores, vómitos y exceso de secrección. Ha habido hemorragias, o las hay todavía, dejando al enfermo más o menos anémico.

El tratamiento que habremos de poner en práctica comprende cuatro periodos; división que facilitará su ejecución.

Primer periodo, o hemorrágico. Lo más importante en el periodo hemorrágico es procurar el reposo

absoluto del cuerpo y la inmovilización del estómago. El enfermo no se moverá ni abandonará su cama; y aún para hacer sus necesidades lo hará con el menor movimiento posible. Es importantísima la abstinencia completa. El célebre Doctor alemán Boas juzga más perjudicial que útil hasta la ingestión de hielo. Debe también prescindirse de todo tratamiento interno; y solo cuando la hemorragia aumenta, podrá emplearse en inyección hipodérmica la ergotina en esta forma:

De extracto de cornezuelo de centeno dializado,
1 gramo.

De agua destilada, 5 gramos.

De ácido fénico, 1 decígramo.

Mézclese para hacer una inyección subcutánea en el epigástrico; o esta otra que también se halla en el comercio en ampollas:

De ergotina, 2 gramos.

De agua destilada. }

De glicerina. }

a a 10 gramos.

Mézclese para inyecciones. Pueden ponerse varias.

Actualmente se emplea también la gelatina al interior, citándose varios casos de éxito después de administrar tres dosis en 24 horas de 200 centímetros cúbicos de una solución de gelatina al 10 por $\%$. En este caso se dará una cucharada cada hora. También son utilísimas las inyecciones hipodérmicas de suero de caballo en dosis de 20 a 40 centímetros cúbicos.

El Doctor Boas de Berlín recomienda la aplicación sobre el epigástrico de una vegiga con hielo o agua helada. Pero el Doctor Bouveret prefiere una gran compresa mojada en agua muy caliente y algo exprimida, y frecuentemente renovada, porque la aplicación del calor modera la excitación habitual de los nervios sensibles y motores del estómago. Sin embargo, si el enfermo acaba de tener hemorragia, o que parezca inminente su repetición, cree que debe ser reemplazada la compresa caliente por una vegiga bastante grande, llena por lo menos la mitad, de hielo desmenuzado.

Si el enfermo ha perdido mucha sangre será muy conveniente la aplicación de una inyección de unos 300 gramos de suero fisiológico. Sin embargo, a veces se suplen con ventaja con grandes lavativas de agua tibia. También se aplicará caliente el suero fisiológico para lo cual tienen gran ventaja y utilidad los aparatos inyectores de los Laboratorios Cea de Valladolid.

Ya he dicho que en este primer periodo hemorrágico que dura unos cinco a ocho días debe suprimirse la alimentación por la boca. En caso de necesidad podrá suplirse con lavativas alimenticias. Pero aún estas no deben emplearse sin una necesidad grande, que ordinariamente no la hay, a fin de evitar movimientos.

Las lavativas alimenticias pueden componerse del modo siguiente; para lo cual, pondremos varias fórmulas a fin de que puedan ser variadas, si alguna no se tolera bien:

- 1.^a A un vaso de leche o de caldo desgrasado se

adiciona una yema de huevo, y de una a dos cucharaditas de las de café de peptona seca y de ocho a diez gotas de láudano. Debe añadirsele un poquito de bicarbonato de sosa.

2.^a A 250 gramos de leche se añaden dos yemas de huevo, un poco de sal, una cucharada grande de vino tinto y otra de almidón.

En resúmen: las lavativas alimenticias son mezclas, de leche, caldo, vino, huevos y sal. Las gotas de láudano sirven para asegurar la tolerancia del intestino. Su temperatura será templada. Pueden ponerse cuatro o seis al día y dos o tres irán precedidas de una de agua para limpiar el intestino.

Puede prolongarse la dieta absoluta ocho, diez y aún más días, pero es necesario que el enfermo guarde cama para evitar el síncope. Ella es el medio más poderoso para calmar los dolores y que cesen las hemorragias. Las fuerzas que se pierden con ellas, se reparan rápidamente.

En el segundo periodo empieza la alimentación por la boca; pero con gran moderación y precaución. Se empieza por dar un vasito de leche de unos cien gramos por día administrados a cucharadas distanciadas. Si es bien tolerada se va aumentando la cantidad de leche hasta llegar a unos dos litros diarios pero aumentando muy lentamente y siempre tomándola en pequeños sorbos. Si se observasen ardores o pirósis deberá tomarse cuatro o cinco minutos antes de la leche, media cucharadita de una mezcla a partes iguales de bicarbonato de sosa y magnésia calcinada en un poquito de agua.

Este periodo durará de dos a tres semanas, y se suprimirán las lavativas alimenticias. Pero no se hará ejercicio ninguno. Debe aún guardar cama el enfermo. Ya al fin de él puede, si es necesario, aumentarse algo más la cantidad de leche, para lo cual podrá el enfermo tomar, (siempre a sorbos) un vaso de 300 gramos cada dos horas y nueve veces al día; v. gr.; a las 6-8-10 y 12 de la mañana, y a las 2-4-6-8 y 10 de la tarde y noche. Y si es posible se añadirá a cada vaso, una, dos o tres cucharadas de nata, convenientísimas para evitar el espasmo pilórico.

Aunque señalan a este periodo unas dos o tres semanas de duración, es un hecho probado que el régimen lácteo es conveniente prolongarle mucho más tiempo; a lo menos un año.

Y solo después de este periodo se podrá con alguna, aunque relativa seguridad, empezar la alimentación sólida que deberá estar compuesta de los alimentos siguientes:

Además de seguir con la leche, cuya cantidad, puede ser ahora reducida, se prescribe leche cocida con tapioca, maizena, sémola, avena bien triturada, o cualquiera de las harinas que se dan a los niños; y deberá hervirse a fuego lento durante media hora con lo cual disminuye su volúmen por la evaporación del agua.

La adición de las féculas a la leche aumenta el número de calorías sin aumentar el volúmen, aún cuando se tome una cantidad mayor de leche. Puede alternarse la leche con las papillas. Alguna vez convie-

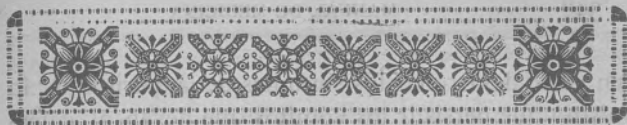
ne usar la leche condensada suiza, diluyendo cada bote en 750 gramos de agua caliente.

Hay ulcerosos que se quedan muy anémicos por la hemorragia, a los cuales es conveniente frecuentemente dar yemas de huevo; y pasado bastante tiempo, se les puede permitir comer sesos, criadillas, croquetas, pescado blanco, además de la leche y los huevos.

Una de las principales indicaciones en el tratamiento de la úlcera gástrica es evitar que haya en el estómago ácido clorhídrico libre en exceso; y se llena esta indicación con los alcalinos. Pero con mucha frecuencia conviene evitar el empleo del bicarbonato de sosa que puede por su ácido carbónico distender demasiado el estómago. Si el enfermo sometido a la dieta láctea no experimenta molestias de ninguna clase, no le daremos alcalinos; pero si a los 60 u 80 minutos de la toma de leche siente dolor o molestia se le dará de media a una cucharilla de una mezcla a partes iguales de magnésia calcinada y citrato de sosa en muy poca agua. Cuando haya estreñimiento se podrá poner más cantidad de magnésia calcinada.

Cuando por los vómitos de sangre o por su espulsión por el recto en forma negra como hollín de chimenea fuera indudable la existencia de la úlcera se usa mucho la administración del bismuto en dosis de 10 gramos de una vez en un poco de agua media hora antes del primer alimento; y se da ordinariamente durante dos meses.





CAPÍTULO XXXV

GASTRÍTIS

Es la inflamación de las tónicas mucosa y celular del estómago. Es enfermedad muy poco frecuente; pues no debe confundirse con la saburra gástrica muy frecuente y no grave.

Ordinariamente la gastritis es producida por la acción de un veneno. También puede serlo por un líquido demasiado caliente.

La gastritis tóxica se desarrolla casi inmediatamente después de la ingestión del veneno, y se manifiesta por un dolor grandísimo en el estómago, acompañado de vómitos que contienen sangre y van seguidos de cólicos y deposiciones sanguinolentas. Si el veneno ha de producir la muerte, después de algunas horas de sufrimiento atroz, cae el enfermo en colapso; una gran palidez cubre su cara, un sudor viscoso su cuerpo, desciende la temperatura y viene la muerte. En casos en que el veneno no es tan violento, o su cantidad es menor, sobrevienen los mismos síntomas, pero más leves. Sin embargo, no falta la fiebre y sue-

len verse desarrollar los síntomas de la peritonitis; lo mismo que persistir los vómitos que llevan al enfermo al marasmo y a la muerte. En algunos casos en que se consigue la curación, la convalecencia es larga; y además la curación rara vez es completa, porque quedan con frecuencia estrecheces que dificultan el paso de las sustancias alimenticias.

TRATAMIENTO.—Si se ha tomado un veneno y este es arsénico es preciso provocar el vómito o hacer el lavado del estómago. El vómito podrá provocarse haciendo una inyección hipodérmica de 30 centigramos de la solución oficial de apomorfina; y después se administrará una gran cantidad de agua caliente o salada por medio del lavado del estómago. También se dará el sexqui óxido de hierro hecho precipitando la tintura de percloruro de hierro con el carbonato de sosa y filtrándolo a través de un pañuelo. Se debe dar este medicamento en el agua y en cantidad ilimitada; o el hierro dializado en dosis de 30 gramos en varias veces.

También puede darse la magnésia en abundancia, o bebidas mucilaginosas como la clara de huevo o tisana de cebada.

Se aplicarán al enfermo mantas calientes, botellas calientes a los piés y piernas; fricciones.

Y en cuanto los síntomas agudos disminuyan, cataplasmas calientes de harina de linaza al vientre, e inyección hipodérmica con 2 centigramos de morfina.

Para el envenenamiento por el antimonio se facilitarán los vómitos por vomitivos tales como la apomorfina en dosis de 30 centigramos de la solución al

2 por 100; se dará gran cantidad de agua templada para facilitarlos; se dará también ácido gálico o tánico, 2 gramos en agua, repetidos siempre que sean devueltos por los vómitos; té y café fuertes; claras de huevo; tisanas de arroz; y si hay colapso, inyecciones de eter; botellas calientes a las piernas; mantas calientes; y si los síntomas agudos calman, inyección de morfina.

Para el envenenamiento por el cobre; lavado del estómago; o vomitivos (ipecacuana dos papeletas de a medio gramo del polvo); inyección hipodérmica de morfina; leche y huevos a voluntad; cataplasmas calientes al vientre.

Para el fósforo; vomitivos; uno a dos gramos de ipecacuana; esencia de trementina dos gramos cada media hora; una purga de 15 gramos de sulfato de magnésia; también se da el agua de cal.

En general, en todos los envenenamientos está indicado el vomitivo o lavado del estómago y cuando hay tendencia al colapso la aplicación de botellas calientes a las piernas, mantas calientes e inyecciones de eter o morfina.

También se da el hielo al interior y se aplica al exterior. La alimentación se hará por la leche y lavativas nutritivas, como en la úlcera del estómago.





CAPÍTULO XXXVI

CÁNCER DEL ESTÓMAGO

Enfermedad terrible, de resultado siempre fatal.

El principio casi siempre es obscuro; y muchas veces pasa bastante tiempo sin poderse aclarar.

Sus síntomas pueden comprenderse en cuatro; dolor, vómitos, tumor en el epigástrico, caquexia.

El dolor no se presenta siempre. Ocupa el epigástrico; aumenta por la presión y más por la ingestión de los alimentos. Cuando existe es casi continuo.

Los vómitos son frecuentísimos en esta enfermedad y pueden estar constituidos por materiales alimenticios, por materias viscosas y por una materia negra como el poso de café. Si la lesión ocupa el cárdias el vómito sobreviene poco después de la comida. Si tiene como es más frecuente su asiento en el píloro, las sustancias se presentan más o menos modificadas por el jugo gástrico.

Las materias viscosas son materias análogas a las expelidas en casos de catarros gástricos.

Las materias parecidas al poso de café no son más que sangre ennegrecida por la acción del jugo gástri-

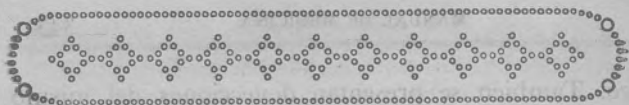
co. También se presentan deyecciones del mismo color y origen.

El tumor aumenta siempre la consistencia del estómago. Es difícil de reconocer cuando ocupa la pequeña curvatura o el cárdias. Es duro, abollado y se encuentra ordinariamente en el epigástrico.

CAQUEXIA.—El cáncer del estómago es acaso el que altera más pronto la salud, porque la influencia especial de la lesión se une al desorden de las funciones digestivas. Así es que los enfermos pronto se demacran, palidecen, pierden fuerzas, y su color toma muy luego el tinte céreo o amarillo de paja, y se presentan edemas caquéticos.

El tratamiento es nulo; y solo como paliativo es útil. Si hay dolores se calmarán con la inyección de un centígramo o medio de morfina. Las bebidas gaseosas y el hielo podrán combatir los vómitos. Y se usará la leche de alimento o algún cocimiento de harina, sémola o tapioca en leche. En el principio es útil también emplear la limonada clorhídrica que no debe tomarse al mismo tiempo que la leche.





CAPÍTULO XXXVII

CATARRO Y DISPÉPSIA INTESTINAL

El Doctor Schmit a quien se deben los más importantes estudios sobre los estados diarreicos, establece una clasificación de las alteraciones que se pueden presentar en el intestino, en dos grupos que son las dispépsias y los catarros. Y entiende por dispépsias todas las modificaciones patológicas que sufre el contenido del intestino, no tomando en este proceso la pared intestinal más parte que una modificación cuantitativa en la secreción de este órgano; y en sus contracciones peristálticas; es decir, en sus secrecciones y movimientos; y no emplea el nombre de catarro sino cuando la pared intestinal empieza a sufrir alteraciones inflamatorias.

Realmente esta separación y división es por lo regular, casi imposible de aceptar en la práctica, y el mismo Doctor Schmit lo reconoce también.

Nos ocuparemos en ambos estados dando comienzo por el de catarro intestinal, para hacerlo luego de las diarreas, trastorno debido en primer término a las bacterias.

El catarro intestinal puede existir solo, y también frecuentemente combinado con el gástrico y como propagación de él.

Una multitud de causas y agentes obran sobre estos órganos, produciéndole y sosteniéndole.

En primer termino se hallan los que obran de una manera inmediata sobre el intestino, como son los alimentos y bebidas inconvenientes, tanto por su mal estado de conservación, como por su defectuosa preparación en la boca o en el estómago, el abuso de los purgantes en especial los drásticos, y las influencias estacionales y de clima, que influyen más en las regiones cálidas y tropicales en la germinación, desarrollo y pululación de los gérmenes microbianos.

Pero es evidente que entre todos esos agentes, son los que obran por contacto con la mucosa intestinal los elementos más frecuentes y poderosamente productores del catarro intestinal.

En la boca y el estómago es donde sufren los alimentos la preparación para que puedan ser convenientemente transformados y absorbidos en el intestino; y cuando el químo es mal preparado en el estómago, y pasa en esa forma al intestino, determina en él un estado de irritación que da lugar a perturbaciones en la digestión, que repetidas uno y otro día ocasionan un estado morbozo permanente en el cual domina la diarrea o el estreñimiento; y el químo mal elaborado se produce no solo cuando es mala la calidad de los alimentos, sino cuando se cometen excesos en la cantidad, o hay irregularidades en el régimen.

La alimentación tiene decisiva influencia sobre los movimientos peristálticos; pues se observa que domina el estreñimiento en los individuos en quienes se establece un régimen albuminóideo por la falta de la celulosa que es el excitante de los movimientos.

También, por otro orden de excitación que provoca el hambre, se produce una exageración de los movimientos peristálticos, determinando también diarreas, que se evitan tomando la comida en cantidades pequeñas, para que pueda ser elaborada y digerida sin trabajo.

El peristaltismo es, pues, el regulador de las formas seca o diarreica que revisten los catarros intestinales.

Cuando este se exagera, ya por la ingesta o por la irritación, que determinan los escibalos, es la forma diarreica la que se produce. Por el contrario, cuando está disminuido el peristaltismo, es la seca o el estreñimiento el que tiene lugar acompañadas las heces de moco.

Las deposiciones, pues, suministran datos que revelan la existencia del catarro intestinal, de modo casi seguro.

El estreñimiento con sus heces duras y escibalosas es la forma más habitual, alternando algunas veces con diarrea; y el moco es el elemento anormal más frecuente; y su presencia tan constante, que rara vez falta sirviendo siempre en primer término para fijar el diagnóstico.

Los trastornos de la absorción intestinal aún no se conocen bien, y aunque se conozcan mejor los

vicios de secreción y de motilidad, no está bien determinado el límite entre ellos. Así el mecanismo de la diarrea v. gr. se halla aún en litigio; y es difícil saber la parte que toman en él los elementos glandulares y los motores.

El intestino no es más que la continuación del estómago; así es que lo que en este se empieza, se acaba en aquél; y los trastornos de la función estomacal influyen en alto grado en la intestinal.

El intestino recibe los alimentos procedentes del estómago, y sometidos en él al jugo entérico, siguen siendo modificados por la kinaza, fermento de este jugo, y después por la acción del jugo pancreático y por la bilis, que tiene al mismo tiempo, el papel de renovar los elementos epiteliales del intestino, a todo lo cual contribuyen las contracciones peristálticas.

Hay estrechas relaciones entre la dispépsia nerviosa intestinal y la dispépsia nerviosa, o neuro-motriz del estómago.

Sus condiciones etiológicas son idénticas; pues a las procedentes de la alimentación, se suman las de orden psíquico, como los disgustos, las preocupaciones, las pérdidas de fortuna, las pasiones deprimentes y los excesos de distintos órdenes.

La dispépsia intestinal se caracteriza por dos formas especialmente, que son:

La dispépsia intestinal de forma gaseosa.

La dispépsia intestinal de forma dolorosa.

Además debemos señalar, y ocuparnos, por su importancia, de dos elementos ligados con ella, que caracterizan el catarro intestinal:

El estreñimiento habitual, y la diarrea.

En la dispépsia intestinal de forma gaseosa no se reducen los síntomas a la hinchazón y sensación de peso e incomodidad que a veces hay en el principio. Después de la comida se experimenta además de esa sensación de peso, malestar también en el epigástrico. Los enfermos suelen ponerse anhelosos, y con la cara encendida. La distensión del vientre es tan grande y molesta que tienen que desabrocharse los vestidos, y se alivian si logran expulsar algunos gases. Este meteorismo se produce media hora o una después de la comida. Ordinariamente hay estreñimiento, constituyendo una incomodidad que tiende a exagerar el timpanismo; lo cual se debe a la atonía del intestino grueso y favorece también la atonía de los tramos intestinales que preceden a este; y frecuentemente también excita la contracción espasmódica de dichos tramos, poniendo así en actividad los elementos contrarios que tan a menudo se asocian en estos estados de neuropatía y dispépsia, siendo causa y efecto a la vez de hemorroides, por los esfuerzos que hacen los estreñidos para defecar, de enteritis moco-membranosa y de obstrucción intestinal.

En la dispépsia intestinal de forma dolorosa hay verdadero y a veces fuerte dolor. Consiste este en una sensación como de quemadura que presenta su mayor intensidad hacia el ombligo y parece correr en la dirección del colon transversal. Se produce el dolor tres o cuatro horas después de la comida y es frecuente que aparezca por la noche y produzca insomnio.

Las diarreas sobrevienen, a veces, sin causa conocida y toman frecuentemente el carácter crónico.

Cuando no sea así, y esté ligada a un estado saburral es un excelente remedio de ella un laxante salino, que puede ser de 120 a 150 gramos de agua de Carabaña o Loeches o 20 a 25 gramos de sulfato de sosa.

En toda diarrea crónica deberá observarse con cuidado el vientre. Si este se presenta duro, dolorido y con sonido mate, u obscuro a la percusión, debemos temer que esta enteritis crónica esté complicada con peritonitis crónica. Y si hay fiebre vespertina y sudores nocturnos, o los ha habido, que exista una afección abdominal tuberculosa, aunque en los órganos respiratorios no haya nada. En general, la diarrea crónica con fiebre y sudores nocturnos es un signo casi cierto de tuberculización. A veces sirve de indicación para ello no solo la fiebre que puede presentarse también por la mañana y los sudores sino la dificultad de la respiración, y la conformación particular de los dedos de las manos cuyas uñas y particularmente las de los pulgares, empiezan a encorbarse.

El Doctor Trousseau refiere un caso de una enferma con esos síntomas y diarrea crónica a quien dió la quinina a dosis alta, obteniendo la supresión de la diarrea.

La diarrea sobreviene también en los que sufren de inanición pues la falta de alimento da por resultado el empobrecimiento de la sangre; y este a su vez, la alteración de las secrecciones gástricas, pancreática intestinal y hepática; y por consiguiente no puede

cumplirse sino imperfectamente la digestión. Sin embargo, en estos casos los alimentos por buenos que sean, son causa de indigestiones repetidas. Debe auxiliarse entonces a la naturaleza dando el ácido clorhídrico y el opio, administrando los ferruginosos, los alcalinos y el arsénico según los casos. Pero hay otra medicación muy poderosa en estos enfermos tan difíciles de tratar, que es: las inhalaciones de oxígeno, con las cuales, aunque se haya llegado a un grado de anemia muy grande, se obtienen resultados notables.

Se le hace respirar en diferentes veces cinco o seis litros de oxígeno al día. Durante los primeros tres o cuatro días, se nota poco o nada de resultado; pero después de diez a quince días los efectos suelen ser muy notables. Se puede llegar a diez o más litros al día.

La diarrea crónica suele depender y ser la expresión de muy variados estados patológicos. La fiebre y los sudores nocturnos que repiten cada 24 horas, permaneciendo rebeldes a todos los medios, y coexistiendo con ella, son la indicación de dependencia de la tuberculosis; en especial en los adolescentes.

Cuando por falta de elementos reparadores en la alimentación o de malas condiciones higiénicas en la respiración, por efecto de haber respirado mucho tiempo un aire confinado y mefítico, se ve la sangre privada de sus materiales reparadores, se vician las secrecciones intestinales, y se agotan las facultades digestivas, se puede contar con una medicación incontestablemente útil que es la alimentación por la carne cruda picada. El Doctor Trousseau cuenta en

su Clínica un caso de una señora joven con diarrea incoercible de seis meses de duración a quien curó con este tratamiento. Se le administró un solomillo cortado en pedacitos, tomando dos trozos que digirió perfectamente. Por su gran desgana se tomó la precaución de poner la carne a un fuego muy vivo durante veinte minutos tiempo suficiente para sancocharla, como dicen los cocineros, de modo que solo estuviese cocida la capa superficial, quedando enteramente crudo el interior del pedazo. Y antes de servirse se le quitó la parte más cocida. Al siguiente día comió tres tajadas, luego cuatro y concluyó por tomar una cantidad bastante grande. Antes de dos semanas había cesado la diarrea y se había restablecido.

Cuando este medio no basta o no se tolera, recurre el Doctor Trousseau a otro. Da la carne cruda preparada bajo una forma a la que da el nombre de conserva de Damasco, que no es otra cosa que la carne reducida a pulpa mezclada con dulce de grose-lla o conserva de rosas, que el enfermo, sino está prevenido, toma sin repugnancia.

Algunas veces será necesario asociarle algún medicamento, como el láudano, dado antes de la comida en dosis de ocho a diez o aún más gotas; ya a los alcalinos, los amargos o los tónicos, la tintura de nuez vómica, en primer término asociada a la tintura de genciana y en dosis de 20 a 30 o 40 gotas mezcladas a un poco de agua, en dos o tres veces, después de la comida con media hora de intervalo. En casos de gran anemia podrán emplearse las preparaciones marciales. En estas diarreas crónicas rebeldes se ob-

tendrán también beneficios del baño frío de mar o de río. Muchas veces se administra el sulfato de sosa empezando por diez gramos disueltos en una pequeña cantidad de agua no dando inmediatamente después bebida alguna al enfermo. Al siguiente día no se da más que 5 gramos; y diariamente por espacio de una o dos semanas, se repite esta dosis, hasta que la diarrea cese; pero para terminar, conviene unos días darlo un día sí y otro no. Siempre se da en ayunas.

También se emplean unas píldoras que contengan cada una dos centigramos de ipecacuana, medio centígramo de calomelanos y otro medio de extracto de opio, y se toma una por la mañana y otra por la tarde, durante cinco días. Y si es necesario se vuelve al sulfato de sosa, o también al ruibarbo que se dará en dosis de 10 a 15 centigramos, por la mañana en ayunas.

A veces conviene emplear también en estas diarreas los antisépticos intestinales, v. gr.

De salicilato de bismuto.	}	a a de 30 a 50 centigramos
De benzonaftol.		
De polvo de opio en bruto, 1 centígramo.		

Mézclese para un sello. Pueden darse 3 al día espaciados, y aún cuatro y cinco.

También se emplea el ácido láctico tan preconizado en la diarrea verde de los niños, a los cuales se dará en la forma siguiente:

De ácido láctico, 3 gramos.

De jarabe de membrilo, 25 gramos.

De agua destilada, 100 gramos.

Mézclese para dar una cucharada de las de café cada media hora a los niños menores de un año; y una de las de sopa a los mayores de 12 meses. A los adultos se les dará en dosis de 4 a 15 gramos diarios en 700 gramos de agua con 250 de jarabe de membrilo, o en esta otra forma:

De ácido láctico, 10 gramos.

De jarabe simple, 200 gramos.

De agua, 1 litro.

Mézclese. Esta limonada, muy agradable se tomará a medios vasos.

Cuando hay exageración del peristaltismo muscular, lo cual se señalará por borborigmos, evacuación de alimentos mal digeridos y cólicos, se emplearán medicamentos que inmovilicen el intestino y calmen los dolores; y el opio y sus derivados tienen, desde tiempo inmemorial la preferencia en este caso, empleados a veces solos, y otras asociados a otros medicamentos en la forma siguiente:

De tanino, 50 centigramos.

De láudano de Sidenham, 5 gotas.

De elixir paregórico, 10 gotas.

De agua destilada, 80 gramos.

De jarabe simple, 20 gramos.

Mézclese para tomar una cucharilla de las de café cada hora.

También se puede disponer tanígeno o tanalbina, 20 centigramos para un papel y dar de 4 a 8 al día. La clorodina en dosis de 5 a 15 gotas ha sido especialmente preconizada contra la diarrea de los países cálidos.

Extreñimiento.—A veces domina estreñimiento en estos estados de dispépsia intestinal, y entonces goza de gran eficacia la belladona que debe prescribirse empezando por dosis muy débiles, por un centígramo de extracto, incorporado a igual cantidad de polvo de hojas, formando una píldora que el enfermo tomará por la mañana o por la tarde.

Pasados un par de días, si no ha cedido el estreñimiento, se aumenta en un centígramo la proporción del medicamento pudiendo llegar la dosis del polvo y del extracto hasta 3, 4, y aún 5 centigramos; pero sin pasar nunca de ahí. El Doctor Trousseau le considera un remedio efficacísimo en esta forma de dispépsia, y bastante para regular las deposiciones y las funciones digestivas.

El remedio obra aquí devolviendo a los intestinos gruesos su actividad perdida.

Cuando es insuficiente la belladona, se pueden ayudar sus efectos haciendo tomar por la tarde al enfermo una cucharilla de las de café de aceite de ricino o una cápsula del mismo aceite; y al mismo tiempo, la píldora de belladona. En el momento que el vientre queda libre se suspenden estos medios.

Esta medicación es soberana en los casos de que se trata; sobre todo para dar impulso al juego regular de las funciones perturbadas.

A los enfermos afectados de estreñimiento, teniendo en cuenta lo que es y supone la función del hábito, debe aconsejarseles que vayan al escusado todos los días a la misma hora; porque aunque los esfuerzos al principio sean inútiles, no tarda en conseguirse si se persevera. Pero si fuese necesario, se apelará también a la lavativa; pero a lavativa de agua fría, porque la tibia es perjudicial; pues aumenta la atonía del intestino.

Y si aún todo esto no fuese suficiente puede emplearse el ruibarbo en polvo a la dosis de 50 centigramos a 1 gramo que producirá una deposición a las 24 horas.

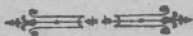
El intestino, como hemos dicho, puede llegar también a inflamarse; y es lo que constituye la enteritis o catarro intestinal.

Cuyas causas son ordinariamente la llegada a él de cuerpos mecánicamente irritantes, de tóxicos o gérmenes infecciosos; y sus síntomas más salientes son los dolores cólicos, la diarrea y el estreñimiento, y como estan ligados estos síntomas a los fenómenos motores, a la rapidez del paso del químo al intestino y a la disminución de la contractilidad, en ellos habremos de fundar el tratamiento. Mucho de lo que acabo de decir es aplicable aquí. A los trastornos de motilidad se aplica de preferencia el opio y sus derivados en especial la morfina los cuales sirven para calmar no solo el dolor, sino para contener y curar la

diarrea. También contra los cólicos podrá recurrirse a la aplicación sobre el vientre de un lienzo doblado en varios dobleces y mojado en una infusión caliente de manzanilla y cubierto de franela. También se puede recurrir a la clorodina en dosis de 5 a 15 gotas medicamento muy preconizado contra la diarrea crónica de los países cálidos.

En los casos en que se presente el estreñimiento como efecto de la atrofia o lesión más considerable de las paredes intestinales, como ocurre en los ancianos, habremos de limitarnos a provocar por medio de el purgante salino una evacuación cuando sea necesario.

RÉGIMEN.—Es preciso disminuir los residuos alimenticios, dando una alimentación nutritiva en pequeño volumen en los casos de diarrea, como por ejemplo la carne cruda picada, molida y mejor rallada y machacada en el mortero y tamizada y echada en caldo de carne. También se la puede mezclar con tapioca o purés. Se suprimirán las legumbres verdes. Pueden tomarse asimismo huevos. También se puede tomar arroz muy cocido. Se suprimirán las conservas, embutidos y quesos fuertes. El régimen lácteo es excelente. En casos graves de intolerancia completa del aparato digestivo, se recurrirá a la *dieta hídrica* con una ligerísima infusión de té o mejor de hojas de naranjo.





CAPÍTULO XXXVIII

DIARREA DE CONCHINCHÍNA

Es una enfermedad de curso crónico interrumpido por ataques subagudos y de una gran tenacidad. Está sujeta a frecuentes recaídas y suele ser muy rebelde a las medicaciones más variadas.

Las indicaciones terapéuticas derivan de los caracteres clínicos. En la diarrea de Conchinchína típica, las deposiciones son blandas, líquidas amarillas o incoloras, sin vestigios de sangre; los trastornos dispepticos gastro-intestinales están muy acentuados, la anemia es considerable y el enflaquecimiento llega a límites extremos. Esta desnutrición depende de la atrofia con degeneración glandular del intestino delgado, el cual se presenta pálido y blanquizco, comparable con la tripa de buey.

Las glándulas anejas (higado y páncreas) experimentan una atrofia análoga. Estas circunstancias indican la importancia del tratamiento dietético. La diarrea de Conchinchína va acompañada frecuentemente de ulceraciones disentéricas del intestino grueso sin que sea, por eso, tributaria de la disentería.

Se han empleado diversos tratamientos en los cuales nos hemos de ocupar; y en resúmen son los siguientes:

El profiláctico, el dietético y el farmacológico.

El profiláctico es importantísimo en especial para los Europeos que van a habitar en los países cálidos, y que están expuestos sobre todo durante los primeros meses de su permanencia en el extremo Oriente a contraer la diarrea crónica endémica, enfermedad muy frecuente allí.

Los Europeos procurarán en lo posible llegar algún tiempo antes de la estación calurosa y de las lluvias. De este modo su aclimatación será más fácil. Para evitar los ataques, las recaídas o las recidivas de la diarrea crónica endémica de los países cálidos, el recién llegado deberá tomar las siguientes precauciones.

Se preservarán de un enfriamiento por medio de un cinturón de franela ceñido alrededor del abdomen, y vestirán trajes de lana en la época de los descensos de temperatura que a veces se acentúan mucho durante la noche. Si se ve obligado a acampar al aire libre, se acostará debajo de un abrigo aunque sea de hojas y no descansará nunca sobre el suelo.

Además se abstendrá de tomar con frecuencia baños fríos aunque a ello le inciten los lagos y los ríos.

La diarrea de Conchinchina se propaga principalmente por medio *del agua en bebida*. Es por eso prudente no beber más que agua hervida o ligeras infusiones de té. El agua turbia de los ríos, cuyas

materias fangosas han sido precipitadas con un poco de alumbre según costumbre Amnamita, es preferible el agua clara, viva y limpida que se halla en las regiones montañosas. La acción del alumbre arrastra al depósito fangoso las materias orgánicas en suspensión. Nada de aperitivos, nada de líquidos alcohólicos nada o muy poco de hielo.

Como la diarrea crónica ataca con preferencia a los palúdicos, como dosis preventiva se tomarán 25 centigramos de quinina, medicación cuyos excelentes efectos se ha probado en el Tonkín.

Es preciso contener lo más pronto posible por medio de astringentes y opiados esas pequeñas *diarreas matutinas*, en apariencia insignificantes y tan frecuentes en esos países, porque a menudo son el principio de la diarrea crónica endémica, o de Conchinchina.

No debe olvidarse que los anémicos son candidatos a la diarrea crónica; por lo cual la anemia tropical que a menudo coexiste con el paludismo, deberá ser tratada por medio de tónicos marciales y arsenicales.

Y si estos medicamentos no surten efecto será prudente repatriar a los enfermos; y su estado mejora al cabo de algunos días de travesía solo bajo la influencia del cambio de aires, del régimen lácteo, del sulfato sódico a dosis fraccionadas y de los antisépticos intestinales; y a su llegada a Europa pueden creerse curados. Pero no deben olvidar que el más pequeño enfriamiento les espone a una recaída.

El tratamiento dietético comprende los regímenes

que deben seguirse. El régimen lácteo exclusivo es la medicación preferible. La leche hervida o esterilizada se tomará gradualmente a pequeños sorbos, y a la dosis de dos o tres litros al día. Si la leche fuese demasiado gruesa se desnatará. La adicción de 15 a 20 gramos de agua de cal, o de 50 centigramos de bicarbonato de sosa por litro, hace más tolerable el régimen lácteo. El éxito del tratamiento depende de la calidad de la leche, y se manifiesta por el espesamiento de las evacuaciones, por su coloración amarilla homogénea y por el aumento de peso del cuerpo. Las soluciones de leche concentrada suiza dan muy mediano resultado; tal vez debido a su condición demasiado azucarada que favorece el desarrollo del muguet.

Después de algún tiempo, se pasa al régimen mixto compuesto de féculas, puré de lentejas, huevos pasados por agua y carne magra de buey o de carnero. La carne cruda picada, el seso hervido, la lechecilla de ternera y de cordero no se prescribirán hasta que las deposiciones sean pastosas. Es preciso vigilar las deposiciones con cuidado, porque la lientería, o sea la salida de los alimentos a medio digerir, se produce a menudo.

Cuando esto suceda, hay que volver a la leche, a la que unos días después, se añadirán por mañana y tarde 200 gramos de caldo desgrasado, 150 gramos de jugo de carne y 10 gramos de sal en grano.

Si el enfermo no tolera la leche, puede suplirse esta con tisana albuminosa, hecha con claras de huevo batidas en agua, (cuatro o seis por litro), té de buey, caldo de pollo, agua de arroz o agua panada.

Se ha recomendado también el uso de las peptonas a la dosis de 3 a 6 cucharadas pequeñas de polvo, en solución. Las peptonas se disuelven en leche o en caldo desgrasado y pueden también darse en lavativas compuestas de un vaso de agua tibia una a tres cucharadas de peptona. 25 centigramos de bicarbonato de sosa y 4 o 5 gotas de láudano. Este tratamiento durará de 9 a 18 días. Modifica las deyecciones albinas y determina un notable aumento de fuerzas.

Cuando la mejoría es evidente se prescriben las carnes magras a la parrilla, las pechugas de aves, los pescados, los huevos, los feculentos y el pan tostado. La cerveza mezclada con agua, o el té caliente deben ser preferidos al vino.

En el Tonkín y China puede hacerse uso del *carica papaya* que favorece la digestión de las sustancias albuminóideas. Se toma en dosis de 25 centigramos a 1 gramo en sellos o jarabe. Algunas frutas como la *guayaba* en el Tonkín y China y la *baya de bael* en la India, gozan de reputación.

La pepsina está indicada cuando las deposiciones contienen pequeños cuajarones amarillentos, compuestos de caseína y materias albuminóides no digeridas. Bertrand prescribe la pancreatina antes de las comidas cuando las deposiciones contienen glóbulos grasos. El Doctor Feris recomienda las sustancias peptógenas como el caldo desgrasado y la destrina mezclada con leche a la dosis de 20 a 60 gramos. También se puede emplear la maltina añadiendo algunas gotas (5 a 6) de ácido clorhídrico.

El régimen tiene tanta importancia como el trata-

miento farmacológico que será el siguiente que iremos exponiendo.

La diarrea de Conchinchina puede ser crónica desde luego, o suceder a un ataque disentérico. Además su curso crónico puede presentar accesos de recrudecimiento por enfriamientos o por apartarse el enfermo del régimen.

Contra estos accesos se emplearán los purgantes, la ipecacuana, los calomelanos y a veces la simaruba o el ailanto.

Como purgantes son los preferibles los salinos, como el sulfato de sosa, que es el más empleado en dosis de 25 a 30 gramos un día y descendiendo a 20, 15, 10, 8 y hasta 5 gramos diarios. Y cuando han desaparecido los síntomas subagudos se usa el sulfato de sosa en dosis refractas, 10 gramos cada 24 horas en una poción de la que se tomará una o dos cucharadas cada hora.

La ipecuana se usa si esas crisis disenteriformes toman un carácter demasiado agudo o no se corrigen con el sulfato de sosa. Entonces se reemplaza este por una infusión de ipecacuana en dosis de 4 a 5 gramos, triturada. También recientemente se han conseguido rápidas curaciones con la maceración de corteza de simaruba.

Los calomelanos son útiles también, bien en dosis grandes, 50 centigramos de una vez, bien en dosis refractas, en papelitos de 5 a 10 centigramos cada 5 horas hasta tomar 40 centigramos en un solo día, pero solo dos días seguidos; asociando los calo-

melanos con la ipecacuana y el extracto de opio, como se halla en las píldoras de Second, cuya fórmula es la siguiente:

De ipecacuana, 40 centigramos.

De calomelanos, 20 centigramos.

De extracto de opio, 5 centigramos.

De jarabe de espino cerval, cantidad suficiente.

Mézclense y háganse seis píldoras que se tomarán en 24 horas. Obran mejor en los ataques subagudos. Deben suspenderse a los pocos días.

El opio está especialmente indicado contra los dolores, que sobrevienen al principio o en el curso de la enterocolitis.

Es de especial uso en la India Inglesa por su acción analgésica la *clorodina* que tiene la siguiente fórmula:

Morfina, 10 gramos.

Cloroformo, 30 gramos.

Eter, 20 gramos.

Tintura de cannabis indica, 20 gramos.

Tintura de capsicum, 30 gramos.

Aceite esencial de menta piperita, 30 gramos.

Melaza, 200 gramos.

Mézclese.

Esta *clorodina* de uso frecuente como he dicho en la India Inglesa, disminuye las secrecciones intestinales. Así es que cuando las deposiciones tienen un

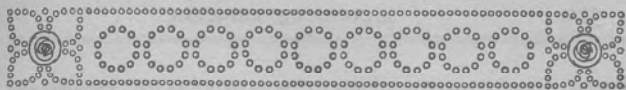
color muy fuerte, son neutras o alcalinas, y presentan abundante flujo bilioso, es preciso renunciar a los calomelanos, a los purgantes y a la ipecacuana y recurrir a los antisépticos intestinales y a los opiados, y especialmense a la *clorodina*.

En el periodo de estado o en la diarrea crónica los opiados se asocian con los purgantes salinos que deben administrarse durante muchos días sostenidos. Es medicación que ha dado muy buenos resultados. Cuando la lengua esté encarnada y limpia no se usará esta medicación.

La diarrea de Conchinchina tiene origen microbiano. Por eso están indicados también en ella los antisépticos intestinales; sobre todo en casos de deyecciones líquidas y fétidas. Pueden usarse el salicilato de bismuto en dosis de 2 a 8 o 10 gramos al día o en sellos de 50 centigramos, y el benzonaftol en dosis de 2 a 3 gramos y sellos de 50 centigramos que puede asociarse al salicilato de bismuto.

Cuando las deposiciones sean líquidas o como puré, y fétidas, se aplicarán lavativas de agua con un gramo de permanganato de potasa; o de Licor de Labarraque en dosis de dos gramos por medio litro. En caso de tenesmo, se añadirán 8 a 10 gotas de láudano.





CAPÍTULO XXXIX

APENDICÍTIS

Es la inflamación del apéndice vermiforme, que puede confundirse con la tiflitis o inflamación del ciego y terminar por peritonitis que es la inflamación del peritóneo.

Puede presentarse la apendicitis en varias formas.

Siempre se presenta con dolor fuerte en la fosa iliaca derecha, que sobreviene de repente con poca o ninguna fiebre cuando no pasa del estado de cólico apendicular; en cuyo caso sería más exacta esta denominación que la de apendicitis, que ya implica el concepto de inflamación; y eso ocurre bastantes veces.

Por la exploración del vientre se observa que el punto máximo de dolor se halla en lo que llaman los anatómicos punto de Mac-Burney, que es el centro de una línea tirada de la espina iliaca anterior-superior al ombligo.

Cuando pasa del estado de simple cólico, y se presenta la inflamación ésta no se limita al apéndice vermiforme; puede interesar el ciego, y alcanzar también el peritóneo, aumentando la fiebre que pueda

llegar a 39° o 40°; y al tacto se aprecia un estado de pastosidad en la fosa iliaca derecha. Y si estos síntomas, y el dolor persisten pasado el 5.° o 6.° día, hay que temer el desarrollo de un absceso en la región del apéndice, y que el peritóneo se interese en la inflamación, lo cual da más gravedad al padecimiento; y tanto más cuanto más generalizada se presente la inflamación peritoneal. En este caso se generaliza el dolor a todo el abdomen, con el correspondiente cuadro sintomático abombamiento del vientre, vómitos, respiración frecuente y orina escasa.

Entonces el pronóstico es muy grave.

Cuando la apendicitis no llega a este límite, y ocurre esto muchas veces, sobre todo si en el principio se le trata debidamente, pasa al cabo de algunos días, el periodo de agudeza; pero queda el enfermo expuesto a nuevos ataques, aunque menos graves ordinariamente que el primero. Otras veces persisten la tumefacción y el dolor, y entonces es necesario esperar pronto una recidiva.

TRATAMIENTO.—Se prescribirá inmediatamente el reposo en cama acostandose el enfermo lo más pronto posible, y al mismo tiempo se procurará el del intestino, sea cualquiera la intensidad de el ataque.

No se pondrán enemas ni irrigaciones, ni se tomará ningún purgante. Reposo absoluto en cama en decúbito dorsal; (en una palabra boca arriba), con una bolsa de hielo sobre el vientre, procurando poner entre ella y la piel del vientre una franela; y se renovará cuando el hielo se liquide. Se impondrá la dieta

más absoluta sin permitir tomar más que una cucharada de agua esterilizada, de hora en hora.

Si la sed fuese demasiado fuerte, podrá ponerse alguna inyección de suero fisiológico; y se administrarán diez centigramos de extracto de opio al día, por lo menos a los adultos, en píldoras de a centígramo, y se vigilará al enfermo por si la formación de pus hiciese precisa la intervención quirúrgica. Cuando cese la fiebre, el dolor y la tumefacción, podrá considerarse curado el enfermo.

Pero es importantísimo no confundir la inflamación del apéndice con la tiflitis intercorácea; puesto que ambas existen y pueden presentarse separadamente en un enfermo, y deben tratarse también de manera completamente diferente.

Tienen caracteres muy diferentes ya en su presentación; y su estudio es el que nos dará los datos para ello.

Es muy raro que la tiflitis principie bruscamente. Lo más común es que el principio sea lento e insidioso. Durante algunos días presenta el enfermo una serie de trastornos digestivos con alternativas de astringencia y diarrea; poco a poco va dominando la astringencia, a la vez que la región iliaca derecha es asiento de dolor bastante vivo, y sobrevienen eructos, náuseas e inapetencia. El dolor en la fosa iliaca derecha se exaspera con los movimientos y aumentan con la presión más pequeña. Los enfermos temen la palpación del vientre. La región iliaca derecha está ligeramente abombada, y palpando se puede reconocer una tumefacción larga en forma de morcilla, si-

guiendo la dirección del ciego, que es depresible a veces y siempre dolorosa al tacto. Es frecuente el meteorismo y rápidamente se hace completa la astringencia de vientre; sobreviene a veces, hipo, y a veces sobrevienen también vómitos biliosos fecalóidos, lo cual es de bastante gravedad. La lengua se cubre de barniz blancuzco, y a menudo se presenta fiebre.

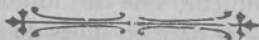
Los síntomas de la apendicitis son diferentes y varían según la fase del padecimiento. La fase correspondiente al cólico apendicular es debida, al parecer a la penetración en el apéndice de un cálculo exteriorcorácea; y los accidentes de dolor suelen desaparecer con la misma rapidez que se produjeron, por las contracciones intestinales que le devuelven al ciego. El principio de la apendicitis es siempre repentino, brutal. El enfermo siente una sensación brusca y violenta de dolor que se localiza en el punto dicho y se acompaña de otros fenómenos dolorosos paroxísticos en forma de cólicos intestinales que predominan en el lado derecho del vientre y coinciden a veces con el vómito.

Los tratamientos en ambos casos son como hemos dicho completamente diferentes.

En la apendicitis ya queda dicho lo que debe hacerse. En la tiflitis exteriorcorácea deben emplearse los revulsivos en la región cecal para disminuir la intensidad de los fenómenos inflamatorios, poniendo ventosas escarificadas y sanguijuelas, y después se impone el empleo de los purgantes, tales como el aceite de ricino, o la belladona como queda dicho en la dispepsia y catarro intestinal. También estos pueden ser ayudados de las lavativas.

Cuando la apendicitis progresa y la inflamación invade el peritóneo, es el dolor intenso, insufrible; el síntoma principal. Los enfermos temen hasta el contacto de la sábana y cubiertas de la cama y el aspecto del enfermo es característico. Tiene las facciones contraídas; la nariz afilada; los ojos rodeados de un círculo negro y hundidos. En el semblante se revela un sufrimiento atroz. Se presentan vómitos de un líquido verdoso, amargo. La fiebre es intensa. Lleg a 40 o más grados. El meteorismo es excesivo; y cuando la peritonitis es general, sobreviene ordinariamente la muerte. Sin embargo, a veces no alcanza esta intensidad y cura.

El tratamiento debe tener por objeto inmovilizar el intestino para que con sus movimientos no transmita los organismos septicos empleando los medios que hemos dicho en la apendicitis, y dando si es posible, el agua helada a cucharadas. No se administrarán purgantes. Puede utilizarse el recto para administrarse bebida, dando tres veces al día un enema de 150 gramos de agua adicionada con láudano en cantidad de 8 a 10 gotas. Se darán también de 8 a 10 centigramos de extracto de opio en píldoras de a centígramo, y aún conviene aplicar una vegiga de hielo sobre el abdomen.





CAPÍTULO XL

LITIASIS—CÓLICOS

La litiasis es un estado debido a la oxidación incompleta de los productos de desamiliación y a un transtorno de la destrucción de las materias nitrogenadas por efecto de lo cual se deposita ácido úrico, y sobreviene el cólico.

Los cólicos pueden ser hepáticos o biliares, intestinales y nefríticos. Son como acabo de decir una manifestación del estado litiasico, debido a la oxidación incompleta de los productos de desasimilación, caracterizada en los *biliares* por un dolor fuerte, violento muchas veces, que se localiza en la región del hígado o hipocóndrio derecho, de forma paroxística; esto es: que se irradia por accesos hacia el omóplato y hombro derecho, y acompañado ordinariamente de ictericia, vómitos y a veces fiebre. Son debidos estos cólicos al paso de algún cálculo, arenillas o lodo biliar. Su tratamiento está casi limitado a la inyección de morfina que se dará en dosis de medio a un centígramo, asociado a medio milígramo de sulfato neutro de atropína que puede formularse así:

De sulfato neutro de atropina, 1 centígramo.

De clorhidrato de morfina, 10 centigramos.

De agua destilada de laurel cerezo, 20 gramos.

Disuélvase y mézclese.

Un centímetro cúbico representa medio centígramo de cloruro mórfico y medio milígramo de sulfato neutro de atropina.

Se pondrá una inyección, y si a la media hora no está aliviado el enfermo se pondrá otra.

También puede emplearse la medicación externa consistente en cataplasmas calientes cada hora; grandes que cubran toda la parte dolorida; baños generales a 35° o 36° de media a una hora de duración, que se tomarán dos o tres diarios; bebidas frecuentes, aunque en corta cantidad, y alimentación líquida de leche sola o mezclada con un par de cucharadas de agua alcalinizada. Puede servir el agua de Mondariz para esto.

Los intestinales, si se trata de adultos, son por lo regular, procedentes también de causas alimenticias. Los accesos de dolor se tratarán con aplicaciones calmantes sobre el vientre, bebidas calientes y reposo.

Aunque puede emplearse para el dolor la inyección de morfina, (y yo la he aplicado de un centígramo de una vez, y a la media hora otro, y también en dosis doble menor, como debe hacerse en jóvenes y personas débiles), también se puede calmar el dolor administrando unas cucharadas de la siguiente poción:

De elixir paregórico, 6 gramos.

De mentol, 25 centigramos.

De coñac, 10 gramos.

De jarabe simple, 30 gramos.

De agua de melisa, 60 gramos.

Mézclese para tomar a cucharadas cada hora a dos horas.

El vientre se friccionará con el linimento siguiente:

De láudano de Sidenham, 6 gramos.

De cloroformo, 10 gramos.

De aceite alcanforado, 60 gramos.

Mézclese.

Después de pasar el acceso de dolor, conviene dar un purgante de aceite de ricino.

El cólico intestinal es debido a contracciones fuertes de las túnicas intestinales, y está localizado en la región intestinal, y como hemos dicho, es casi siempre debido a la acción de alimentos en malas condiciones.

Los cólicos renales o nefríticos son debidos también al paso de arenillas o calculillos, y se caracterizan por dolor fuerte en la región renal, que se irradia a los lomos y los órganos genitales, por vomitos, orina escasa y cargada, y por expulsión de arenas y calculillos, y algunas veces con hematuria, en cuyo caso, o sale la sangre sola, o mezclada con orina.

Estos cólicos se tratarán también en los adultos con la inyección de un centígramo de morfina, que podrá repetirse si a la media hora no está aliviado el

enfermo; y lo mismo que en los biliares, se harán aplicaciones calientes al sitio del dolor; se darán baños generales calientes a 35° o 36° de media hora a una de duración y cuando hayan cesado los vómitos se darán bebidas acuosas en cantidad pequeña cada vez, pero a menudo; se administrará un enema purgante, y más tarde una purga de aceite ricino o de agua de Loeches, Carabaña, Rubinat o Hunyadijanos.

En los periodos libres de cólicos se dará a los enfermos diez días al mes, dos gramos de carbonato de litina, y los otros 20 días agua alcalina, que a falta de aguas minerales naturales, se puede remplazar con agua común a la que se añada medio gramo de bicarbonato de sosa por litro.

A la higiene alimenticia se dará capital importancia en la litiasis. Se tomarán carnes en moderada cantidad, con preferencia carnes blancas; huevos en corto número; régimen vegetariano de legumbres verdes especialmente; abstinencia de tomates y acederas; moderación de col, coliflor y setas; fruta en abundancia. Poco pan; poco vino y éste, blanco ligero, mezclado con agua alcalina; leche aguada.

Harán uso de laxantes frecuentes salinos. Harán ejercicio corporal, andando o cazando.

Limpieza frecuente de la piel por medio del baño general. Esto se aplica con especialidad a la litiasis renal y biliar.

En los cólicos intestinales, si se tratase de niños de pecho, pueden considerarse debidos a la cantidad excesiva o malas condiciones de la leche. En el primer caso se reducirá el número y tiempo de las ma-

madas y se examinarán las condiciones de limpieza del biberón y las deposiciones.

A menudo estas tienen color verde, indicio de la participación que en ello tiene la exagerada actividad hepática. Después de mamar se le da al niño una cucharada de las de café de agua de Vichy o de una solución de bicarbonato de sosa al 5 por 1000, o se pone esa cucharada en el biberón. También se emplea en los niños la siguiente poción de ácido láctico, que es de mejor acción:

De ácido láctico, 3 gramos.

De jarabe de membrillo, 25 gramos.

De agua destilada, 100 gramos.

Mézclese para dar a los niños menores de un año una cucharada de las de café cada media hora; y una cucharada de las de sopa para los mayores de doce meses.





CAPÍTULO XLI

VERMES INTESTINALES (LOMBRICES)

Varias son las lombrices que viven como parásitos en el tubo digestivo. Solo nos ocuparemos de las más importantes y más comunes que son la *ascáride lumbricóide* el *oxiuro* de cuerpo cilíndrico y estriado, las ténias y el anquilostoma duodenal.

La ascárides, muy frecuente en los niños, vive en el intestino delgado. Se parece a las lombrices de tierra, aunque más blanda por lo general. Pone millares de huevos; y es probable que este sea el medio de que se adquiera y propague siendo ingeridos estos huevos con el agua y con los alimentos, y desarrollándose en el intestino.

El oxiuro es una pequeña lombriz blanquecina que solo tiene un centímetro de longitud y aún el macho es más pequeño. Los oxiuros habitan en el recto; son frecuentes en los niños. A veces se corren a otros órganos y dan lugar a un prurito capaz de ser causa de hábitos funestos.

Las tenias, lombrices en forma de cinta son de tres clases:

La tenia soliúm, la tenia medio caneleta y el botriocéfalo.

La tenia soliúm, llamada así porque de ordinario no existe más que una en el mismo individuo, y única de que habremos de ocuparnos, porque no hay diferencia en los síntomas ni en el tratamiento, tiene el cuerpo en forma de cinta, y mide de seis a ocho metros, o más de longitud. Su cuello es largo, muy delgado, y sostiene una cabeza del volúmen de la de un alfiler, que tiene cuatro mamelones y los ganchos con que se agarra al intestino. El cuerpo es blanquecino y se compone de anillos que contienen los huevos que ingeridos por ciertas especies de animales cuya carne toma el hombre, en el estado de *cisticercos*, se desarrollan en él por completo convirtiéndose en tenias.

Las lombrices muchas veces no producen ningún inconveniente. Sin embargo a veces determinan fenómenos locales y fenómenos reflejos. Los locales o abdominales consisten en cólicos acompañados de diarreas; el vientre está abultado; el apetito es a veces nulo, otras veces voraz y aún caprichoso, y el enfermo arroja lombrices o anillos de solitaria con las materias fecales, o solos.

Los fenómenos reflejos son raros y extraños; lo cual puede explicarse por acciones reflejas; y son ptialismo, náuseas y vómitos, cefalalgia, convulsiones, picor de la nariz, dilatación de las pupilas, delirio, estupor, sordera, gota serena, &c.

A veces comprometen la nutrición; pueden introduciéndose en las vías aéreas producir accesos de sofocación; y hasta terminar, por interrupción del curso de las materias fecales, síntomas de oclusión intestinal.

Los oxiuros se limitan a ocasionar un prurito más o menos intenso en el ano y sus inmediaciones.

Los anquilostomas son también lombrices pequeñas de unos 15 milímetros de longitud, que habitan en el duodeno y se extienden al resto del intestino. Los huevos son expulsados con las materias fecales.

TRATAMIENTO.—Deben filtrarse las aguas, porque los huevos de lombriz no pasan el filtro.

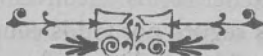
Se empleará contra las ascárides la santonina de cinco a treinta centigramos, o el semen contra en polvo a la dosis de 60 centigramos a 2 gramos.

Contra la tenia se puede emplear la raíz de granado en dosis de 60 gramos para medio litro de agua; pero no deja de tener serios inconvenientes. Es mucho mejor y más seguro por todos conceptos emplear el extracto etéreo de helecho macho que es la base de las píldoras de Secretan preparado excelente que casi nunca falla. Con ellas viene el método y procedimiento que se ha de usar para emplearlas.

Pueden facilitarse las deposiciones administrando después de las píldoras un purgante de aceite de ricino.

También se administrará el extracto etéreo de helecho macho para combatir el anquilostoma. Dos horas después se da asimismo un purgante de 30 gramos de aceite de ricino.

Para evitar que se rompa la tenia por el cuello y quede la cabeza dentro del recto, lo cual basta para que se reproduzca, debe sentarse el enfermo en una vacinilla en la que se pondrá agua tibia en bastante cantidad para que toque al cuerpo del enfermo al sentarse en ella. De ese modo flota al salir la tenia y no rompe por su cuello dejando la cabeza dentro.





CAPÍTULO XLII

CONGESTIÓN DEL HÍGADO-ICTERICIAS

CATARRAL Y GRAVE

Son algo frecuentes las congestiones del hígado, en especial en los países cálidos, y esto tiene su razón de ser en la riqueza vascular de este órgano, y en sus relaciones con el sistema de la vena porta y con las circulaciones cardiaca y pulmonar.

La congestión hepática puede producirse por flujióu y por éxtasis.

Por flujióu se produce a consecuencia de excesos en la comida o bebida, por el miasma palúdico y por la disentería, como se observa en los países cálidos. Las congestiones por éxtasis están ligadas a las enfermedades del corazón y a veces a las del pulmón.

Los caracteres principales de una congestión hepática son una sensación molesta y de estorbo en el hipocondrio derecho y un aumento de volúmen en el hígado. Frecuentemente también determina una ligera ictericia. La fiebre es rara en nuestros climas; frecuente en los países cálidos.

Con arreglo a este concepto y modo de ser de la

congestión hepática tiene dos órdenes de indicaciones. Las que se originan de parte de las enfermedades del corazón están subordinadas a estas.

Las dependientes de las otras causas que originan la fluxión tienen otro tratamiento. Asimismo se ha atribuído el efecto de producir la ictericia a los catarrros del duodeno, atribuyéndola a la oclusión de la ampolla de Water por las secrecciones catarrales de este intestino, como también puede ser ocasionada por un cálculo que obstruya el conducto colédoco.

La ictericia puede ser sencilla o benigna y grave. Una y otra se consideran hoy como de naturaleza infecciosa; pero es difícil, y a veces imposible señalar de antemano la línea que las separa. En la ictericia, decía Trousseau, lo mismo que en el derrame de la pleura nunca puede decirse cual será la terminación. La clínica nos dice que las icterias infecciosas, graves o benignas, son enfermedades cuya gravedad está en razón directa del grado de alteración de la célula hepática y del grado de permeabilidad renal.

En las icterias benignas se conserva la permeabilidad renal y las funciones químicas de la célula hepática. Solo habremos de ocuparnos de estas, atendido el objeto de este Manual.

Por espasmo reflejo del colédoco puede producirse de repente casi, una ictericia que también se atribuye a una vaso-dilatación dependiente de una excitación psíquica.

La ictericia catarral no es enfermedad grave. No va por consiguiente precedida de síntomas graves; ordinariamente va precedida de alteraciones digesti-

vas, inapetencia, con frecuencia de náuseas, vómitos y diarrea ligera con lengua blanco-sucia y saburrosa; no suele haber fiebre; hasta que al 5.º o 6.º día de este estado, aparece una ligera ictericia que se va acentuando en los días siguientes. No se observa tumefacción en el hígado ni en el bazo; pero sí decoloración en el escremento, y coloración de caoba en la orina. Hay prurito en la piel y lentitud en el pulso.

Este estado puede prolongarse ocho o quince días más.

El colédoco va desobstruyéndose poco a poco, como lo prueba el color cada vez más subido de las heces que siendo primero de café con leche, adquieren luego el de la mostaza y por último recobran el aspecto normal. Pero el color de la piel no desaparece por completo hasta que se termina la renovación del epidermis. La ictericia catarral benigna se complica a veces con síntomas graves que le dan un aspecto de gravedad mayor fundándose en ello el nombre con que se la conoce, que es el de ictericia catarral infecciosa.

En esta forma suele ser el principio brusco iniciado con cefalalgia, vértigos, lengua saburrosa, náuseas, vómitos e inapetencia; quebrantamiento y dolores contusivos en los miembros, cansancio e insomnio. Se presenta rápidamente fiebre que oscila entre 38º, 5 y 39º, 5. Hay a veces epistaxis; y la orina es escasa y encendida. Es frecuente la diarrea; hay tumefacción del bazo, dolorimiento e infarto del hígado; todo lo cual constituye ya un estado preictérico patológico grave, que se presenta en los primeros días.

Desde el 5.º al 7.º día se presenta la ictericia y ordinariamente mejoran los síntomas y aumenta la orina y la eliminación de toxinas por ella. Durante la fase ictérica que continúa, puede también producirse la glucosuria alimenticia.

La evolución de la ictericia catarral infecciosa es varia. La obstrucción del conducto colédoco puede ser tardía y la duración de la obstrucción, larga pues si bien ordinariamente no dura más de 12 a 20 días, existe una forma prolongada en que persiste meses; y que se atribuye a una serie de remisiones incompletas seguidas de recaídas. La convalecencia siempre es bastante larga. La ictericia catarral es siempre una enfermedad grave que puede llegar a interesar la célula hepática.

El ictérico queda débil durante bastante tiempo; se fatiga al menor esfuerzo lo cual obliga a emplear en la convalecencia grandes precauciones de régimen. Deben prohibirse los excesos alcohólicos y los alimentos abundantes en toxinas.

Otras veces varía el cuadro clínico, y no se produce la obstrucción biliar, y los excrementos en vez de salir decolorados, salen más teñidos por la bilis. Estas ictericias se llaman *policolicas* nombre que indica un flujo exagerado de bilis en el intestino.

TRATAMIENTO.—En el tratamiento de las ictericias es necesario llenar dos indicaciones:

1.^a Impedir la formación y acumulación de las toxinas en la economía. Deben, con este objeto prescribirse los antisépticos intestinales; en particular el salicilato de naftol y el salol combinados, que al eli-

minarse en parte por la bilis, pueden realizar la antisépsia intestinal y la biliar. Pueden formularse así:

De salicilato de naftol, 25 centigramos.

De salol, 30 centigramos.

De bicarbonato de sosa, 25 centigramos.

Mézclese para un sello. Se tomarán 4 a 5 al día.

Con el régimen lácteo se obtiene también beneficios y aumento, en especial, de la orína, importante por los efectos de eliminación.

Debe prohibirse todo alcohol y los excesos en el régimen.

2.^a En las formas de obstrucción del colédoco, de naturaleza catarral, es necesario procurar restablecer pronto la permeabilidad biliar. Son muchas las medicaciones propuestas con este objeto, empezando por los purgantes salinos repetidos y el agua de Vichy.

El célebre Doctor Robín de París emplea con éxito los enemas fríos abundantes. Inyectaba en el recto, todas las mañanas, un litro o litro y medio de agua a unos 15° que se retiene con facilidad, estando tendido, durante 6 u 8 minutos. El enfermo se habitúa con facilidad y solo siente al principio algún dolor.

En la mayor parte de los casos se desobstruye el colédoco hacia el sexto u octavo día del tratamiento, lo cual se conoce en el color de las heces. En las formas prolongadas de las ictericias no suele dar resultado.

La desobstrucción del colédoco coincide con una crisis de aumento de orína, y es debida a que el higa-

do libre de la retención biliar recupera la plenitud de su función ureogénica.

Los enemas fríos empleados durante la ictericia catarral obran como agentes diuréticos. Pero no se limita a esto su acción. Provocan también ondas de contracción peristáltica que puede propagarse hasta el duodeno; despiertan la contractilidad de la vesícula y de las vías biliares extrahepáticas; tanto que cada enema frío produce un verdadero chorro biliar que tiende a expulsar el tapón obturador, hasta que este, dislocado poco a poco, se elimina por el intestino, dejando libre el colédoco.

Existe otra forma de ictericia designada con el nombre de *ictericia grave*, en la que se afecta la vida anatómica y funcional de la célula hepática; y que unos médicos consideran como una hepatitis parenquimatosa difusa, otros como la atrofia amarilla del hígado, y otros en cambio como una enfermedad general análoga a las grandes infecciones. Es enfermedad propia de la edad adulta, y en predisponer a ella influyen las causas depresivas, el hacinamiento y la miseria lo mismo que la sífilis.

En los casos agudos empieza la enfermedad por escalofríos, cefalalgia y vómitos. A veces también hay fiebre; y la ictericia puede presentarse desde el primer día. Algunas veces marcha rápidamente a la muerte. Entre sus síntomas se observa asimismo gran cansancio, pérdida de fuerzas, postración y estado casi tifoideo, con lengua saburrosa y trémula; y del tercero al octavo día aparece la ictericia, que casi siempre es poco acentuada.

La ictericia grave se caracteriza, después de esa fase inicial, por una serie de trastornos físicos y funcionales.

La ictericia es constante y poco acentuada casi siempre, como acabo de decir; y hasta desaparece, quedando decolorados los excrementos, síntoma muy grave.

La región del hígado está dolorosa a la palpación y el volumen del hígado disminuido en muchos casos. La terminación de la ictericia grave es mortal con frecuencia, resultado que puede ser precedido de una uremia violenta, cuyos signos serían oliguria, cefalalgia, hipotermia y coma. Hay un signo de gran valor aquí para el diagnóstico de estas uremias que es el estado de las pupilas que en vez de presentarse dilatadas, como sucede en la ictericia grave se presentan contraídas, puntiformes, lo cual es de suma gravedad.

La curación de la ictericia grave solo puede obtenerse si se conserva o recobra la permeabilidad renal y se mantiene la abundancia de orina. La convalecencia es siempre muy larga.

Las indicaciones durante las ictericias graves son, ante todo, mantener libre la acción renal, pues ya hemos dicho lo importante que es que la orina sea abundante. Para ello la dieta láctea es importantísima. Pueden añadirse a ella los enemas fríos abundantes, y algo antisépticos, repetidos mañana y tarde de litro y medio o más.

Puede a cada enema añadirse dos gramos de ácido bórico, con este objeto.



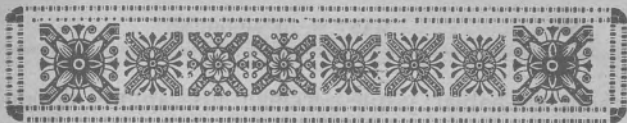
Aunque el régimen lácteo basta para disminuir la producción de toxinas digestivas, es conveniente añadir también la antisépsia intestinal por medio de los salicilatos de naftol y benzonaftol como dejamos dicho, igualmente que por el salol; dados a dosis fraccionadas y con frecuencia.

Igualmente conviene hacer en ambas variedades de ictericia la desinfección de las vías biliares, tomando 25 gramos de sulfato de sosa, y después el salicilato de sosa, dos gramos diarios tomados en un vaso de agua a la que se añada media o una cucharilla de bicarbonato de sosa.

A fin de favorecer la conversión en urea de los productos azoados maloxidados es conveniente recurrir al benzoato de sosa y a las inhalaciones de oxígeno.

Otras indicaciones podrán deducirse de la fiebre y de las hemorragias que pueden tratarse como en casos análogos.





CAPÍTULO XLIII

LARINGÍTIS

Es la inflamación de la laringe, que puede presentar diversas variedades; teniendo, como es consiguiente, diversos tratamientos, según se trate de la forma aguda o de la crónica, de la estridulosa, de la sifilítica o de la laringo-traqueitis.

La laringitis aguda es debida a una infección localizada en la mucosa de la laringe. A menudo aparece ligada a una enfermedad general, ya sea la gripe, la tuberculosis u otra.

Se caracteriza por dolor al hablar o al tragar; voz ronca o apagada, tos seca y penosa, sequedad de la garganta, poca o ninguna expectoración. Unida a la tráquea por continuidad de mucosa, participa esta casi siempre de los mismos estados inflamatorios, constituyéndose entonces la *laringo-traqueitis*, como participa de los mismos tratamientos.

Es necesario que los enfermos permanezcan en

cama, sin hablar; y que perciban los vapores de un cocimiento caliente de hojas de eucaliptus y ácido fénico, (1 a 1 $\frac{1}{2}$ de ácido por 1000 de agua) o de una infusión caliente de flores de tilo, sauco, manzanilla u otra planta destinada a aromatizar el agua hirviendo.

Estas inhalaciones durarán 5 minutos, haciendo unas 10 aspiraciones profundas por minuto, teniendo la boca abierta encima del recipiente, en el cual se haya puesto la infusión, ya sea un puchero, olla o ponchera tapada con un embudo vuelto del revés.

Se toman bebidas calientes; y se envolverá el cuello en algodón hidrófilo empapado en agua bien caliente, poniendo encima una tela impermeable. También se pueden emplear las cataplasmas de harina de linaza, espolvoreadas con mostaza recién molida.

Si se quieren emplear vapores más activos que los dichos, se echará en el agua una cucharilla de las de café de lo siguiente:

Tintura de benjui, 80 gramos.

Cloroformo, 20 gramos.

Mézclese.

Tambiém puede emplearse el mentol en esta forma:

Mentol, 5 a 6 gramos.

Alcohól de 90°, 120 gramos.

Estas preparaciones tendrán por objeto calmar el dolor. Las inhalaciones se tomarán dos veces al día; y a medida que el enfermo se acostumbre a ellas, se usará el agua más caliente. Como dejo dicho, la

laringo-tranqueitis subaguda por lo regular, es consecuencia inmediata frecuente de la laringitis. Son la afonía y la tos sus síntomas principales. Para tratar y curar la afonía es necesario el descanso completo y prolongado de la voz; no fumar y evitar los humos y el polvo. Hay algún otro medio de difícil aplicación que solo el médico puede usar.

Para la tos dará excelente resultado el mentol. Se harán tres o cuatro veces al día inhalaciones de vapor de mentol, que pueden hacerse con un aparato de preparación sencilla. Está compuesto de un frasco ordinario de abertura ancha en el que se introduce el mentol, y se cierra con un tapón atravesado por dos tubitos de vidrio. Uno de estos tubos está libre y se introduce profundamente en el frasco. El otro está provisto de un tubo de caucho. El mentol se liquida a unos 38° , y se transforma en vapor a los 40° o 45° . Basta sumergir el frasco en agua que se halle a esta temperatura para ver salir el vapor.

El enfermo introduce en su boca el tubo de caucho, y aspira el aire, que entrando por el otro tubo atraviesa el frasco y se carga de vapores de mentol, que van a las paredes de la traquea, donde se condensan. Las primeras inhalaciones deben ser cortas y hechas con prudencia.

No debe descuidarse el tratar el estado general, el catarro de vías superiores aéreas, que coexiste casi siempre, y la bronquitis descendente que puede seguir.

Se acudirá a las pociones calmantes, y a los jarabes balsámicos de tolú y trementina.

Darán buen resultado las gotas siguientes:

De tintura de opio.	}	a a 10 gramos.
De tintura de belladona.		
De alcoholaturo de raíz		
de acónito.		

Mézclese para tomar 10, 15 y hasta 20 gotas tres veces al día, según la edad.

La laringitis crónica se debe al abuso de la palabra y de la voz, al tabaco y al alcohol. Y puede también ser dependiente del artrismo. Se caracteriza por ronquera y debilitación de la voz, por dolor al hablar, y por expectoración de pequeños esputos grisáceos. Frecuentemente sigue a la inflamación nasofaríngea, lo mismo que la laringo-traqueitis crónica, y participan de los estados crónicos de esa región. Estos estados, y especialmente la obstrucción nasal, de cualquier naturaleza que sea, son la causa principal que, obligando a respirar al enfermo por la boca, prolonga la duración de las laringitis crónicas. Por eso es preciso atenderlo con cuidado porque de ese modo se cura la laringo-traqueitis. Se recomendarán para su tratamiento las inhalaciones calientes; y también se recomiendan las insuflaciones de polvo que tenga morfina y calomelanos.

En los casos rebeldes es útil suspender el uso del tabaco y del alcohol; e imponer el reposo del órgano enfermo, sobre todo cuando el uso de la palabra o del canto es causa de la afección.

Las perturbaciones locales que sobrevienen a los que hacen demasiado uso de la voz, o que sufren un enfriamiento, conviene tratarlos con mucha prudencia y se hará esto por medio de las inhalaciones calientes y dando interiormente el alcoholaturo de raíz de acónito. Además se recomendará el reposo.

En el curso de la laringitis aguda ocurre a veces una terrible complicación que es el edema de la glotis. Deben procurarse rápidamente las inhalaciones calientes y las aplicaciones calientes sobre la región anterior del cuello.

La laringitis estridulosa se manifiesta sobre todo en los niños de 2 a 5 años.

Es lo que se llama falso crup. Aún siendo ligera puede ir acompañada de contractura de las cuerdas vocales que produce accesos de sofocación, ordinariamente nocturnos. De pronto se hace anhelosa la respiración, se estingue la voz.

Hay extrema ansiedad, el pulso es rápido. Al cabo de media a dos horas todo desaparece; la respiración vuelve a ser fácil, normal la voz y hay tos húmeda. Su causa habitual es la laringitis catarral.

Para en este caso, y antes del acceso, se tratará el catarro laríngeo no saliendo de casa y procurando que el enfermo respire en una atmósfera húmeda, y dando, si es posible, el siguiente vomitivo ligero:

Polvo de ipecacuana de 30 centigramos a gramo.

Jarabe de ipecacuana, 30 gramos.

Mézclese.

Si el acceso sobreviene bruscamente se descongestionará la laringe colocando delante de ella una esponja mojada en agua caliente, y esprimida antes de ser aplicada; y se harán en la habitación pulverizaciones calientes destinadas a humedecer el aire. El vomitivo será un gran recurso. Conviene vigilar el sueño de los niños durante algunas noches para despertarles en el momento que se ve que su respiración se acelera y pierde su ritmo, y el cuerpo se cubre de sudor y la respiración se efectúa exclusivamente por la boca. Los niños al ser despertados, toman de nuevo su equilibrio respiratorio, y el acceso queda cortado.

Puede aplicarse al enfermo un baño general templado a fin de disminuir la excitabilidad de los centros reflejos.

Laringitis tuberculosa. La laringitis tuberculosa requiere el tratamiento ordinario de la laringitis subaguda: inhalaciones; calmar la tos que es continua y fatiga las cuerdas vocales y produce vómitos. Debe enseñarse a los enfermos a no toser, o a lo menos a no toser sin espectorar. Cuando sientan en la laringe el cosquilleo que precede a la tos, deben parar todo movimiento, cerrar la boca y respirar lentamente por la nariz.

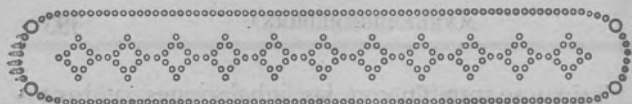
La infiltración tuberculosa de la laringe se tratará con las inhalaciones y los toques. El alimento será semilíquido; que contenga la mayor cantidad de sustancia alimenticia en el menor volumen.

Laringitis sífilítica. Los accidentes secundarios en

la laringe se tratarán con las inhalaciones, y los toques con el nitrato de plata en solución al 1 por 10 y 1 por 20.

Los accidentes terciarios son dominados por el tratamiento general bien aplicado. La duración del tratamiento es larga.





CAPÍTULO XLIV

BRONQUÍTIS

La bronquitis es la inflamación catarral de la mucosa bronquial. Afecta habitualmente la traquea y los gruesos bronquios hasta las divisiones de tercero y cuarto orden, en los que se detiene. Es la bronquitis ordinaria que puede ser aguda o crónica.

Cuando la inflamación se propaga a los pequeños bronquios es la bronquitis capilar. Los periodos agudo y crónico representan los llamados de crudeza y de coción, que tienen tratamiento diferente. El principio del catarro o bronquitis de los bronquios grandes o medianos es debido al enfriamiento o a la acción del polvo; pero siempre es de índole microbiana. Empieza con escalofríos, quebrantamiento general, fiebre, malestar, disnea a veces, y tos seca.

Son estos los síntomas del comienzo. El periodo de crudeza se señala por tos seca, estertores sibilantes y sonoros, roncus, inspiración ruidosa y espiración prolongada. El periodo de coción por expectoración espesa y abundante, fiebre menor y estertores húmedos.

TRATAMIENTO.—Apenas empiecen los primeros síntomas, se dará al enfermo un vaso de agua de Carabaña o Rubinat o de Hunyadi-Janos, y se aplicarán revulsivos ligeros sobre el torax, entre los cuales es uno de los mejores la cataplasma caliente de harina de linaza espolvoreada con mostaza y aplicada durante media hora. También son excelentes las ventosas secas, especialmente en el caso de haber disnea; y si se presentase algún dolor de punzadas las ventosas escarificadas. El enfermo no deberá salir de casa, *y en el periodo de crudeza* ni aún deberá salir de la habitación.

En este periodo se procurará facilitar el descongestionamiento dando sulfato de quinina un sello por la mañana y otro por la tarde durante dos o tres días conteniendo cada sello de 40 a 50 centigramos.

A estos sellos es conveniente añadir el cornezuelo de centeno en esta forma:

De sulfato de quinina, 40 o 50 centigramos.

De cornezuelo de centeno pulverizado, 10 a 20 centigramos.

Mézclese para un sello.

Si hay algo de saburra gástrica y el enfermo es fuerte será conveniente suministrar un vomitivo para desembarazar los bronquios; en esta forma:

De ipecacuana en polvo, 1,50 gramos.

De jarabe ipecacuana, 20 gramos.

Mézclese para tomar a cucharillas de las de café cada 10 minutos alternando con agua caliente.

Se hará uso de bebidas abundantes con preferencia calientes; y la alimentación será moderada.

Los revulsivos aplicados a las extremidades, son también muy convenientes, especialmente los pediluvios sinapizados todos los días antes de la cena. Es también un excelente revulsivo para el pecho la tintura de yodo y el algodón yodado.

Contra la tos no se aplicarán en este periodo de crudeza balsámicos ni resinosos. Es necesario, para disminuir la tos, calmar la escitabilidad refleja; y para esto, lo más indicado es el opio. No debe darse belladona porque reseca las mucosas. Es excelente la poción siguiente:

De jarabe de diacodión, 60 gramos.

De jarabe de cloral, 30 gramos.

De agua de laurel cerezo, 5 gramos.

De agua de tila, 100 gramos.

Mézclese para tomar de 4 a 8 cucharadas de las de sopa en una infusión caliente durante las 24 horas, o sea una cada 3 o cada 6 horas. En los niños y ancianos los opiados se reemplazarán con el lactucario. A los ancianos puede darseles 20 a 30 centigramos diarios de extracto de lactucario en píldoras. Y a los niños el jarabe de lactucario, una o dos cucharadas al día.

En casos de debilidad y astenia puede emplearse el coñac o ron con prudencia.

En el periodo de coción se emplearán los balsámicos, tales como la brea, tolú, y polvos de Dower. Si

la secreción aumenta mucho se procurará disminuirla dando la belladona, dos a cinco centigramos de extracto al día en píldoras de a centígramo. También puede darse la terpina, en esta forma:

De terpina, 20 centigramos.

De benzoato de sosa, 50 centigramos.

Mézclese y hágase un sello para tomar dos o tres al día.

Si falta la espectoración es necesario favorecerla por medio de la poligala, óxido blanco de antimonio, &c., que la facilitan y fluidifican. La siguiente fórmula es excelente:

De óxido blanco de antimonio, 3 gramos.

De sulfato de estrictina, 5 miligramos.

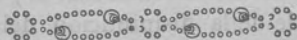
De jarabe de azahar, 50 gramos.

De agua destilada, 100 gramos.

Mézclese para tomar de dos a cuatro cucharadas diarias.

En los casos prolongados se emplearán la terpina y el terpinol, la trementina, el eucaliptol y el yoduro potásico de 25 centigramos a 1 gramo diario.

Si el catarro se hace crónico se emplearán en su tratamiento las aguas sulfurosas a dosis de 50 a 100 gramos diarios, mezclados con leche.





CAPÍTULO XLV

PNEUMONÍA O PULMONÍA FIBRINOSA

La pulmonía o pneumonía es la inflamación del tejido pulmonar. Es una enfermedad infecciosa debida al pneumococo de Talamon-Frankel. El principio o invasión se caracteriza por quebrantamiento general, cefalalgia, ligera fiebre y a veces epístaxis. A este estado, que dura poco, y a veces pasa casi siempre desapercibido, sigue un grande y único escalofrío, dolor de costado, tos seca y penosa, esputos teñidos de sangre (herrumbrosos). Se presenta la disnea, orina escasa y se eleva la temperatura a $39^{\circ},5$ y 40° . Aparece la matidez torácica en la zona enferma: la exageración de las vibraciones torácicas y los estertores subcrepitantes análogos a los que produce la sal molida hechada al fuego.

El dolor del costado solo falta en algunas pulmonías de vértice; es vivo, agudo, se aumenta con los movimientos y desaparece en pocos días. La disnea es proporcionada a la extensión de la pulmonía; puesto que depende de la disminución del campo de la hematosiis, y también del dolor. La tos es un sintoma

constante y se acompaña de esputos característicos por su color herrumbroso y por su viscosidad pues se pegan y adhieren al vaso donde se recojan, que aunque se vuelva no se caen.

En el principio la auscultación solo revela debilidad del murmullo respiratorio, al que sigue rápidamente un murmullo especial que es el estertor *crepitante* formado de una multitud de burbujas finas, secas, iguales, que producen, como he dicho, un ruido análogo al de la sal cuando se hecha en las ascuas o de un mechón de pelo cuando se frota entre los dedos. Solo se oye en la inspiración, lo cual le diferencia de algunos roces pleuriticos que se oyen en los dos tiempos. El estertor crepitante caracteriza el infarto pulmonar.

Sigue a este el soplo bronquial o tubario semejante al que se produce soplando un tubo de madera. Se percibe al principio en la espiración; luego casi exclusivamente en la inspiración. Es un efecto y síntoma de la hepatización pulmonar y debido a la resonancia del aire en los bronquios gruesos cuando las vesículas se han hecho impermeables por la coagulación del exudado.

El pulso está ordinariamente a más de 100 pulsaciones. Amplio y resistente a veces, puede presentarse también pequeño y débil, lo que indica adinamia y debilidad o congestión venosa. En este caso las contracciones cardiacas serán enérgicas. Este éxtasis venoso va acompañado de color violaceo de la cara y también de ciertas formas de delirio y congestión cerebral.

La pulmonía puede terminar por resolución en un término de siete a once días en cuyo tiempo el pulmón recobra su permeabilidad que se anuncia por cesación de la fiebre, que baja rápidamente a 37° , por un estertor de burbujas gruesas llamado crepitante de retorno, y sobre todo por el buen estado general del enfermo.

Otras veces termina por supuración o por paso al estado crónico. La terminación por supuración, aunque no tenga signo especial se la reconoce por la agravación del estado general y de la fiebre. Sobreviene muy frecuentemente el delirio y el enfermo suele morir en un estado de colapso. Otras veces no ocurre esta terminación; se enquista la supuración y puede sobrevenir una vómica.

La pulmonía es siempre una enfermedad grave; y las circunstancias que agravan el pronóstico son: la extensión de la enfermedad a ambos pulmones, la persistencia de una temperatura muy elevada, los esputos de color de zumo de ciruela y la debilidad del enfermo; el delirio es frecuente en las pulmonías de los vértices.

TRATAMIENTO.—En primer lugar se procurará descongestionar los pulmones ya con cataplasmas calientes sinapizadas ya con ventosas, En los individuos vigorosos, sobre todo si hay dolor de punzada, se hará una sangría general cuando amanece la asfixia y se aplicarán sanguijuelas y ventosas escarificadas.

Estas son las indicaciones primeras, pues no teniendo la pulmonía tratamiento directo, las medicaciones tienen necesariamente que ser sintomáticas. Al

principio cuando la fiebre es intensa y el dolor de costado más vivo, las emisiones sanguíneas son útiles. Si el individuo es fuerte, tiene la cara turgente y parece hallarse en peligro de asfixia, se practicará una sangría de 400 a 500 gramos; sino, nos limitaremos a aplicar sobre la región dolorosa algunas ventosas escarificadas.

En el caso que hubiere hipertermia no se recurrirá a la antipirina. Deben preferirse los baños templados a 34° de diez minutos de duración y en número de 4 a 6 en las 24 horas. También pueden emplearse las envolturas frías. Su duración será de 30 minutos durante los cuales se dará un ponche caliente. Algunos recomiendan como más eficaces los baños generales a 28° o 30° con aplicación de una compresa fría a la cabeza y el rebajamiento de la temperatura del baño como en la tifoidea. También se recomienda el baño muy caliente con aplicación del frío a la cabeza.

Se darán bebidas en abundancia para aumentar la diuresis. Y si además de poca cantidad de orina, se notase insomnio y agitación, se dará la teobromina dos gramos al día en cuatro sellos.

Si la falta de orina llegase a ser completa se utilizará la cafeína en inyecciones hipodérmicas en dosis de 20 a 25 centigramos; pero cuidando antes de congestionar los riñones por medio de ventosas secas o escarificadas y con el régimen lácteo.

El alcohol es a la vez un antitermico y un tónico. Está más indicado en enfermos que usen mucho los vinos y alcoholes. Se les dará bajo la forma de poción de Todd, (de 40 a 60 gramos de ron o coñac en 100

de julepe gomoso, y se le asocia generalmente de 2 a 4 gramos de extracto de quina blando).

Contra la adinamia los baños templados o fríos producirán buenos resultados: y se les añadirán como escitantes al interior, el alcohol, eter o acetato de amoniaco, en la siguiente forma:

De tintura de canela, 5 gramos.

De aguardiente o ron, 40 gramos.

De agua destilada, 75 gramos.

De jarabe simple, 30 gramos.

Mézclese para tomar una cucharada cada hora.

Otra.

De acetato de amoniaco, 10 gramos.

De tintura de canela, 5 gramos.

De extracto de quina, 4 gramos.

De agua destilada, 120 gramos.

De jarabe de corteza de naranjas amargas, 30 gramos.

Mézclese para tomar una cucharada cada hora.

Contra la infección nos valdremos de la plata coloidal, inyectando electrargol 40 o 50 centímetros cúbicos en las 24 horas. Médicos notables prefieren este tratamiento asociado a los baños o a las envolturas calientes. Si el corazón flaquease, las inyecciones de cafeína en dosis de 50 centigramos en cada vez y 1 gramo a 1,50 al día sería lo más conveniente.

El enfermo deberá tener una escupidera de cama.

La habitación se ventilará ampliamente y se harán pulverizaciones de vapor de agua cargadas de timol y eucaliptol. El enfermo se lavará todos los días la boca.

Una indicación importante haremos fundada en la opinión del célebre Doctor Trousseau respecto al delirio y al uso del almizcle en él.

No se da el almizcle de un modo general en la pulmonía con delirio; como no se da en la escarlatina o viruela que van acompañadas de igual síntoma. Se da en esa forma particular del delirio que al presentarse en estas enfermedades, sin que las demás manifestaciones denoten una gravedad grande revela desórdenes nerviosos. Entonces el almizcle es una especie de regulador del sistema nervioso. Así en un enfermo que ya en el principio de la pulmonía tiene delirio, permaneciendo aún poco extensa la afección pulmonar, que no há pasado del segundo periodo, que los movimientos respiratorios se elevan mucho, a 40, 60 y aún más por minuto, sin que el pulso lata en esa relación, entonces el estado atáxico es evidente y precisa la indicación del almizcle, que no estorba ni contraindica el resto de la medicación.

Entonces se logran resultados brillantes sobre el estado nervioso; no sobre la inflamación pneumónica que sigue su curso.

Pero sobre el estado nervioso atáxico se produce una notable y grande calma y sedación; y a veces sin dar más de 50 centigramos en las 24 horas. Y esa sedación es de gran valor en el curso y tratamiento de la enfermedad. Pero sino llegara aún la sedación hasta

conseguir el enfermo el sueño, será conveniente añadir al almizcle algunas pequeñas cantidades de opio, como en la fórmula siguiente v. gr.

De almizcle pulverizado, 1 gramo.

De opio (extracto), 15 centigramos.

De valeriana pulverizada, 1 gramo.

Mézclese y divídase en 20 papeletas.

Pero es necesario tener en cuenta algunas reglas para la administración del almizcle.

Puede administrarse hasta un gramo y más al día, distribuyendo estas dosis en diez píldoras, de las que se dan una cada hora; y se continúa así hasta que remitan los accidentes, lo que ordinariamente sucede al cabo de ocho o diez horas a lo más. Si no sucede así, hay que renunciar ya al medicamento. Y también fracasa si no se precisa bien la indicación, pues no es esta la de administrarlo siempre que hay delirio, sino en el caso que he señalado, y en las circunstancias de atáxia que he marcado.

No son estas cuando por efecto de la intensidad de la fiebre participa el cerebro de la excitación fébril, ni tampoco cuando el delirio se enlaza con la supuración del pulmón, ni tampoco cuando depende de la malignidad de la causa de la pulmonía.

Pero hay una especie de subdelirio con falta de armonía entre los diferentes síntomas, y con predominio de los accidentes nerviosos, que no tienen relación evidente con la inflamación del pulmón. Esta es la atáxia y malignidad que indica el uso del almizcle.

En la pulmonía que marcha con regularidad al propio tiempo que el pulso adquiere una considerable frecuencia, se aceleran de un modo proporcionado los movimientos respiratorios. Cuando las pulsaciones llegan por ejemplo a 120 al minuto, se cuentan de 35 a 40 inspiraciones en igual tiempo. Pero en la pulmonía atáxica se da el caso contrario. Puede estar el pulso a 80 u 85 por minuto, y ser los movimientos respiratorios también 80 u 85. No corresponde la respiración al pulso. He ahí pues la falta de armonía. Y también la falta de armonía puede estar entre estas dos funciones y la nerviosa. Así es que puede suceder que a pesar del delirio, no tenga extraordinaria frecuencia la respiración, y sea la fiebre muy moderada, a juzgar por el número de pulsaciones y la temperatura. Y esto que se observa con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, constituye también una falta de armonía que indica la oportunidad del uso del almizcle.

En el periodo estacionario de la enfermedad y próxima la convalecencia, pueden ser útiles los vejigatorios a condición de que los riñones esten buenos. Si la espectoración se hace difícilmente se prescribirá el óxido blanco de antimonio, en esta forma:

De óxido blanco de antimonio, 50 centigramos.

De jarabe de poligala, 30 gramos.

De infusión de tila, 90 gramos.

Mézclese para tomar 4 a 6 cucharadas grandes al día.

El régimen alimenticio será de leche, o café con leche, para pasar apenas se pueda, a las sopas de sémola o tapioca y huevos.

Es necesario tonificar al enfermo con alcohol bajo diversas formas; dando más cantidad de 60 gramos, que es la dosis ordinaria, a los alcohólicos.

En los ancianos solo deben emplearse como revulsivas las ventosas secas. No se empleará el quermes como espectorante. Tiene inconvenientes en los bronquios de musculatura debilitada. Tampoco debe darse digital que se elimina difícilmente. Cuando hay insomnio se dará sulfonal o jarabe de codeína: no cloral, que paraliza los nervios del corazón. Se darán bebidas abundantes calientes.

En los niños, en los casos más graves, cuando la fiebre es alta, se darán baños calientes de 34° a 37° cada tres o cuatro horas, día y noche, de 10 minutos de duración. Se darán sinapizados en los casos muy graves. La alimentación será de leche y caldos y bebidas abundantes.

En los casos leves se emplearán cataplasmas o envolturas húmedas al rededor del torax, renovadas a menudo, que serán templadas y algo esprimidas.

En el delirio relacionado con la inflamación del pulmón y no con la falta de armonía entre los diferentes síntomas que indica la prescripción del almizcle, se emplearán los baños calientes a 35° repetidos 4 o 5 veces cada día sin temor a la adinamia. También se emplean las envolturas húmedas del torax y aún el hielo a la cabeza.

En el dolor de costado violento se aplicará una

ventosa escarificada recurriéndose después a un vejigatorio pequeño, y a cataplasmas sinapizadas calientes. Y si por efecto del dolor se presentase fuerte disnea, se empleará la heroína, dando una o dos cucharadas al día de la siguiente fórmula:

De heroína, 20 miligramos.

De jarabe simple, 10 gramos.

De agua de menta, 80 gramos.

Mézclese.

En los casos de adinamia y debilidad cardíaca se emplearán las inyecciones de aceite alcanforado o de cafeína; y a cucharadas cada hora o cada dos horas lo siguiente:

De tintura de canela, 5 gramos.

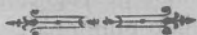
De coñac, 30 gramos.

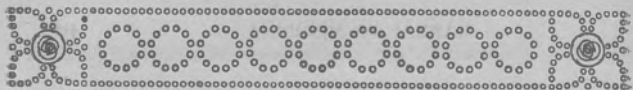
De licor amoniacal anisado, 2 gramos.

De jarabe simple, 50 gramos.

De agua destilada de melisa, 70 gramos.

Mézclese.





CAPÍTULO XLVI

BRONCOPNEUMONÍA

La broncopneumonía es una inflamación pulmonar muy frecuente que sigue a menudo a las bronquítis de las personas débiles y circulación decaída. Por eso dicen que el peligro en la broncopneumonía está en el corazón. A menudo se observa en la vejez como complicación de la bronquítis; y más especialmente en la infancia, en la cual tiene marcha y tratamiento especial.

La inflamación no invade por lo regular, todo un lóbulo, sino pequeñas porciones de él, aunque estos distintos focos pueden confluír, en su marcha en uno.

Son frecuentes las broncopneumonías en los enfermos infecciosos como en el sarampión, en la tosferina, en la viruela y en la escarlatina, en la difteria y en la peste. Es también muy frecuente en la gripe; y su causa más común, la propagación de un catarro de los bronquios al tejido pulmonar.

El principiar de la enfermedad suele ser insidioso, sobre todo en los casos que siguen a la bronquítis. La fiebre no sigue una marcha característica. A veces se

trata de una fiebre pequeña que dura pocos días. Otras asciende la temperatura con más o menos rapidez a considerable altura, persistiendo varios días.

La elevación termica no es un indicador seguro de la infección y de sus peligros. Las temperaturas altas se alcanzan pocas veces, excepto en los niños. En los ancianos puede faltar por completo. La respiración siempre es acelerada. Los esputos no suelen distinguirse de los de la bronquitis ordinaria. Por lo regular, son casi de pus puro y rara vez hay sangre en ellos y si acaso en forma de estrias sanguinolentas.

El pulso es moderadamente frecuente. Hay sin embargo, formas en las cuales es la regla una gran frecuencia. A esta pertenece la pneumonía gripal y la tífosa.

Los signos físicos en los pulmones son generalmente los mismos que en la pulmonía fibrinosa; pero su constancia es menor. Por eso son menos característicos. En muchos casos es grande la variabilidad de los síntomas. En el mismo sitio en que se perciben signos claros de pulmonía, al poco tiempo pueden apreciarse solo de bronquitis y en los mismos puntos u otros se comprueban señales nuevas de infiltración. Las complicaciones, como la pleuresía son más raras que en la pulmonía fibrinosa.

El curso de la broncopneumonía no es tan típico como el de la pulmonía fibrinosa.

La broncopneumonía es más peligrosa en los ancianos y en los niños y en estos tanto más cuanto más pequeños sean. Tienen gran importancia para el pronóstico el estado de las fuerzas y la resistencia.

cardiaca. Igualmente la tiene la extensión del proceso inflamatorio.

TRATAMIENTO.—En las broncopneumonías extensas podrá aplicarse mucho de lo dicho en la pulmonía fibrinosa. Es necesario tener en cuenta en la broncopneumonía de los adultos que cuando se presenta existe ya un estado de debilidad. Por consiguiente la alimentación debe ser suficiente y algo más abundante que en la pneumonia fibrinosa. No debe escatimarse el alcohol. Debe vigilarse el corazón. Los espectorantes deben emplearse con más frecuencia que en aquella a causa de la bronquitis que coexiste. También es más frecuente la necesidad de recurrir a los calmantes de la tos. La convalecencia se atenderá especialmente.

En la vejez constituye la broncopneumonía una enfermedad muy grave, y es bastante frecuente. Se distingue aún más que la pulmonía fibrinosa por la escasez de síntomas. Falta a menudo la fiebre, la tos y la espectoración, y se observa también escasa extensión e intensidad en los síntomas físicos y solo hace pensar en una broncopneumonía una debilidad que se marca en la frecuencia del pulso, en la aceleración respiratoria, y por la lengua seca y enrojecida.

En los niños es debida la broncopneumonía, por lo regular, a una infección dependiente del sarampión, escarlatina, viruela, difteria o tosferina.

Se caracteriza por exageración de las vibraciones torácicas, macidez, soplo más o menos extenso, estertores subcrepitantes finos, mezclados con otros sibilantes. Las lesiones que se presentan en focos disemi-

nados, recaen al principio en un solo lóbulo. El pulso es frecuente, pequeño y desigual; la temperatura elevada a 39° o 40°, y la orina escasa.

TRATAMIENTO.—Debe dividirse, en este caso especial, en profiláctico y curativo. Mientras exista solo la infección primitiva se procurará impedir la de las vías aéreas. Para ello se procederá a la antisepsia bucal y la de estas vías, empleando gargarismos y pulverizaciones en la nariz, garganta y fosas nasales, en la forma siguiente:

1.º Tocar la garganta 3 veces al día con agua oxigenada al 10°.

2.º Lavar la boca con agua fenicada al 2 y 1/2 por 100.

Se mantendrá al niño en cama evaporando dentro de la alcoba agua cargada de eucaliptol y de timol.

La alimentación será con leche, caldos, sopas de pastas y bebidas abundantes. Se dará también un poco de vino dulce.

Cuando ya se haya declarado la enfermedad, se hará revulsión con grandes cataplasmas calientes ligeramente sinapizadas.

El procedimiento por los baños templados es sin duda el tratamiento mejor. Se darán cuatro al día de agua sola; y otro además a 36° sinapizado, de unos 10 minutos de duración. Y se seguirá así en tanto persiste la fiebre en los casos de mediana gravedad.

Si la enfermedad se agrava más, se dará un baño tibio cada tres horas. Si no se puede bañar al enfermo se reemplazan los baños con envolturas húmedas templadas.

Puede también prescribirse la siguiente preparación estimulante:

De tintura de canela, 10 gramos.

De vino, 100 gramos.

De jarabe de corteza de quina, 80 gramos.

De fosfato de sosa, 2 gramos.

Mézclese para tomar a cucharadas de dos en dos horas.





CAPÍTULO XLVII

PLEURESÍA

Es la inflamación de la pleura. Y es debida a la localización en ella de diversas infecciones agudas, como tuberculosis, gripe, pneumococia, reumatismo agudo. Aunque suceda o parezca relacionarse con un enfriamiento, solo obra este facilitando el desarrollo de la infección. Es un factor que predispone a la pleuresia.

Sus signos clínicos más salientes son, el escalofrío, la fiebre, ordinariamente alta; el dolor de costado, la cefalalgia y la tos seca.

La pleuresia puede ser seca o con derrame. Y este puede ser sero-fibrinoso o purulento.

La pleuresia seca se caracteriza por submatidez al nivel del punto enfermo; ruido de roce y disminución del murmullo vesicular.

La pleuresia con derrame sero-fibrinoso se caracteriza por matidez acentuada en la base; abolición de las vibraciones, ausencia del murmullo vesicular; soplo tubario, egofonía y pectoriloquia.

La pleuresía purulenta por escalofríos repetidos; fiebre persistente y de grandes oscilaciones; edema local; y la punción exploradora dá salida a pus.

Cuando la inflamación pleurítica se fija en la pleura diafragmática, da lugar a algunos síntomas especiales tales como una disnea intensa (ortofnea) debida a la inmovilidad del diafragma. Entonces se hace la respiración puramente costal; hay dolores muy vivos que tienen su asiento en el reborde de las costillas falsas, en los hipocondrios, el epigastrio y debajo de la clavícula sobre el trayecto del nervio frénico. Pueden también irradiarse hacia el hombro. Todos estos dolores se aumentan con la presión. Se ha observado a veces en este caso hipo, vómitos e ictericia. La pleuresía diafragmática ocasiona a menudo la muerte.

TRATAMIENTO.—A veces basta el reposo en cama para curar la pleuresía seca. A menudo desaparece el dolor y el ruido de roce con una o dos embrocaciones de tintura de yodo.

Las compresas empapadas en alcohol y los sinapismos calman los dolores también pronto. Las ventosas, especialmente las escarificadas calman más rápidamente el dolor. También puede echarse mano de las sanguijuelas.

Es también remedio soberano el reposo del lado enfermo, que se logra con un apósito de emplasto aglutinante, o inmovilizando el brazo con un vendaje. Este se aplicará sujetando la mano correspondiente al lado enfermo sobre el muslo del lado sano, mediante unas tiras de emplasto aglutinante que se colocan teniendo dicho muslo algo levantado. El descenso

de la pierna atrae aún más el brazo, y produce considerable estrechamiento del lado enfermo y su quietud absoluta.

Todas estas medidas son aplicables y muy útiles cuando la pleuresía depende de una enfermedad más grave.

Cuando haya síntomas ciertos de pleuresía diafragmática podrá tratarse de una inflamación seca o de una pleuritis con derrame.

Lo más importante para el tratamiento de la pleuresía sero-fibrinosa es el reposo absoluto en cama. Siempre es posible que enfermos en quienes no decrece la temperatura, ni se reabsorbe un exudado, curen en breve plazo si se lleva con rigor el reposo en cama, al que, hasta entonces, apenas se sometió el paciente; y no debe dejarsele levantarse ni aún con pretexto de la defecación.

Cuando desaparezca la fiebre, se le hará pasear por la habitación; pero es mejor esperar hasta que desaparezca por completo el exudado. El empleo de las envolturas húmedas calientes es conveniente; y lo mismo cuando hay dolores los revulsivos cutáneos. También cuando hay disnea proporcionan gran alivio las ventosas. Se cuidará también de la alimentación dando alimentos en cantidades pequeñas pero frecuentes, y de elevado poder nutritivo; y no se descuidará el que el enfermo haga regularmente sus deposiciones.

El tratamiento médico comprende algunos estados y síntomas que no pueden desatenderse sin peligro. La debilidad cardíaca constituye una importante in-

dicación; y eso se nota especialmente cuando después de la punción y evacuación del líquido padece el corazón bajo la acción de alguna perturbación mecánica. Entonces puede ser necesaria la prescripción de tónicos cardiacos. En estos casos de debilidad cardiaca están indicados la cafeína y el aceite alcanforado.

La tos y la disnea, lo mismo que los dolores exigen a veces el empleo del opio o sus preparados y de los hinópticos. Pero se emplearán con prudencia y precaución para no perturbar los reflejos. La tos se atenderá a si es seca o sirve para la espectoración. En este caso se procederá con prudencia en la administración del opio que puede suprimirla. En caso de ser tos seca se procurará evitar con alguna píldora de a centigramo de extracto de opio.

Aunque no se consiga muchas veces lograr la reabsorción del derrame debe procurarse; y para ello, por lo menos para acelerarle, se recurre a los preparados salicílicos y al yodo; y aunque los preparados salicílicos gocen de más fama, parece que solo en las pleuresías que dependen del reumatismo articular y en los casos recientes que evolucionan con fiebre elevada es donde ofrecen mayores y más seguros resultados.

Las dosis a que recomiendan el salicilato de sosa en este caso es a la de 4 a 6 gramos diarios.

El yodo tanto en forma de yoduro como en forma de tintura de yodo también se ha recomendado. En forma de yoduro a la dosis de 50 centigramos a 2 gramos diarios; y en forma de tintura a la de tres a cinco gotas en 50 gramos de agua. La eficacia del

yodo se manifestaría especialmente en los periodos tardíos de la dolencia.

Tienen también fama el yoduro de hierro y el licor de Fowler.

Toracocentesis.—La punción de la cavidad torácica es muy fácil. Pero es conveniente describirla detalladamente, porque algunas veces hay exudados, y la simple punción no basta para extraer el derrame, y es necesario valerse de medio a propósito.

El aparato más conveniente es el aspirador de Potain o el de Dieulafoy.

El primero consiste en un trocar con llave de paso y un tubo lateral, y en un frasco, donde, con auxilio de una bomba, se produce una presión negativa. El frasco se pone en comunicación con el tubo que lleva el trocar. Se cierra la llave y se extrae el aire. Después se hace la punción con el trocar; se saca el estilete, y abriendo la llave se establece la comunicación entre la cavidad pleural y el frasco aspirador. Este aparato tiene la ventaja de que graduando la abertura de la llave, puede variarse la rapidez de la salida del líquido, y de que, si se interrumpe la salida del líquido, puede hacerse otra vez permeable la cánula sin necesidad de quitar el tubo metiendo por ella un estilete.

El aparato de Dieulafoy consiste en una geringa con doble tubo y una cánula.

Con ayuda de la llave, la geringa se pone en comunicación con el tubo que lleva la aguja de punción; se aspira luego al exudado, y después de hacer girar la llave, se saca el líquido de la geringa.

Una vez que se ha puncionado la cavidad pleural y que se ha sacado el estilete se introduce más en la cánula el tubo de modo que quede cerrada la abertura que en este hizo el estilete.

Como preparativos para la punción, basta lavar con eter y alcohol y todavía mejor pincelar con yodo el sitio de la punción.

Para hacer la punción se elegirá un punto donde haya matidez. En los derrames libres el punto de elección es el 9.º espacio intercostal en la línea escapular. Siempre se hará una punción exploradora en ese punto para asegurarse de que allí está el derrame. Nunca se hará la extracción demasiado rápida.

La pleuresía purulenta es análoga en sus síntomas a la pleuresía sero-fibrinosa, a excepción de los datos que da la punción exploradora; sin embargo son más graves los síntomas generales, y los enfermos están pálidos y decaídos. La intervención operativa es el tratamiento.





CAPÍTULO XLVIII

HEMOPTISIS

La hemoptitis es la expulsión por la boca de sangre de color rojo vivo y espumosa, cuyo origen es una hemorragia del aparato respiratorio.

Por lo común, es debida a congestiones en tuberculosos. Otras veces, las menos, a una congestión pasiva debida a enfermedad cardiaca.

Siempre debe ser tratada.

Cuando un tuberculoso o presunto tuberculoso tiene una hemorragia es necesario imponerle el reposo absoluto en cama, en posición semi-sentada, con la cabeza elevada; debe prohibírsele hablar; tendrá el torax poco cubierto, pero se procurará que tenga los miembros inferiores calientes. La habitación debe estar bien ventilada. Se le darán alimentos líquidos fríos y algunos terroncitos de hielo.

Se le pueden aplicar sinapismos a los miembros inferiores, ventosas secas sobre el pecho; baños de piés con mostaza. Un medio especial de revulsión que ha dado buenos resultados es la aplicación del hielo sobre las partes genitales. Se dará también un

purgante salino, como 20 o 25 gramos de sulfato de sosa.

Se darán inyecciones de ergotina, 1 gramo por centímetro cúbico, varias al día.

El cloruro de calcio dado en poción, como es la siguiente, es un medicamento cómodo y da resultados maravillosos, cuando la hemoptisis no es muy abundante ni repetida muy a menudo; y sirve perfectamente para mantener el efecto de la ergotina.

De cloruro de calcio, 3 a 4 gramos.

De julepe gomoso, 100 gramos.

Mézclese para tomar en 24 horas.

Se procurará inmovilizar el torax calmando la tos. Para ello se dará opio v. gr. 1 a 2 centigramos de morfina en inyección; o extracto tebaico de 10 a 15 centigramos al día en pildoras de a centígramo o en poción. Igualmente se darán limonadas sulfúrica, nítrica o cítrica. Trousseau provoca el vómito para contener la hemorragia. Peter se limitaba a mantener al enfermo en estado nauseoso. Cuando la hemorragia del pulmón se reproduce con extremada tenacidad y no hay lesión cardíaca la importante medicación de Trousseau falta muy rara vez. Tampoco suele faltar cuando se presenta en las mismas condiciones sin lesión ni tuberculosa ni cardíaca. Es el tratamiento por la ipecacuana dada como vomitivo, la cual es todavía más útil en el tratamiento de la hemorragia llamada bronquial: Refiere, a propósito, el Doctor Trousseau en su Clínica médica el caso del enfermo

número 7 de la sala de Santa Inés del Hotel Dieu; un viejo de 62 años y tísico hacía años que de cuando en cuando se le afectaba el lóbulo superior del pulmón derecho de flegmasia sub-aguda que ponía en peligro su vida. En cinco meses repitió dos veces una espantosa hemorragia, instantáneamente detenida con 4 gramos de polvo de ipecacuana, dado en el espacio de media hora de modo que se produjeran vómitos violentos. Y el mismo resultado ha tenido con otros casos administrando tres gramos de ipecacuana en cuatro papeles distribuidos de 10 en 10 minutos, y antes de verificarse el último vómito había ya cesado la hemoptisis que luego repitió en alguno de manera insignificante. Si la hemorragia repite, es decir, si recidiva, importa repetir de igual modo el remedio; no vacilando en hacerlo dos o tres veces, sin que jamás haya tropezado con el menor inconveniente consecutivo. Esta medicación no es nueva. Fué ya preconizada por los médicos de los siglos XVII y XVIII.

Sin embargo, es necesario convenir con el gran Trousseau que la primera vez que se recete este medicamento en la hemoptisis, tiembla el pulso. Estamos acostumbrados a prescribir a los enfermos la mayor tranquilidad; les recordamos el más absoluto silencio; que contengan el menor golpe de tos, y gracias si les deja.

Tanto es lo que tememos la congestión pulmonar, aunque sea pasiva, tan peligroso nos parece el dejarles hacer el más mínimo esfuerzo, y he aquí que damos un medicamento que ha de producir es-

fuerzos de vómito, durante los cuales se ha de abultar el rostro y detenerse la sangre en las venas y abocar a las aurículas, o lo que es igual, llenarse y distenderse las venas pulmonares. Parece como que la hemoptisis ha de reaparecer en mayor abundancia; y sin embargo, se detiene en casi todos los casos, ya que no siempre; nueva prueba del poco valor que debemos dar a ciertas esplicaciones y teorías, y del mucho que tienen los hechos empíricos, sin los que nada podría hacer la terapéutica.

La otra clase de hemoptisis, hemoptisis en los cardiacos, pocas veces son abundantes para inspirar temores. Como son debidas a la congestión pasiva de los pulmones, el tratamiento que dará mejor resultado será el empleo de la digital a dosis elevadas, de ventosas escarificadas y aún de la sangría general moderada, los ácidos y la ratania, el régimen lácteo, los drásticos y los diuréticos. Es necesario moderar la fluxión violenta que se verifica hacia el pulmón, porque la apoplejía pulmonar puede causar la inflamación de la pleura, originando un derrame pleurítico. En caso de hemoptisis periódicas en sujetos palúdicos, deberá administrarse el sulfato de quinina; pues puede el paludismo adoptar esta forma.





CAPÍTULO XLIX

TUBERCULOSIS PULMONAR

Bajo el nombre de tuberculosis se conoce una enfermedad general caracterizada por la producción en un punto cualquiera del organismo, pero sobre todo en el pulmón, de pequeñas granulaciones especiales denominadas tubérculos. Es la más alta expresión de la debilidad constitucional. La tuberculosis no es la tisis. Este nombre se da a un estado de consunción y decadencia vital, caracterizado por una debilidad, una demacración extrema, una fiebre continua y por los más graves desórdenes en las funciones pulmonares. La tisis es la consecuencia de la tuberculosis crónica. La tuberculosis es la más mortífera de todas las enfermedades, y debida a la presencia del bacilo de Koch.

A pesar del tiempo persiste y persistirá la división del célebre Laennec que divide el curso de la tisis en dos periodos, uno anterior y otro posterior al reblandecimiento y a la evacuación de los tubérculos.

PRIMER PERIODO.—La enfermedad empieza sin causa apreciable. Los individuos jóvenes por lo regular, se demacran, pierden el color, y empiezan a observar una tos seca, sudores nocturnos del sueño, y limitados a la cabeza, pecho y palmas de las manos, que desaparecen apenas despierta el enfermo. La hemoptisis puede ser, a veces, el primer síntoma.

En un punto circunscrito, debajo de la clavícula y en la fosa supraespinosa se observa una disminución de la resonancia y de la elasticidad. Y el primer fenómeno que se nota es una debilitación del murmullo vesicular o una espiración prolongada, áspera y a veces desigual y a sacudidas como si el aire al entrar hallase obstáculos que saltase. La espiración es a veces más larga que la inspiración.

Hacia el fin de este periodo, de duración indeterminada, suelen oírse algunas burbujas bastante gruesas, secas o húmedas (chasquidos o estertores secos, estertores húmedos) y puede producirse algún ligero movimiento fébril, y entonces es cuando se hallan en su auge los sudores parciales.

SEGUNDO PERIODO.—La tos es mucho más frecuente y llega hasta producir vómitos. Los esputos se hacen densos y estriados de líneas amarillas. Más adelante son redondeados numulares; existe fiebre que puede ser continua y presenta por lo regular el tipo cotidiano, doble cotidiano o doble terciano. Suele empezar el acceso a eso de las cuatro de la tarde y termina antes de la madrugada por sudores abundantes. La orina suele permanecer normal aunque aumentados los fosfatos. La percusión descubre

bajo una de las clavículas un sonido a macizo que se transforma en resonancia exagerada. Cuando se hace abrir la boca al enfermo y se percute se percibe el ruido de olla cascada.

Con la auscultación se perciben debajo de las clavículas estertores húmedos que se hacen cada vez más gruesos.

Presentan los tísicos además otros síntomas tales como las uñas hipocráticas o en maza la última falange. Es frecuente la existencia de diarreas crónicas, dependientes de ulceraciones intestinales y la mucosa bucal puede ser asiento también de ulceraciones.

Su curso es largo y crónico, hasta que estenuados los enfermos por la fiebre, los sudores, la expectoración y la diarrea, sucumben.

TRATAMIENTO.—Esta enfermedad no tiene tratamiento específico y directo. Por eso, ante todo, se instituirá el tratamiento general por el reposo, la sobre alimentación, el aire y la higiene de la piel, y pocos medicamentos. Sin embargo se emplea bastante la creosota y el arsénico.

La creosota solo se dará cuando no haya fiebre o congestiones como en el primero y segundo periodo. El arsénico se emplea para disminuir los cambios orgánicos y retardar la nutrición. No debe darse tampoco más que cuando no hay congestión. El arsénico puede administrarse en forma de gránulos de Dioscorides, dos al día; o de licor de Fowler, cinco a diez gotas diarias y en la comida. La creosota puede administrarse bajo la forma de guayacol o de lactato de creosota. Pero los agentes farmacológicos deberán

solamente ser utilizados para combatir algunos síntomas y las complicaciones. El principal objeto del tratamiento debe ser mantener la normalidad de las funciones del aparato digestivo.

Si el enfermo tiene apetito, se le puede permitir que escoja los alimentos. Los mejores serán los que digiere más fácilmente. Si conserva poco apetito es necesario excitarle o darle sustancias que en poco volumen sean muy nutritivas. Los alimentos que más convienen son:

Los jugos de carne obtenidos por presión, o los obtenidos en marmita americana. Los extractos de carne no merecen confianza. Los polvos de carne son buenos y muy útiles: pero para hacer la alimentación forzada por medio del tubo de Faucher o sonda gástrica.

La carne cruda es excelente. Puede empezarse por 100 gramos y llegar a 200 o más. Se la puede mezclar con confituras, huevos o aromatizarla con ron o coñac. Debe machacarse hasta convertirla en papilla.

La leche puede ser la concentrada o condensada la ordinaria o el Kefir.

Un elemento precioso para la alimentación del tuberculoso es el aceite de bacalao. No se usará el blanco, sino el moreno; y se dará en dosis de tres, cuatro, y hasta seis o más cucharadas diarias; pero gradualmente; y se puede dar puro o asociado a sustancias que disimulen su gusto.

El cloruro de sodio debe darse a los tísicos en cantidad notable para reparar sus pérdidas de cloruros. Puede darse bajo la forma de condimento en las

comidas, y también bajo la forma de aguas minerales. El agua de la Bourboule es excelente, pues contiene la sal y el arsénico. En este caso no debe tomarse más de uno o dos vasos al día.

El arsénico es también muy importante para el tuberculoso. Por eso lo es el agua de la Bourboule.

Un buen método es disponer alternativamente el arsénico y el aceite de hígado de bacalao.

El alcohol a pequeñas dosis es también útil a los tuberculosos 20 a 25 gramos al día; 30 o 40 a lo sumo. La cerveza les es también conveniente.

Como ya hemos dicho, sobre alimentación y aire puro es el tratamiento esencial de la tuberculosis. La habitación del enfermo no tendrá cortinas ni colgaduras. El tísico debe vivir al aire libre noche y día. Por la noche se empezará dejando abiertas las ventanas de la habitación inmediata; después se abrirán las ventanas de la habitación del enfermo, cerrando las persianas, si las tiene; y abriendo, por último, también éstas, debiendo hallarse el enfermo en la cama suficientemente abrigado para que no sufra un enfriamiento. De día se mantendrá esta ventilación con más rigor, cualquiera que sea el tiempo y el clima. Debe procurarse para el enfermo una habitación al abrigo del polvo, del viento y de la humedad.

Deberá el enfermo evitar las causas de enfriamiento. Por lo tanto, no saldrá de casa cuando llueva o haya humedad en el aire, como ocurre frecuentemente a la puesta del sol o por la noche. Deberá llevar ropa interior de lana, y aún petos de franela lige-

ra para el pecho y espaldas. Se harán fricciones alcohólicas una o dos veces a la semana.

La fiebre es un elemento de desgaste que conviene mucho atender.

La alimentación, la vida al aire libre, los cuidados de la piel, y sobre todo, el reposo más completo son excelentes medios para suprimirla o disminuirla. Cuando no bastan suele ser conveniente para ello el ácido salicílico en dosis de un gramo o dos durante tres o cuatro días. Y se empieza de nuevo si la fiebre vuelve. Esa dosis diaria se tomará por fracciones de 25 centigramos en el espacio de una hora, siendo la mañana el tiempo más favorable. También por la mañana se puede dar al enfermo lociones templadas primero, y después frías; siendo este medio, además de inofensivo, muy útil.

Los sudores, íntimamente unidos a la fiebre, serán combatidos especialmente por las lociones frías anteriores. Además podrán combatirse con el sulfato neutro de atropina, empezando por la dosis de medio milígramo dado por la noche en un granulo. Puede llegarse a dos, si fuera necesario.

La tos puede ser conveniente atacarla o respetarla. En este caso se halla la que va acompañada de espectoración y que aumenta o disminuye con esta. Pero la tos seca, por accesos, debe ser combatida siempre. El medicamento más eficaz es el opio; tal como el extracto tebaico, el láudano, el jarabe de codeína y de morfina, las inyecciones subcutáneas de morfina. Pero en la mayoría de los enfermos tiene el

inconveniente de disminuir el apetito y aumentar los sudores.

Cuando la tos está relacionada con la ingestión de alimentos, algunas gotas de láudano, de tintura de yodo, o de agua cloroformada son las sustancias más indicadas.

Las pulverizaciones con agua caliente o con una solución débilmente fenicada atenúan la tos de los tísicos.

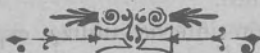
También es con mucha seguridad modificada por la medicación revulsiva.

Tal sucede con las aplicaciones de tintura de yodo, las puntas de fuego, los pequeños vegigatorios de cinco o seis centímetros cuadrados, que se dejarán aplicados solo cinco o seis horas y que se reemplazarán con una cataplasma que se mantendrá una hora; medicación que se podrá repetir.

Contra la expectoración excesiva se usará también la revulsión cutánea.

La medicación interna utiliza especialmente la creosota; y uno de los mejores preparados es el aceite de bacalao creosotado del que se dará una cucharada mañana y tarde de una solución al 10 por 300. También puede emplearse el vino de creosota o las capsulas de aceite de hígado de bacalao creosotado. Los vómitos de los tísicos van unidos a la tos, por eso los medicamentos contra ella tendrán un doble efecto. Los más útiles serán las inyecciones de morfina, la ingestión de algunas gotas de láudano; los revulsivos sobre el epigástrico, las pulverizaciones de eter sobre el mismo punto y los pequeños vegigatorios.

La diarrea de los tuberculosos es muy rebelde. Para su tratamiento será preciso suprimir el aceite de bacalao y todos los alimentos indigestos; y emplear el bismuto, el opio, y especialmente las inyecciones de clorhidrato de morfina. Dan también excelentes resultados los enemas de creosota que tengan una dosis de uno a dos o tres gramos.





CAPÍTULO I

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Dado el carácter y fines de nuestro libro, y el criterio que venimos siguiendo, solo habremos de ocuparnos, en este capítulo, de aquellas enfermedades del corazón más comunes y frecuentes, y cuyo tratamiento puede estar más al alcance de las personas para quienes se escribe. Otra cosa no es posible. Por eso solo podremos ocuparnos de la *endocarditis* y lesiones valvulares.

Consideramos a la endocarditis, o inflamación de la membrana interna del corazón, bajo dos aspectos: el aspecto o forma aguda y la forma crónica. Las causas más comunes de la endocarditis aguda son: el reumatismo articular agudo y sobre todo si se generaliza, y la extensión de una flegmasia inmediata como la pericarditis, la pulmonía, la pleuresía. Las de la endocarditis crónica son, en primer lugar, una endocarditis aguda, cuya consecuencia es; otras veces se desarrolla insidiosamente. La endocarditis aguda solo afecta al ventrículo izquierdo y frecuentemente se limita a las válvulas.

La crónica está caracterizada por el establecimiento definitivo de las lesiones.

En el curso de todo reumatismo articular agudo es necesario vigilar con cuidado al enfermo, y si se viese elevar rápidamente la temperatura, debe buscarse la causa en el corazón; y frecuentemente se comprobará la existencia de una endocarditis, que, venga como quiera, siempre se desarrolla silenciosa e insidiosamente, y es necesario buscarla.

La endocarditis aguda simple se caracteriza por tres fenómenos principales que son el eretismo o irritación cardíaca, el engrosamiento de las válvulas, la imperfección de su función y la fiebre.

La excitación cardíaca se descubre por las palpitaciones. Los latidos del corazón son violentos y precipitados.

El engrosamiento de las válvulas altera sus funciones, determinando la estrechez o la insuficiencia de los orificios, de donde resultan ruidos de soplo, ruidos que desaparecen, recobrando la válvula su juego normal, si desaparece la fluxión inflamatoria.

La fiebre puede ser dependiente tanto de la endocarditis como de la lesión articular reumática.

La endocarditis crónica produce lesiones valvulares cuyos síntomas son los de estas lesiones.

La endocarditis simple debe tratarse como se trata la pericarditis, con la que coexiste frecuentemente, que es enfermedad casi siempre reumática, y requiere la medicación salicilada, además de algunos otros medios para calmar los síntomas con que suele presentarse. Así, los dolores y la opresión se calmarán

con revulsivos aplicados sobre la región precordial; ventosas escarificadas, ocho o diez; lo mismo que vegigatorios volantes, y sacos de hielo permanentes.

Si se presentase debilidad de los latidos cardiacos, con frecuencia del pulso y tendencia al síncope se emplearán medicamentos estimulantes como alcohol, eter, acetato de amoniaco, inyecciones subcutáneas de eter, aceite alcanforado, cafeína. También son útiles algunos purgantes salinos.

El establecimiento definitivo de las lesiones valvulares, que es el resultado terminal de la endocarditis crónica, lleva por consecuencia, tras sí, la dificultad en el curso de la sangre y la estancación de este líquido. Veamos, por ejemplo, las consecuencias de una lesión mitral, que, ya sea de estrechez, ya de insuficiencia, es acaso lo más frecuente. En ese caso el curso de la sangre está dificultado. El líquido se acumula en la aurícula izquierda y la distiende. Las venas pulmonares desaguan más difícilmente en ella, y la sangre se estancará en los capilares del pulmón. Encontrando, pues, la arteria pulmonar ingurgitados los capilares, no podrá desembarazarse de su contenido, se dificultará su propia circulación; y por consecuencia, la del ventrículo y aurícula derecha. La sangre se acumulará, pues, en la aurícula derecha como se ha acumulado en la izquierda; y por consecuencia, la sangre de las venas cavas y coronarias, teniendo acceso difícil, se acumulará en estos vasos y aumentará su tensión.

Una lesión mitral ha dificultado, pues, paso a paso, la circulación completa. Veamos ahora las alteracio-

nes funcionales que ocasionan estos éxtasis sanguíneos. En el pulmón un estado congestivo, que explica la disnea y la opresión. Las dificultades en la circulación de las cavas, determinan la cianosis de la cara, los vértigos, las lipotimias y sincopes, los edemas y las congestiones viscerales; pues desaguardo difícilmente las venas hepáticas en la cava inferior, la sangre se acumula en el hígado y distendido e irritado este, se dificultan las funciones biliares, y se congestiona el estómago y el intestino.

No es raro encontrar personas afectadas de lesiones valvulares que no presentan ninguno de los expresados desórdenes, Es que en ellas la lesión de circulación está *compensada* por la fuerza muscular del corazón aumentada. Mientras la compensación dura, el individuo no está enfermo; pero a cada momento puede romperse el equilibrio, por fatigas o excesos.

Mientras la endocarditis permanece en estado agudo, es posible la curación. Pero en cuanto entra en la fase crónica ya no lo es.

Cuando la endocarditis caracterizada por un soplo permanece subaguda, y ordinariamente persiste este estado seis meses a un año después del reumatismo, está indicada la medicación yodurada que se hace alternar con la arsenical, aunque la yodurada es la base, y se mantendrá durante un año, en la forma siguiente:

1.º De yoduro de sodio, 4 gramos.

De agua destilada, 300 gramos.

Disuélvase para tomar una cucharada 20 días de

cada mes; y al principio de las comidas, tres veces al día,

2.º De arseniato de sosa, 5 centigramos.

De agua destilada, 350 gramos.

Disuélvase para tomar los diez últimos días del mes, tres veces al día, al principio de las comidas, una cucharada. Conviene también hacer repetidas unturas con tintura de yodo.

En el transcurso del tiempo, y cuando avanza la endocarditis se presenta la asistolía que es un estado especial de dificultad circulatoria producido por la insuficiencia de la contracción del corazón; y está caracterizada por los éxtasis venosos a que da lugar esa falta de contractilidad; de donde se originan dos indicaciones terapéuticas que son: disminuir la plenitud venosa y aumentar la tensión arterial por medio de los tónicos del corazón y de los vasos.

La disminución del éxtasis se obtendrá por las evacuaciones de sangre que serán sangrías generales si el edema y la cianosis se han generalizado y amenaza la axfisia; ventosas escarificadas aplicadas en la región más próxima al órgano congestionado; ventosas secas en gran número y repetidas todos los días, sanguijuelas al ano; los purgantes drásticos, entre los cuales el mejor es el aguardiente alemán en dosis de 20 a 30 gramos, dado solo o asociado al jarabe de espino cerval, aunque si el órgano congestionado fuese el hígado parece sería mejor los calomelanos en dosis de 50 centigramos, los diuréticos, y ante todo el régimen lácteo absoluto y el vino diurético amargo

de la Caridad en dosis de 30 a 60 gramos; y los tónicos del corazón de los cuales el mejor es la digital.

Hay asistolias que pueden y deben tratarse sin digital. Otras en cambio no pueden tratarse sin ella; y aún otras que aunque es necesaria no será de resultado si antes no se emplea un tratamiento preliminar.

La clinica ha demostrado que a veces no debe emplearse, porque basta el reposo y el régimen lácteo, lo cual ocurre cuando la hiposistolia es transitoria y debida a la fatiga o esfuerzos y más bien de naturaleza funcional que debida a lesión grave del miocardio.

Para restablecer este equilibrio no es necesaria la digital; basta el reposo y el régimen lácteo, y mediante esto se reparan los efectos debidos a la fatiga, se aumenta la orina y desaparecen los edemas y las congestiones.

Otras asistolias exigen para su tratamiento el tónico por excelencia del corazón, la digital, y en este caso es conveniente diferir su empleo unos días, procurando antes el reposo del enfermo y someterle a la dieta láctea excepto en casos urgentes. Pero cuando no exista esta circunstancia, es importantísimo emplearlo pronto.

Las reglas que debemos tener presente para ello son las siguientes:

- 1.º Mantener en reposo al enfermo. El reposo es la digital del corazón.

- 2.º Prescribir el régimen lácteo exclusivo durante algunos días, y después un régimen en que domi-

nen los lacticiños, con objeto de procurar la acción diurética.

3.º En el segundo o tercer día del régimen lácteo, debe administrarse un purgante que será 20 a 25 gramos de aguardiente alemán o 50 a 60 centigramos de calomelanos.

4.º Al día siguiente del purgante se prescribirá para una sola vez y un solo día 40 gotas de la *solución de digitalina cristalizada al milésimo*.

Al día siguiente de administrar la digital se produce muchas veces su efecto de gran diuresis y reabsorción de edemas.

Desde que estos desaparecen se entretiene la diuresis con el régimen lácteo. Y si la diuresis vuelve a descender, después de algunas semanas, se recurre a la lactosa, la cafeína y aún mejor a la teobromina.

La teobromina se puede prescribir, y es conveniente muchas veces diez o quince días después de la digital, a la dosis diaria de dos a tres gramos en sellos de 50 centigramos durante una semana aproximadamente.

También se puede modificar la medicación de este modo: dar cada 15 o 20 días una dosis de digitalina en un día; y dos semanas después, durante 3 a 5 días unos cuatro o cinco sellos de 50 centigramos de teobromina.

Cuando se está en el principio de la endocarditis y la asístolia aún no tiene tendencia a hacerse permanente o intermitente, puede resumirse el tratamiento en esta forma:

1.º Tratamiento preparatorio por el reposo, la leche y un purgante como preparatorio de la digitalina.

2.º Una dosis de 40 a 50 gotas de solución de digitalina cristalizada al milésimo, un solo día, y a los dos o tres días del régimen lácteo para reabsorber los edemas.

3.º Diez o doce días después una dosis menor, 30 gotas para beneficiar el corazón; y finalmente:

4.º Administración de la digitalina cada mes durante varios meses a la dosis de 20 a 40 gotas con objeto de prevenir los ataques asistólicos.

Hay circunstancias, como decía antes, que indicada la digital no produce efectos, quedando su acción nula. Ocurre esto porque hay un obstáculo periférico o central que está por encima de la fuerza funcional, obstáculo que es necesario hacer desaparecer, para que la digital pueda desarrollar su efecto.

Los obstáculos más frecuentes son el edema y la congestión de vísceras; sobre todo el hígado.

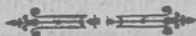
A veces ocurre que las extremidades están enormemente distendidas por un edema duro que no se deja deprimir por el dedo.

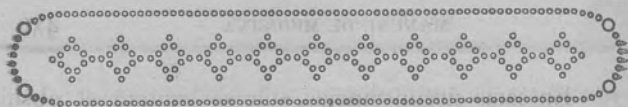
Este edema comprime los pequeños vasos, y constituye una barrera contra la cual se estrellará la acción del medicamento. Antes la barrera era central por causa de un exceso de masa sanguínea que tenía que moverse dentro del corazón con un miocardio debilitado. Ahora la barrera es periférica, y reside en los vasos por la compresión que produce en ellos la infiltración edematosa.

En estas circunstancias, solo se quitará el obstáculo periférico con algunas escarificaciones que se practicarán del modo siguiente: Esterilizada a la llama de alcohol una lanceta, y practicada la antisépsia de la piel con algunos lavados de jabón sublimado se harán ocho a diez picaduras en cada pierna, procurando que las punciones estén suficientemente alejadas una de otra. También pueden practicarse con una aguja gruesa que se calienta al rojo blanco en una lámpara de alcohol y se hunde moderadamente en los tejidos edematosos después de la antisépsia de la piel. Estas escarificaciones con aguja al rojo blanco son más eficaces por la pequeña escara que producen que mantiene algunos días la abertura cutánea.

La barrera puede ser también, como he dicho, visceral; y especialmente por la congestión del hígado. Antes de administrar la digital que en estas condiciones no desarrollará su acción, se administrarán una o dos dosis de 50 centigramos de calomelanos y se aplicarán sobre la región hepática algunas ventosas escarificadas. Cuando el hígado en vez de hallarse congestionado, esté esclerosado, la ascitis se resistirá casi por completo a la digital.

Téngase presente que la digitalina es un veneno poderoso; y que su administración no debe salir de estas reglas y dosis.





CAPÍTULO LI

INSOMNIO

El insomnio es debido, a veces, a un estado nervioso y recae en un sugeto sano. Otras veces es sintomático: y para curarle, es necesario atender y curar la causa; lo cual no siempre se logra.

El insomnio de los niños suele ser debido a los ensueños terroríficos que le siguen obsesionando después de despertar y le mantienen largo tiempo despierto, siendo su causa ordinaria el comer demasiado, o las lombrices, o el estreñimiento.

Si no hubiese más que ese estado nervioso se combatirá con el urétano a cucharaditas de las de café en la forma siguiente, de lo cual se tomará, 2, 4 o 5 cucharaditas al día:

De urétano, 50 centigramos.

De jarabe de azahar, 25 gramos.

De agua de lechuga, 25 gramos.

Mézclese.

O también con baños generales a 36° y 37° grados de temperatura, y media hora de duración; en cada uno de los cuales se pondrá, si es posible, un

litro de infusión de tila; y se tomarán por la noche antes de cenar; tomando luego una cena ligera sin vino, y a las dos horas o tres, una taza de infusión de tila caliente en la que se ponga uno o dos gramos de bromuro potásico.

Y si el enfermo escediera de seis años también puede ponerse en lugar de ese gramo de bromuro, una cucharada, por cuchara sopera, de lo siguiente:

De bromuro de potasio, 5 gramos.

De hidrato de cloral, 10 gramos.

De jarabe de lactucario, 20 gramos.

De agua de laurel cerezo, 4 gramos.

De agua de lechuga, 150 gramos.

Mézclese.

Además se emplearán por la mañana locciones frías.

El insomnio de los ancianos, cuando es exagerado, suele depender en general de esclerosis arterial; y en su tratamiento se empleará el yoduro y el opio en pequeñas dosis en esta forma.

De yoduro de potasio, 2 gramos.

De clorhidrato de morfina, 5 centigramos.

De jarabe de corteza de naranjas, 150 gramos.

Mézclese para tomar una o dos cucharadas soperas al día.

No se emplearán en este caso los bromuros, y se combatirá la atonía intestinal.

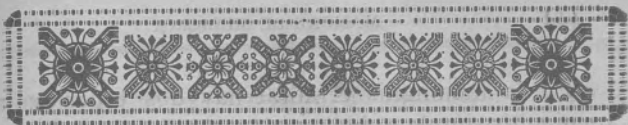
En el insomnio de otras edades se usará para combatirle el baño general templado de larga duración. Deben tomarse por la noche; y después se hará una cena ligera, compuesta de leche y unos bizcochos; acostándose dos horas después y tomando una taza de tila caliente en la que pondrá una cucharada de la fórmula anterior en la que entra el bromuro potásico y el cloral.

También es frecuente que los neuropatas sufran insomnios; y en ellos es el baño general templado y largo el mejor medio de combatirle. Es muy útil también la aplicación de una gran compresa mojada en agua muy caliente sobre la parte anterior del torax y región superior del vientre. Y si fuera necesario recurrir a alguna medicación, se recurrirá al cloral en dosis de 2 gramos o al sulfonal en dosis de uno. Pero nunca a los bromuros tratándose de neurasténicos. También se puede recurrir al veronal a la dosis de 30 centigramos.

Cuando el insomnio es debido, como puede suceder, a la depresión del corazón, se procurará tonificarle y levantarle por medio del sulfato de esparteína administrando 5 centigramos por la mañana los días que sea necesario.

También se procurará alimentar bien al enfermo.





CAPÍTULO LII

ENFERMEDADES NERVIOSAS

Una materia tan extensa y difícil como son las enfermedades del sistema nervioso, no es posible abordarla apenas en un libro de estas condiciones. Así es que, como he hecho con las del aparato circulatorio, solo me ocuparé de las más comunes y frecuentes, tales como son las inflamaciones de las meninges, la congestión y hemorragia cerebral, las neuralgias, y las neurosis; y aún de estas solo trataré de las principales y de más importancia, y que más suelen molestar al hombre.

MENINGÍTIS

La meningitis es la inflamación de las cubiertas de los centros nerviosos, encéfalo y médula espinal.

Hay, pues, tres variedades que son la meningitis cerebral, la raquidiana y la cerebro-espinal.

En la meningitis cerebral hay dos especies: la meningitis simple o inflamación de la aracnoides y pia madre y la meningitis tuberculosa.

La meningitis simple puede ser aguda y crónica. La aguda se presenta *primitiva* e independiente de todo estado morbozo anterior, como son las que sobrevienen a consecuencia de la insolacion, de las vigiliias prolongadas y de los excesos alcohólicos.

La *secundaria* se desarrolla a consecuencia de traumatismos, osteítis, erisipela del cuero cabelludo, y también en el curso del reumatismo y de la enfermedad de Bright, o nefritis parenquimatosa.

La meningitis simple tiene un principio franco y repentino; y solo algunas veces va precedida de agitación, vértigos y dolor de cabeza. Su evolución comprende dos fases: una de excitación y otra de depresión.

La fase de *excitación* se señala por la frecuencia del pulso y elevación de temperatura, que llega a 40 grados. La cefalalgia es violenta y pertinaz y todo la exaspera, lo mismo la luz que el ruido y los movimientos. Existen delirio y convulsiones, trismus, disfagia y estreñimiento.

La fase de depresión sigue a la anterior. Las contracturas y convulsiones se transforman en resolución y parálisis. El delirio en somnolencia y coma. El enfermo cae finalmente en estupor; sus miembros en relajación; se dilatan las pupilas; se paralizan los esfínteres; se hace muy lento el pulso y la fiebre se sostiene a 40°. La meningitis es casi siempre mortal.

El tratamiento debe ser muy enérgico. Si lo con-

siente la robustez del sugeto deberá hacerse una sangría del brazo o mejor se aplicarán docena o docena y media de sanguijuelas tras de las orejas. Se administrarán purgantes. Se aplicará hielo de modo permanente sobre la cabeza. Se recomienda el uso de los calomelanos en dosis purgantes de 50 a 60 centigramos, y en dosis fraccionadas de manera que se produzca rápidamente la salivación. A este fin se dará a los niños de cinco a siete años en dosis de un centígramo mezclado con azúcar cada hora y durante 5 a 6 o 7 horas; y en dosis de 25 a 30 centigramos dados en diez o veinte tomas una cada hora en los adultos.

También podrán emplearse los baños tibios prolongados simples o sinapizados.

La meningitis tuberculosa reconoce por causa la infiltración tuberculosa de la *pía madre*; y en su curso se observa igualmente una fase de excitación y otra de depresión.

En ella se observa un periodo prodrómico cuyos síntomas consisten en cambio de carácter del niño, que está triste, llora sin motivo; se demacra y pierde el color. Los prodromos pueden durar varias semanas.

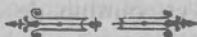
La fase de excitación se caracteriza por cefalalgia, vómitos y estreñimiento. La cefalalgia es fuerte, frontal. Lanza gritos; rechaza la luz, rechina los dientes e inclina la cabeza atrás; tiene contracturas, y es frecuente el estrabismo.

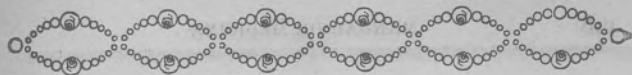
Los vómitos y el estreñimiento se hallan, como la cefalalgia, bajo la irritación del cerebro. Hay fiebre constante; pero la temperatura no suele pasar de 39°.

Aunque esta fase de excitación va a veces seguida de una remisión ligera, siempre esta pequeña esperanza queda defraudada.

La fase de depresión se anuncia por la lentitud del pulso, la elevación de temperatura y el delirio. Después de algunas convulsiones y contracturas, cae el enfermo en el coma y muere.

El tratamiento es impotente en esta enfermedad.





CAPÍTULO LIII

CONGESTIÓN CEREBRAL

HEMORRAGIA CEREBRAL-APOPLEGÍA

Voy a ocuparme, en un mismo capítulo, de la congestión y de la hemorragia cerebral; pues la congestión es, por decirlo así, como el primer peldaño de la escala que termina, aunque no siempre, en la hemorragia. Pero es la preparación; pues realmente no se produce la hemorragia sin estas lesiones en la forma y orden que nos las presenta la naturaleza, aunque con la debida independencia.

Así podremos comprender mejor su mecanismo, y establecer mejor su tratamiento, que tiene medios y procedimientos adecuados a cada una, y al periodo de evolución en que se halla.

CONGESTIÓN CEREBRAL.—Enfermedad grave, que, de ordinario, reviste dos formas. La forma activa, que se observa en los individuos de aspecto y constitución congestiva, y cuyas causas principales son la hipertrofia cardiaca, la insolación, el enfriamiento brusco durante el periodo digestivo, la inmersión en agua fría, y las emociones violentas. La for-

ma pasiva se observa en las enfermedades que aumentan la tensión venosa; en la insuficiencia mitral, enfisema pulmonar, tumores del cuello.

La congestión puede presentarse bajo tres formas: ligera, grave y apoplética.

La *forma ligera se caracteriza* por una cefalalgia gravativa y fuerte que aumenta con la luz y con el ruido. Hay ilusiones ópticas e insomnio.

Si la congestión es más fuerte, se producirán vómitos y vértigos; el pulso está lleno y duro; hay estreñimiento. Esta forma de congestión que es la más frecuente ataca bajo la influencia de excesos de la mesa y vigiliass.

La *forma grave* se presenta con más aparato. Es más violenta la cefalalgia: se presenta delirio y alucinaciones: el enfermo se cubre de sudor; y por fin, a la excitación sucede el coma con respiración estertorosa y evacuaciones involuntarias. La pupila suele estar muy contraída. La forma apoplética se presenta bruscamente; el pulso es lento y está lleno y duro, la respiración es estertorosa y hay evacuaciones involuntarias. El enfermo cae bruscamente privado de sentido y movimiento. No hay fiebre en la congestión, lo cual la diferencia de las demás enfermedades.

Si los fenómenos morbosos persisten más de dos o tres días debe temerse una hemorragia.

Aunque la congestión reconoce causas diversas, la mayor parte de los casos presenta como indicación capital la de disminuir la tensión sanguínea; resultado que se consigue con la sangría general, con la aplicación de sanguijuelas detrás de las orejas y los purgan-

tes enérgicos como el aguardiente alemán en dosis de 30 a 40 gramos con igual cantidad de jarabe de espino cervical.

Las personas expuestas a congestiones cerebrales deben adoptar un régimen sobrio; abstenerse de licores alcohólicos, de café, de vigiliass y fatigas; dormir poco y en cama dura; hacer ejercicio y combatir el estreñimiento y los dolores de cabeza con las píldoras de Frank, o de los purgantes salinos.

HEMORRAGIA CEREBRAL.—Es el derrame de sangre en el cerebro.

El nombre de apoplegia usada como sinónimo de hemorragia cerebral no es propio. Apoplegia significa pérdida repentina y momentánea de las funciones cerebrales; y esta lo mismo puede ocurrir por hemorragia que por embolia o commoción.

La sangre derramada en el cerebro depende de la rotura de vasos; (de arterias cerebrales); lo cual tiene lugar por aumento de tensión en ellas, y por alteraciones de tejido, o por ambas cosas.

El aumento de tensión en la sangre solo podrá determinar la rotura del vaso cuando éste esté alterado.

La hemorragia cerebral es rara antes de los treinta años, y es frecuente a partir de los cincuenta. A menudo es hereditaria. Se ha creído que los individuos gruesos y de cuello corto están más expuestos. Es un error. Cuando las arterias del cerebro están enfermas, se encuentran expuestas a romperse, siempre que el órgano se congestiona. Así es frecuente la hemorragia durante los esfuerzos de defecación, de

tos, bajo la influencia de un baño muy caliente o demasiado frío, de un cambio brusco de temperatura, de un sueño prolongado.

No pasa aquí como en la congestión que hay un periodo prodrómico o de comienzo; pero como ocurre en ella, hay también diversas formas o grados; y así se distinguen la forma grave o apoplética, la mediana o paralítica y la ligera.

En la *forma grave o apoplética* el individuo atacado cae como herido por un rayo; y queda como una masa inerte, cuya vida no se manifiesta más que por la persistencia de los movimientos respiratorios. Todo movimiento voluntario está abolido. Cuando se levanta un miembro cae como una masa inerte; pero en cambio, los movimientos reflejos se hacen muy manifiestos. Hay parálisis de la vejiga y del recto y por lo mismo incontinencia de orina y materias fecales. La sensibilidad está completamente abolida; las pupilas muy dilatadas y no son sensibles a los rayos luminosos. La respiración es lenta y estertorosa. Los carrillos inertes se hinchan y deprimen. Es lo que se llama fumar la pipa. Las mucosidades que no pueden ser expulsadas producen un ruido de gorgoteo. El pulso es lento, lleno y duro. La temperatura aunque desciende a menos de la normal en el momento del ataque, se eleva mucho antes de la muerte. Esta forma mata en algunas horas, y también puede hacerlo instantáneamente.

La *forma mediana o paralítica* es la más común. Empieza por un estado apoplético semejante al anterior; pero que dura poco; de algunos minutos a algu-

nos días. El enfermo cae; pero conserva su inteligencia y al levantarse se apercibe de la parálisis.

Luego que los síntomas de apoplejía se desvanecen, en vez de volver el enfermo al estado de salud, como en una simple congestión, presenta parálisis del movimiento, alteraciones de sensibilidad y desórdenes intelectuales.

La parálisis suele ocupar la mitad del cuerpo; y las regiones paralizadas estar casi insensibles; y aunque el enfermo recobra parte, o toda su inteligencia, la pronunciación continúa difícil y la memoria infiel.

Cuando hubo una apoplejía, en dos o tres días se ve al enfermo salir de su entorpecimiento, siendo entonces cuando se observa la hemiplégia. Frecuentemente hacia el 6.º u 8.º día es acometido de una cefalalgia rebelde, fiebre, agitación y contractura. Son indicios, de una encefalitis desarrollada en la circunferencia del foco. Por lo regular queda el enfermo paralizado durante cinco o seis meses, restableciéndose el movimiento lentamente. Pero la hemorragia recidiva casi fatalmente, aunque a veces, tarda mucho.

La *forma ligera*, aunque semejante a las anteriores, por lo general, todo se reduce a una falta o pérdida de conocimiento de poca duración y a una parálisis parcial. Ordinariamente todo se disipa en cinco o seis días. Pero el pronóstico es serio, porque éste ataque indica ya alteraciones en el sistema arterial.

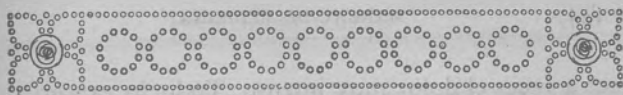
TRATAMIENTO.—Los que se hallen predispuestos a estas enfermedades deben luchar contra la apatía y la somnolencia, seguir un régimen severo propio de los artríticos, y procurar la seguridad de

las deposiciones. Debe acostarse el enfermo con la cabeza alta y aplicarse revulsivos sobre los miembros inferiores.

Si el sujeto es fuerte y robusto se hará una sangría general; se aplicarán sanguijuelas a las regiones mastoideas; y se aplicará hielo a la cabeza, sobre el punto donde se supone el foco congestivo que es por lo regular en el lado opuesto a la parálisis. Si el enfermo puede tragar, se le darán dos o tres gramos de bromuro potásico en las 24 horas. Si hubiese irregularidad en el pulso y en la respiración, se administrará la cafeína en inyecciones de 50 centigramos; o eter también en inyecciones de 10 a 15 centímetros cúbicos, o aceite alcanforado en inyecciones.

Es preciso mantener libre el vientre por medio de los purgantes salinos.





CAPÍTULO LIV

NEURALGIAS — JAQUECA

Las neuralgias son síndromes dolorosos que se presentan en los individuos afectados de neuro-artritis. La jaqueca es una de estas afecciones y se caracteriza por dolor extendido a la mitad de la cabeza, anorexia, vómitos y estreñimiento. Es la neuralgia de la porción cervical del gran simpático.

Los que sufren frecuentemente ataques de jaqueca son individuos con eliminación deficiente. Por lo tanto, para curarlos es preciso activar la función de sus riñones, intestinos y piel; en una palabra de todos sus enumtorios.

Los accesos sobrevienen bajo la acción de causas muy variables como fatigas intelectuales, vigiliass, excesos; causas que pueden determinar un ataque *accidental* aunque muy frecuentemente está más bien ligada su aparición a un *estado* general, como el artritis, a la clorosis, al histerismo.

El dolor es el síntoma característico; ocupa la mitad de la cabeza, y sobre todo la frente y la sien. Se

hace a veces el dolor muy intenso. Todo lo exacerva e irrita. El reposo es el único que suele calmar estos sufrimientos. A veces hay vómitos. El ojo del lado afecto se inyecta, se dilata la pupila y palidece la cara. Los ataques son a veces frecuentes.

TRATAMIENTO.—Cuando la jaqueca es accidental, se prescribirá el reposo lejos del ruido y separado de la luz. Podría tal vez hacerse desaparecer el ataque por un pedilubio de agua muy caliente con mostaza; por la administración de una taza de café o de un sello de *paulinia* de 50 centigramos a un gramo.

En las jaquecas de causa general o constitucional será el tratamiento en relación con ella. Si el enfermo es anémico se prescribirá el hierro y un régimen tónico. Si es el herpetismo la causa, se darán las preparaciones arsenicales. Si es periódica la jaqueca, será la quinina el tratamiento en dosis de 50 centigramos a un gramo.

Si ya se hubiese declarado el acceso de jaqueca, puede ser muy útil para combatirle dos sellos dados con intervalo de media hora, que contenga cada uno 50 centigramos de antipirina y 5 centigramos de cafeína.

Y si fuese rebelde a todo, e insistiese la jaqueca, podría combatirse con gran seguridad de éxito con las pildoras del Doctor Moussette, de las que podrían tomarse una o dos al día; tres ya no suelen tomarse por que es un medicamento peligroso. Más de tres nunca se toman. Si se notase algo de acorchamiento de la lengua no se tomarán más.

NEURALGIA FACIAL O DEL TRIGÉMINO

El nervio trigémino es un nervio mixto compuesto de una raíz sensitiva y otra motora. La neuralgia facial afecta a una de las tres ramas en que este nervio se divide que son la oftálmica, la maxilar superior y la maxilar inferior o a las tres. La raíz motora inerva el maxilar inferior y por ella preside a la masticación. Todas las causas que sean capaces de engendrar una neuralgia son capaces de producir ésta. Tales son la congestión del nervio, su picadura o contusión, la impresión del frío, y lo mismo pueden producirla las lesiones de huesos, como caries y necrosis especialmente los caries dentaria.

Es frecuente esta neuralgia también en las personas anémicas y en regiones que reine el paludismo. La neuralgia facial es forma muy frecuente de la fiebre larvada.

Los síntomas son, además del dolor que es el principal, los movimientos convulsivos y las alteraciones de secrección.

El dolor puede ser obtuso y casi constante y de accesos dolorosos intensos. El dolor obtuso presenta puntos al nivel de los cuales es más acentuado.

Los accesos dolorosos pueden aparecer bruscamente; pero también aparecen precedidos de prurito, cefalalgia u otras sensaciones. A veces ocupa un solo ramo del trigémino, ya sea el ramo oftálmico y entonces se fija en el párpado, la frente o en el ángulo

del ojo; ya en el maxilar inferior, ya en el superior. A veces se irradia en más distancia y direcciones.

Los movimientos convulsivos o tic doloroso se presentan casi constantemente en el momento del acceso.

Las alteraciones de secreción comprenden el ojo del lado enfermo que está inyectado, tumefacto y lacrimoso y hasta está momentáneamente abolida la visión; hay salivación abundante; y la cara está encendida y vultuosa.

La neuralgia de origen palúdico tiene accesos periódicos, cuotidianos por lo regular.

El tratamiento fracasa muchas veces por la rebelía de la enfermedad.

Es esta una neuralgia en que es muy importante el diagnóstico etiológico; porque si es de origen palúdico se le vencerá con el sulfato de quinina y el arsénico; si de origen sifilítico se conseguirá con el yoduro potásico, y si de origen reumático o artrítico, con la aspirina, los alcalinos y los baños de vapor. Cuando está ligado a la cloroanemia será el hierro y el régimen tónico lo indicado.

A veces está ligada la neuralgia a la caries de un diente, en cuyo caso será la extracción el remedio.

Los dolores se calmarán con las preparaciones de opio y belladona; con las píldoras de Meglin, con las cuales se empieza por dos diarias y puede llegarse a seis u ocho. Y también, y mucho mejor, por las de Moussette en la forma que he dicho antes. También puede emplearse la inyección de clorhidrato de morfina, el eter, el cloroformo y los pequeños vegigato-

rios volantes; pero con el uso de la morfina se expone al enfermo a la morfínomanía, de tan terribles consecuencias.

NEURALGIA CERVICO OCCIPITAL, CERVICO BRAQUIAL, E INTERCOSTAL.

La neuralgia cervico-occipital tiene su asiento en las raíces sensitivas del plexo cervical y la cervico-braquial en los ramos sensitivos del plexo bronquial. Las causas más frecuentes de ellas son el enfriamiento y las lesiones orgánicas de los tejidos con que se hallan en relación estos nervios.

En la neuralgia cervico-occipital el dolor sigue el trayecto del nervio occipital; de modo que, partiendo de la parte superior de la nuca, se irradia hacia la región mastoidea y la región lateral de la cabeza.

Las neuralgias cervico braquiales siguen el trayecto de los nervios del brazo. El tratamiento será el mismo de la neuralgia facial.

Neuralgia intercostal.—Es la más frecuente. Sus causas son numerosas; presentándose bajo diversos aspectos. Ya recae en un punto limitado, ya interesa todo el trayecto del nervio; y entonces se encuentran los tres puntos dolorosos esternal, mamario y dorsal; ya afecta toda una zona a modo de coraza.

El tratamiento puede ser local al punto más doloroso. Puede aplicarse sobre él una sanguijuela e inyectarse medio centígramo de cloruro de morfina.

Basta a veces, para calmar el dolor, inyectar un centímetro cúbico de agua esterilizada salada. Al punto menos doloroso puede aplicarse una cataplasma caliente espolvoreada con mostaza y poner un sinapismo.

Si es una zona dolorosa en sábana podremos servirnos del salicilato de metilo, o mejor aún del mesotan en forma de pomada cubriéndolo después con tela impermeable.

De vaselina, 40 gramos.

De salicilato de metilo o mesotan, 5 gramos.

Mézclese.

Si el dolor es pequeño, pueden hacerse mañana y tarde fricciones con aceite esencial de trementina, con la siguiente fórmula:

De esencia de trementina, 50 gramos.

De alcoholado de espliego, 50 gramos.

De alcohol, 200 gramos.

Mézclese.

Al interior se darán medicamentos analgésicos, como antipirina, salicilato de sosa, aspirina.

Si fuese palúdica la neuralgia se administrará la quinina.

En la anemia, hierro y arsénico. Se procurará la libertad de vientre y se hará uso de la hidroterapia en fricciones o locciones frías.

Neuralgia ciática.—Es la neuralgia del nervio ciático, ramo terminal del plexo sacro. Este nervio, vo-

luminoso e importante anima la parte posterior del muslo, la pierna y el pié; y les dá la sensibilidad y el movimiento.

Esta neuralgia que puede ocupar todo el nervio, o alguno de sus ramos, y que por lo regular, se acentúa más su dolor en los puntos de emergencia del nervio y sobre todo, en el pliegue de la nalga, reconoce la misma etiología que las otras neuralgias, y en especial, el frío y la humedad, sobre todo si el enfermo es reumático. También se debe a infecciones e intoxicaciones; al paludismo, a la sífilis y a los estados diatésicos como el artrismo y la diabetes. También puede producirse, como los demás, por presiones de tumores en su proximidad.

El dolor aparece, a veces, bruscamente. Otras veces va precedido de sensación, de molestias y entumecimiento en la pierna, cuya extensión se hace dolorosa.

El dolor, como todos los neurálgicos, es casi continuo, sordo, con exacerbaciones durante las cuales adquiere una intensidad extraordinaria. Ordinariamente presenta dos o tres puntos más dolorosos; el punto *lumbar*, el *gluteo*, el *trocantérico* y a veces los tres *femorales*.

La ciática suele tener curso agudo, y dura una o dos semanas. Pero frecuentemente es crónico y hace a los que sufren cojear y andar difícilmente. Su tratamiento se hace, aunque es muy rebelde, por las aplicaciones locales como revulsivos; embrocaciones de tintura de yodo; vegigatorios; cauterizaciones con el

termo cauterio; y con aplicaciones de bálsamo de Fiorabenti, linimentos cloroformizados, etc.

Se procurará calmar el dolor por la antipirina de 1 a 4 gramos en sellos de 50 centigramos: o comprimidos de la misma cantidad de aspirina en dosis de 3, 4 o 5 al día; cloruro de metilo en pulverizaciones, duchas calientes; baños calientes sulfurosos prolongados; bebidas abundantes; reposo en cama; aplicaciones calientes a lo largo del nervio; enemas o irrigaciones intestinales con lo siguiente:

De agua hervida, 1000 gramos.

De salicilato de sosa, 50 centigramos.

Disuélvase para una irrigación.

Pueden darse también los siguientes sellos:

1.^a De piramidón, 20 centigramos.

De antipirina, 50 centigramos.

De valerianato de quinina, 15 centigramos.

Mézclese. Hágase un sello, para tomar 2 o 3 al día.

2.^a De aspirina, 20 centigramos.

De bicarbonato de sosa, 50 centigramos.

Mézclese. Para un sello, para tomar 2 o 3 al día.

3.^a De salicilato de sosa, 50 centigramos.

De benzonaftol, 30 centigramos.

Mézclese y hágase un sello.

Podrá ponerse un supositorio de esta composición.

De extracto de belladona, 2 centigramos.

De polvo de opio, 10 centigramos.

De manteca de cacao, cantidad suficiente.

Mézclese y hágase un supositorio.

Contra los accesos muy dolorosos podrá también recurrirse a pulverizaciones de eter, o mejor de cloruro de etilo en todo el trayecto del nervio.

Todo el tiempo deberá mantenerse aplicada, excepto durante estas pulverizaciones, una pomada de la forma siguiente:

De mesotan o salicilato de metilo, 5 gramos.

De vaselina, 20 gramos.

De lanolina, 20 gramos.

Mézclese.

Diariamente se tomará una cucharada de las de sopa de la poción siguiente:

De yoduro potásico, 20 gramos.

De licor de Fowler, 8 gotas.

De agua destilada, 300 gramos.

Disuélvase y mézclese.

Las inyecciones de morfina solo deberán aplicarse cuando los dolores sean muy grandes y no puedan calmarse por otro medio. Hay el peligro a la morfomanía, enfermedad más terrible que la ciática.



CAPÍTULO LV

COREA O BAILE DE SAN VITO

No me ocuparé ahora en más neuroses, que del Baile de San Vito.

Antes, en otros capítulos, lo he hecho de alguna de las de secreción como la hiperclorhidria. Las demás, por sus condiciones y naturaleza del tratamiento, no las juzgo a propósito para ser trasladadas aquí. Requieren espacio y tiempo de que no puedo disponer. Además, no lo requieren tampoco sus condiciones de importancia y gravedad, ni el objeto especial de este libro.

El corea es una neurosa especial de la juventud. Se observa por lo regular, de seis a quince años o poco más. Pero casi ninguna edad este libre de él. Puede ser de origen infeccioso y se desarrolla en particular en individuos de constitución neuroartrítica y en reumáticos.

Presenta como caracteres los movimientos involuntarios, durante el reposo en uno o varios miembros; en la cara, los ojos y la cabeza; el carácter se hace voluble, y les es imposible estar quietos ni fijar

la atención. El corea puede aparecer de repente, aunque por lo regular es gradualmente como se presenta con cambios de carácter, algunos movimientos extraños; como no poder coger algún objeto sin dejarle caer; haciendo gestos con la cara, o agitando sus piernas como saltando.

El desórden aumenta cuando el enfermo se observa y quiere corregirle; y solo se suspende durante el sueño. En unas dos terceras partes de los enfermos se observan alteraciones intelectuales y disminución de la memoria. Y hasta puede producirse un delirio maniaco de mal augurio.

El corea tiene tendencia a la curación que se anuncia en la disminución de los desórdenes.

Su tratamiento consiste en el reposo corporal y psíquico y alimentación abundante desprovista de excitantes. No les conviene a los coreicos la permanencia en las costas y deben avitar cuidadosamente el frío. Es necesario no hablar al niño de su enfermedad, ni hacerle estudiar; y si es posible adoptar la estancia en el campo. Es excelente la hidroterapia. Pero se empezará con la hidroterapia templada yendo poco a poco hasta la fría, empezando por la simple locción.

Cuando se sospecha la naturaleza artrítica en el corea, se dará al enfermo el arsénico en dosis pequeñas; el licor de Fowler de 2 a 10 gotas diarias sería el más a propósito. Podría disponerse así también:

De licor de Fowler, 80 gotas.

De fosfato de sosa, 10 gramos.

De agua destilada, 300 gramos.

Mézclese para tomar una cucharada de las de sopa al desayunarse y a la cena.

También se prescribirán los alcalinos. Si se tolera mal el arsénico se dará benzoato y carbonato de litina en dosis de 50 a 80 centigramos diarios, y agua de Vals, Vichy u otra bicarbonatada. Puede alternarse el empleo del arsénico y de los alcalinos, dando uno solo de ellos durante cinco días seguidos.

En los coreicos y artríticos se emplearán los alcalinos y el arsénico, y, sobre todo, la hidroterapia caliente primero y luego poco a poco fría.

Se puede emplear también, con éxito, el bromuro potásico y el salofeno, del modo siguiente:

Por la mañana y al mediodía se tomará uno de los siguientes sellos:

De salofeno, 60 centigramos.

De bicarbonato de sosa, 20 centigramos.

Mézclese y hágase un sello. Repítanse varios.

Y al acostarse, se tomará una cucharada de las de sopa de lo siguiente:

De bromuro de potásico, 15 gramos.

De licor de Fowler, 60 gotas.

De fosfato de sosa, 10 gramos.

De infusión de tila, 300 gramos.

La cucharada de esta mezcla se tomará en una taza de infusión de valeriana.

Cuando hay anemia o debilidad se permanecerá en el campo y se dará el protoxalato de hierro 20 centigramos antes de cada comida.

Cuando se tome el licor de Fowler en más de seis gotas diarias, conviene tomarlo en dos dosis.

También se puede entablar la medicación antiespasmódica, supuesto que la antipirina en dosis de dos a tres gramos diarios para un niño mayor de ocho años, y en dosis fraccionadas de 30, 40 o 50 centigramos dados de preferencia en jarabe o en enemas es uno de los mejores medicamentos del corea.

Se continuará su uso durante 2 a 12 días seguidos, para combatir luego con el arsénico o el bromuro y volver de nuevo a la antipirina.

El cloral de 1,50 a 2 gramos se empleará solamente en los niños nerviosos y agitados durante la noche.





CAPÍTULO LVI

NEFRÍTIS

Es la inflamación del riñón, que puede ser catarral, parenquimosa, que es la llamada enfermedad de Bright, y supurada: tres variedades que la distinguen. La forma supurada es bastante rara.

La catarral es la forma más ligera; y debida a la acción del frío, a la eliminación de sustancias irritantes por los riñones, y a la propagación de una inflamación desde la vejiga, o a la acción de una infección producida por la escarlatina, la viruela, la erisipela, el sarampión, la fiebre tifoidea o la gripe.

La nefritis catarral comienza por síntomas generales de catarro gástrico, fébril ordinariamente; hay dolor lumbar, orina escasa muy cargada de albúmina y de tono rojo-pardo. No dura muchos días, pues si se prolongan estos síntomas, avanzará la nefritis y se convertirá en paraquimatosa.

Para reconocer la albúmina en la orina pueden emplearse dos procedimientos; por el calor, y por el ácido cítrico.

Para investigarla por el calor es necesario que la orina sea ácida, pues si fuese de reacción alcalina, no se conseguirá el resultado sin acidificarla con unas gotas de ácido nítrico. Después de averiguado y hecho esto se toma un poco de orina en tubo de ensayo, y se calienta.

El calor coagula la albúmina en copos pequeños.

Por el ácido nítrico se hace del modo siguiente: Se deja correr por las paredes del tubo de ensayo o copa algunas gotas de ácido nítrico. La orina albuminosa se enturbia y llena de copos. No se pondrá mucha cantidad de ácido, porque, en este caso, podría disolver la albúmina, como se disolvería también si se la calienta así.

El tratamiento tendrá por objeto: descongestionar los riñones y disminuir el trabajo renal. Los riñones se descongestionarán aplicando sanguijuelas al nivel de ellos, o haciendo, cada dos días, una aplicación de ventosas secas hasta que los accidentes desaparezcan. Se darán purgantes salinos u oleosos, (sulfato de sosa, aceite de ricino) y se pondrán irrigaciones intestinales. Tomará el enfermo diariamente 6 u 8 gramos de bicarbonato de sosa o 1 a 2 gramos de benzoato de litina.

Se hará beber diariamente al enfermo un litro de agua, y mejor de infusión de rabos de cereza en el que se disolverá uno de los papeles siguientes:

De bicarbonato de sosa, 10 gramos.

De benzoato de sosa, 5 gramos.

De benzoato de litina, 2 gramos.

Mézclese.

También puede emplearse, para este objeto, el tanino en esta forma:

De tanino con alcohol, 50 centigramos.

En un sello. Para tomar dos al día con leche.

Cuando el riñón esté muy congestionado, y sean raras las orinas, se pondrán dos lavativas al día frías; y, si fuese necesario, se inyectará suero artificial en cantidad de 100 a 200 gramos, que puede repetirse.

El trabajo renal se disminuye instituyendo el régimen lácteo absoluto; y después de unos cuantos días, cuando el enfermo esté muy mejorado, el régimen mixto, compuesto de legumbres verdes, carnes blancas, leche y abundantes bebidas. El reposo en cama es indispensable, mientras persista la albúmina, procurando que tenga bien calientes los pies, valiéndose, si es preciso, de calentadores.

La nefritis parenquimatosa o enfermedad de Bright es ordinariamente la forma crónica de la enfermedad, asociada, por lo común, a lesiones de arterio esclerosis. Pero también puede tomar una forma aguda. De todos modos, casi siempre es debida a la nefritis catarral aguda, o, por lo menos, empieza ordinariamente por ella. La enfermedad de Bright producida por un enfriamiento o una fiebre infecciosa, puede empezar bruscamente, por escalofríos, fiebre alta, dolor lumbar intenso, vómitos y muy frecuentemente por un anasarca muy rápido. Producida por otra causa cualquiera su principio es latente; y no suele apercibirse hasta que se presenta una hidropesía, dolores lumbares, o alteraciones de la vista.

Constituída la enfermedad, la caracterizan cuatro síntomas constantes, hidropesía, alteraciones de la orina, alteraciones de la sangre y retinitis.

La hidropesía está en el principio limitada a los párpados, y después también a las piernas y órganos de tejidos flojos. Otras veces se generaliza.

La orina es roja en el periodo congestivo. Después en el periodo exudativo pálida. La retinitis solo se observa en la forma crónica.

Los dolores lumbares son casi especiales de la forma aguda, lo mismo que la elevación de la temperatura.

La forma aguda puede curar. La forma crónica mata, ya por accidentes urémicos, ya por debilitación progresiva. Alguna vez sin embargo cura.

Cuando la enfermedad se halla en estado subagudo será útil aplicar sanguijuelas o ventosas escarificadas, y también secas, al nivel de los riñones. Pero cuando la afección es crónica hay que favorecer, ante todo, la diuresis y administrar diuréticos.

Se dispondrá la cafeína de 25 a 50 centigramos o la teobromina de 3 a 5 gramos diarios en sellos de 50 centigramos. Y se administrarán durante 2 a 5 días seguidos, alternando ambas una después de otra.

A los enfermos que tengan pulso pequeño e irregular se les pueden dar todas las mañanas a las 8 y al mediodía un sello con:

Cafeína, 20 centigramos.

Bicarbonato de sosa, 50 centigramos.

Mézclese.

Si por el contrario, el pulso es regular, pero pequeño, es de mejor resultado la esparteína, y cada mañana se dará una cucharada de las de sopa, de:

Sulfato de esparteína, 1 gramo.

Jarabe de corteza de naranjas amargas, 150 gramos.

Mézclese para administrar durante diez días seguidos.

Estando el pulso regular, y el corazón afecto de esclerosis, a juzgar por las condiciones de edad, aunque aún suficiente, se dará la preferencia a la teobromina, cuya acción sobre los riñones es más marcada. Así durante cuatro días seguidos se tomarán 3 o 4 sellos de:

Teobromina, $\frac{1}{2}$ gramo.

En un sello.

Se suspenderán estos sellos si sobrevienen dolores de cabeza.

Los calomelanos se darán de 20 a 35 centigramos por la mañana, durante 4 o 5 días, al principio de presentarse los edemas o en los periodos de insuficiencia renal.

Como medicación de la albuminuria el régimen apropiado; el pan será sin cloruro de sodio.

Se procurará descongestionar también los riñones dando el tanino, un gramo diario durante varios días seguidos. El yoduro potásico, que solo se dará en las nefritis ligeras, no se dará cuando haya mucha albúmina.

Los alcalinos en dosis elevadas son muy útiles. Se dará algunos purgantes usando con preferencia el aceite de ricino.

Debe hacerse ejercicio moderado; pero se evitará toda fatiga. Llevará el enfermo faja de franela. Se usarán los baños generales calientes. Se harán lociones a todo el cuerpo con agua caliente a unos 38° y fricciones suaves con un trozo de franela.

Como consecuencia de la nefritis se presentan, a veces, accidentes urémicos, resultado final de la insuficiencia de los riñones.

Uremia.—La uremia, es, pues, el envenenamiento que resulta de la insuficiencia de la eliminación renal; y para evitarle, o combatirle, es preciso disminuir la formación de las sustancias tóxicas en la economía, aumentar la diuresis y favorecer las funciones glandulares de otros órganos que puedan, en más o en menos, suplir la función renal. La urea y los uratos son los productos principales que deben eliminarse.

Para disminuir la posibilidad de auto-intoxicación no hay más que un medio, que es el *régimen lácteo absoluto*, que se establecerá, a pesar de la repugnancia de los enfermos. Para que se adapte mejor, podrá darse fría, helada, mezclada con agua de Vichy o de Vals, aromatizada con coñac, o con un poco de café.

La uremia puede producirse cuando el riñón ha perdido sus cualidades de órgano secretor, o cuando existe en la vegiga o en el ureter un obstáculo a la eliminación de la orina. Puede ocurrir el primer caso, no solo en las alteraciones orgánicas del riñón, sino

en las que alteran su superficie segregante como son las fiebres infecciosas graves. El segundo caso se presenta en el enclavamiento de un cálculo o en la compresión por algún tumor.

Los síntomas que caracterizan la uremia puede decirse que varían bastante, hasta el punto de reconocerse tres formas en la enfermedad: la forma *convulsiva* que se parece a un ataque epiléptico del cual se distingue por falta de grito inicial, de abolición de excitabilidad y de cerrar el pulgar dentro de la mano; la forma *comatosa* en la que el enfermo cae en una somnolencia que se convierte en coma; y la forma *mixta* caracterizado por el coma y las convulsiones. Hay también variedades clínicas.

La uremia lenta mata en algunas semanas: la aguda en días u horas.

Las variedades clínicas de la uremia son la *forma disneica* caracterizada por gran disnea en la cual se hará inmediatamente una sangría; y caso de no ser posible, una gran aplicación de sanguijuelas sobre el torax y región lumbar; y si esto no fuera posible, ventosas escarificadas en esos sitios. No debe temerse que el enfermo pierda sangre en abundancia, pues es la salvación. Además se dará eter en bastante cantidad, mezclado con agua azucarada, por la boca; se le hará inhalar oxígeno y se le dará cada dos horas una cucharada de las de sopa de lo siguiente como estimulante:

De acetato de amoniaco, 3 gramos.

De licor amoniacal anisado, 2 gramos.

De agua de menta, 60 gramos.

De jarabe simple, 90 gramos.

Mézclese.

La uremia convulsiva, caracterizada por cefalalgia, trastornos sensoriales, epístaxis y convulsiones, se tratará lo mismo al principio: sangría abundante o sanguijuelas detrás de las orejas y sobre los riñones.

Se pondrá una lavativa, que procurará retenerse con:

Cloral, 3 gramos.

Bromuro de potasio, 2 gramos.

Yema de huevo, número 1.

Agua, 120 gramos.

Mézclese.

Contra la uremia comatosa, caracterizada por somnolencia, coma y anuria se hará una abundante sangría; y después se pondrá una abundante inyección de suero artificial. (300 gramos).

Contra la uremia cardiaca, caracterizada por crisis anginosas y arritmia, se aplicarán sanguijuelas sobre los riñones y compresas frías o hielo sobre el corazón. Además se pondrán inyecciones de eter y aceite alcanforado y cafeína. sin temor a las dosis elevadas.

En la forma urémica gastro intestinal, caracterizada por vómitos y diarrea especialmente, no se dará durante dos días como bebidas más que agua. No se dará ningún alimento; ni aún leche. Al cabo de dos o tres días, si han cesado los vómitos, se dará leche

desnatada o kefir. Se pondrán enemas purgantes. Se hará un lavado de estómago. Se pondrán dos irrigaciones intestinales al día con agua a 42° o 43°; y se le dará una poción con

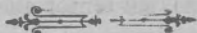
Acido clorhídrico, 4 gramos.

Alcoholaturo de limón, 30 gotas.

Agua de tila, 300 gramos.

Mézclese para tomar una cucharada cada dos horas en un vaso pequeño de agua.

Para suplir en todos los casos la insuficiencia renal, son medios útiles las grandes irrigaciones intestinales frías y la derivación intestinal, provocada diariamente por laxantes salinos; pero si los accidentes urémicos son peligrosos, se emplearán 15 a 25 gramos de aguardiente alemán. La sangría en la forma cerebral convulsiva, y en la forma comatosa no bajará de 400 a 500 gramos. Unicamente si es un niño, se aplicarán sanguijuelas tras de las orejas.





CAPÍTULO LVII

CATARRO VESICAL

La cistitis o catarro vesical es la inflamación de la mucosa de la vejiga urinaria; que puede ser aguda o crónica y limitada al cuello o generalizada a todo el órgano.

Reconoce varias causas que deben determinarse con cuidado, porque, en general, la causa domina la terapéutica, aunque hay varios medios que son aplicables a casi todas las cistitis.

La cistitis aguda, cuando es ligera, se presenta sin fiebre; y ordinariamente su cuadro sintomático es el reflejo del grado de inflamación. A veces la enfermedad estalla con violencia, como cuando es determinada por la presencia de un cuerpo extraño; por la absorción de cantaridas. El enfermo es entonces víctima de fiebre ardiente; está atormentado por dolor continuo; su pulso es frecuente, pequeño, duro y contraído; tiene sudores profusos; frecuentemente se presentan náuseas, vómitos y delirio.

La cistitis crónica suscita reacciones menos intensas; los enfermos se debilitan gradualmente; son ata-

cados de fiebre vespertina y sienten gran debilidad de los miembros inferiores.

Las cistitis del cuello tienen algunos caracteres especiales que conviene notar. Se acompañan, a veces, de incontinenia de orina. Se hace más intenso el dolor al final de la micción. Las últimas suelen estar mezcladas con sangre.

Puede confundirse con la prostatitis. Pero el tacto rectal comprueba la integridad de la prostata en casos de cistitis; y por el contrario, nota un tumor duro, voluminoso y muy sensible, si se trata de prostatitis.

Aunque no todas las cistitis son semejantes pueden agruparse los fenómenos morbosos al rededor de tres o cuatro más característicos que son: el tenesmo vesical, la retención de orina, el dolor en el hipogastrio, las alteraciones de la orina, y los síntomas generales de que acabo de ocuparme.

El tenesmo es una de las primeras manifestaciones de la enfermedad; y consiste en una necesidad casi continua de orinar, con salida de muy pequeña cantidad de orina. En las cistitis violentas esta circunstancia se repite más de 50 veces al día; y los enfermos pasan la noche atormentados por esta necesidad y por la sensación de quemadura que produce el paso del líquido.

A pesar de los esfuerzos, la orina no es expulsada por completo, y se acumula en la vegiga, que se presenta en el hipogastrio en forma de un cuerpo duro y globuloso.

En las cistitis del cuello es en las que el tenesmo y la retención llegan al maximum.

El dolor es un síntoma constante. Se irradia del hipogastrio al periné y la región lumbar. Aumenta en el momento de orinar. En la cistitis del cuello, que es muy frecuentemente blenorragica, el dolor aparece y se exagera al espelar las últimas gotas, sobre todo.

En las cistitis el dolor es sordo, continuo y profundo.

En las cistitis producidas por las cantaridas el liquido urinario contiene falsas membranas.

El tratamiento general tiene aquí grande importancia. Se suprimirán en la alimentación los platos fuertes, las salsas, la pimienta, los excitantes todos, la caza, las carnes y pescados grasos, los espárragos, las acederas, los frutos ácidos y las bebidas alcohólicas todas. Se evitará, con cuidado, todo exceso, fatiga, vigilia y enfriamiento.

Se impondrá, a fin de diluir la orina, el régimen lácteo y tisanas diuréticas como la de grama, de pedunculus de cereza, estigmas de maíz y cebada, alcalinizadas y edulcoradas con horchata; y mejor aún con aguas minerales alcalinas como Vichy y Vals.

Al principio no deben usarse los balsámicos. En cambio son útiles los antisépticos al interior, sobre todo, el salol a la dosis de 4 a 5 gramos diarios.

La indicación de los balsámicos se presenta cuando los primeros síntomas pierden su violencia. El sandalo en cápsulas y a la dosis de 6 a 8 gramos al día es muy eficaz. La trementina lo es menos. Los baños generales procuran buen alivio, mejor que los de asiento; y lo mismo pasa con las cataplasmas

laudanizadas aplicadas sobre el hipogastrio. De las sanguijuelas se hará uso en casos muy agudos o complicados con inflamación de la próstata. Se aplicarán 15 o 20 sanguijuelas al periné.

Una de las principales indicaciones es calmar el dolor; lo cual se puede intentar con enemas para retener, que contenga cada uno de 2 a 4 gramos de hidrato de cloral en 150 gramos de agua de malvas o malvavisco con una yema de huevo emulsionada y 10 gotas de láudano; con supositorios que contengan cada uno de 1 a 3 centigramos de morfina o de extracto tebaico, de 2 a 5 centigramos de extracto de belladona y 1 a 2 centigramos de cocaína; pero, en caso de dolores violentos, una inyección subcutánea de morfina es mejor.

Durante el periodo agudo no se lavará la vegiga.

Cistitis crónica.—Se dará la misma alimentación que en la aguda. Se darán, para beber, aguas minerales alcalinas débiles, como Sobrón, Solares, Dama Iturri, españolas, y Evian, francesa.

Se darán los balsámicos bajo la fórmula de jarabe o cápsulas de trementina, sandalo, brea, copaiba y areol.

En vez de las cápsulas de sandalo se pueden prescribir píldoras como las siguientes:

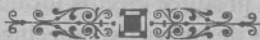
De trementina de Venecia	}	a a 10 centigramos.
De extracto de quina		
De magnesia calcinada		

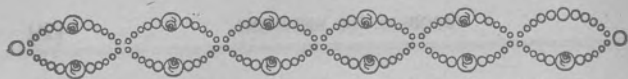
Mézclese para una píldora. Se tomarán de 6 a 10 diarias.

El ácido benzoico y el benzoato de sosa se asociarán con utilidad a los balsámicos.

Los lavados estarán indicados en casi todos los casos.

Para practicar un lavado vesical se usará una sonda de goma de calibre número 18 a 22. Como aparato inyector se usará la jeringa de Guyón. Después de introducida la sonda, se adapta a su pabellón el extremo de la jeringa y se hace funcionar sin violencia, pero con alguna energía, para producir un chorro rápido, retirando enseguida la jeringa, para dar salida al líquido. La cantidad inyectada no pasará nunca de 50 a 80 gramos o algo más. Se usará la solución de nitrato argéntico al 1 por 1000. Siempre, después de un lavado de la vegiga, de dejará en su interior algunos gramos de un líquido antiséptico. Puede servir la disolución de ácido bórico al 4 por 1000.





CAPÍTULO LVIII

ENFERMEDADES VENÉREAS Y SIFILÍTICAS

La circunstancia de ser la sífilis y la lepra enfermedades extendisimas en China, cuyo gérmen lleva el chino a todas partes, siendo y constituyendo un terrible peligro de infección, exige que nos ocupemos, aunque brevemente, de esta verdadera y sucia plaga, que solo por caridad puede abordarse.

Las enfermedades venéreas dependen primitivamente de las relaciones sexuales. Siguiendo las doctrinas del célebre Doctor Erichsen, que son las que siguen la generalidad de los médicos, consideraremos estas enfermedades, y las estudiaremos bajo el concepto de ser dos afecciones distintas, comunicables ambas por contagio; pero diferentes por sus caracteres; pues una es afección puramente local, al paso que la otra nó solo produce efectos locales, sino que por la introducción de un virus específico en el organismo, infecta la constitución de los que la padecen. Las puramente locales son dos: la blenorragia y el chancro blando o no infectante. La general, o sea la sífilis, reconoce como manifestación primitiva el chancro duro o infectante.

Describiremos estas enfermedades en el orden y forma siguiente:

- 1.° La blenorragia y blenorrea.
- 2.° La úlcera o chancro blando, contagioso local.
- 3.° La sífilis.
- 4.° La sífilis de la niñez. Adquirida. Hereditaria.

I

LA BLENORRAGIA Y BLENORREA.

La palabra blenorragia se aplica generalmente a la forma aguda. Cuando va adquiriendo la forma crónica suele darsele el nombre de blenorrea. Es la blenorragia una afección específica, que se acompaña de inflamación y de un flujo mucopurulento abundante. Interesa generalmente la uretra; pero puede extenderse más, lo mismo en el hombre que en la mujer.

La blenorragia es una inflamación muy infectiva; al parecer, resultado de la falta de higiene. Se cree haya tenido su origen en la mujer. El virus de la blenorragia difiere del de otras enfermedades análogas; y contiene micrococos a los que se atribuye el carácter infectivo. Se les llama *gonococos*. La blenorragia tiene un periodo de incubación largo, y se propaga rápidamente, siendo contagiosa en alto grado. Una de sus manifestaciones más graves es la oftalmia, que se presenta bajo la forma de conjuntivitis blenorragica, que si no se atiende rápida y enérgicamente llega hasta la pérdida de la vista.

Los síntomas de la blenorragia en el hombre pueden dividirse en tres periodos: periodo de incubación, periodo inflamatorio agudo y periodo crónico.

El primer periodo suele principiar de los tres a los cinco días de la infección con calor, prurito e irritación general, locales. Los labios del meato están algo rojos y tumefactos, y al exprimir la uretra exuda algo de moco. Este periodo dura tres o cuatro días, y a veces algo más.

El periodo agudo o inflamatorio es el más molesto. En él se hace el flujo abundante y de color amarillo verdoso; hay dolor fuerte al orinar, mucho calor y escozor, y la orina, que sale en un chorro menor, se expulsa con frecuencia. La uretra está tumefacta y dura. A medida que avanza la enfermedad y se interesa la porción bulbosa de la uretra, se nota peso y tensión en el periné. Si se afecta la porción prostática, suele haber calor y peso al rededor del ano. Durante este periodo hay bastante perturbación general, y fiebre. Uno de los síntomas más molestos de este periodo es el que llaman *garabatillo* que consiste en erecciones dolorosas por la noche, con torcedura del pene, que suele encorbarse hacia abajo. Son las blenorragias que toman esta forma las llamadas vulgarmente *purgaciones de garabatillo*. El periodo crónico principia después de unos quince días que suele durar la agudeza de los síntomas. Es el llamado de inflamación subaguda o crónica, durante el cual van desapareciendo, poco a poco, los síntomas inflamatorios; pero queda un flujo mucopurulento con cierto grado de calor e irritación al rededor de la uretra y

algo de escozor el orinar. Este flujo puede desaparecer con tratamiento conveniente en tres o cuatro semanas. Si se abandona puede durar mucho, y entonces es cuando la blenorragia recibe el nombre de *blenorrea*. Pero mientras dura el flujo, permanece el carácter contagioso, aunque se halle muy disminuído, casi nulo.

Es una enfermedad persistente y difícil de curar, y siempre muy contagiosa. El flujo de la blenorrea es en general, poco abundante, y el tratamiento difiere un tanto del de la blenorragia.

El tratamiento de esta varía según el periodo en que se halle, y según el grado de inflamación.

Han caído en desuso los antiguos tratamientos abortivos y por dosis grandes de copaiba. Ante todo, en el primer periodo no es posible saber si se trata de una uretritis simple o de una blenorragia específica.

En el periodo inflamatorio agudo acompañado de calor, tumefacción del órgano, gran ardor al orinar y derrame mucopurulento abundante, el tratamiento debe ser antiflogístico y proporcionado al caso. Si es grave, serán de gran alivio los baños de medio cuerpo, o de asiento calientes, y los fomentos con infusiones de adormideras. Deben darse al enfermo en abundancia bebidas atemperantes, como agua de cebada con carbonato potásico disuelto en ella en dosis de uno a dos gramos por litro. Deben estimularse las funciones de la piel, y las intestinales, y administrar, una noche sí y otra no, una píldora de azul de metileno formulada así:

De azul de metileno, 8 centigramos.

Talco, 10 centigramos.

Lanolina, cantidad suficiente.

Mézclese y hágase una pildora. Háganse 20 iguales.

Y cada cuatro a seis horas se dará otra dosis de un polvo compuesto de cuatro gramos de sulfato de magnesia, 25 centigramos de nitro, y medio centígramo de tártaro emético, disuelto en un medio vaso de agua. Deben evitarse todos los estimulantes alcohólicos, las especias, los alimentos salados y el café, limitándose la alimentación a caldos o leche y permaneciendo el enfermo en cama; con lo cual disminuye la inflamación, se hace más claro el flujo y se alivia el escozor al orinar.

Durante este periodo se emplean las candelillas de yodoformo y eucaliptus. Se componen de lo siguiente: yodoformo 25 centigramos, aceite de eucaliptus 10 gotas, aceite de cacao 1 gramo y 75 centigramos. Para ponerlas se hace orinar al enfermo, para limpiar la uretra; se moja la candelilla en una disolución de ácido fénico al 1 por 20 y se introduce rápidamente para que no se ablande con el calor de los dedos, en la uretra.

Debe empujarse con un mango de pluma hasta que desaparezca en el interior de la uretra. Y sobre la extremidad del pene se coloca una pelota de algodón hidrófilo yodofórmico o salicílico que se sujetará con aglutinante; y se recomienda al enfermo que contenga la orina lo que pueda. Las candelillas se seguirán usando dos o tres días, una cada 24 horas. En los

intervalos se hará alguna inyección de cloruro de zinc con 10 centigramos por 30 gramos de agua. Con estos medios la curación se obtiene pronto.

Cuando la afección llega al tercer periodo puede emplearse el tratamiento específico que no se podía emplear antes, pues en el periodo inflamatorio aumentaría la inflamación y las molestias. Y aquí debe vigilarse su acción para suspenderle en cuanto se observe aumento en la irritación.

La copaiba y la cubeba son los medicamentos universalmente usados en el tercer periodo de la blenorragia. La copaiba es el menos irritante, y por eso, el preferido. Puede administrarse en varias formas; pero la de cápsulas es la más aceptable por el gusto nauseabundo que tiene y que se disfraza así. También es un excelente medio de administrarla haciendo con la copaiba y la magnesia calcinada una especie de pasta de la cual se da al enfermo tres gramos, tres veces al día, en un bolo envuelto en hostia.

Es aún preferible asociar la copaiba a la cubeba, poniendo media onza (15 gramos) de cubeba en polvo en un mortero y mezclándola con suficiente cantidad de copaiba hasta formar una masa dura, de la cual puede tomar el enfermo 3 gramos bajo la forma de bolo, como el anterior, tres veces al día. Pero no debe usarse esta medicación hasta que hayan cesado los síntomas inflamatorios activos.

Desde el tercer periodo de la blenorragia pueden emplearse con resultado las inyecciones, que seguramente evitan las estrecheces que se forman cuando la blenorragia se prolonga durante mucho tiempo. Se-

gún va desapareciendo el ardor de la orina, pueden usarse las inyecciones emolientes o ligeramente astringentes. La mejor es la siguiente:

De cloruro de zinc, 10 centigramos.

De agua, 360 gramos.

De extracto de belladona, 6 gramos.

Mézclese para usar frecuentemente durante el día.

La inyección de acetato de plomo a la dosis de 5 a 10 centigramos por cada 30 gramos, suele ser útil. Si produce irritación, pueden añadirse de 10 a 15 centigramos de extracto acuoso de opio.

Según va cediendo la afección se emplearán astringentes más fuertes, y entonces pueden añadirse 5 a 10 centigramos de acetato de zinc para cada 30 gramos de la inyección o emplear una disolución débil de sulfato de zinc (10 centigramos por cada 30 gramos) o de nitrato de plata (1 centígramo por cada 30 gramos).

Durante este tiempo se prohibirán todos los estimulantes. Las inyecciones se suspenderán en cuanto desaparezca el flujo. La manera de hacer la inyección es importante. Debe usarse una jeringa de cristal con la punta redonda y lisa. Sentado el enfermo en el borde de una silla, introducirá con cuidado la punta de la jeringa entre los labios de la uretra y empujará la inyección poco a poco.

La blenorrea presenta grandes dificultades para su curación. No solo hay que atender a la administración de los medicamentos, sino al régimen. A veces

ya curada la infección, la hacen volver a aparecer los excesos en la mesa y sobre todo el abuso de la cerveza o de los vinos ácidos o espumosos. El tratamiento local requiere también cuidados.

El sulfato de cobre es útil empezando por disoluciones de 2 centigramos por 30 gramos, aumentando la dosis hasta 5 y 10 centigramos. El ácido tánico en la proporción de 10 a 20 centigramos por 30 gramos de agua, suele contener el flujo. La combinación de la copaiba y de la cubeba pueden conseguir la curación. La existencia de verrugas en el orificio de la uretra podrá, si no se quitan pronto, sostener el flujo. Cuando la afección se ha hecho muy crónica, será difícil la curación. Sin embargo, la introducción de una candelilla será muy conveniente.

El Doctor Desormeaux recomienda el uso de una solución muy concentrada de nitrato de plata aplicada valiéndose del endoscopio o del inyector Guyón; instrumento que consiste en una sonda perforada en su extremidad y provista de una jeringuilla. Por medio de ella se inyectan unas cuantas gotas de una solución de nitrato de plata de 50 centigramos a 1 gramo de nitrato de plata por 30 gramos de agua destilada. En cuantas inyecciones o soluciones entre el nitrato de plata, siempre se prepararán con agua destilada. Siempre es algo expuesta esta inyección, en particular si el enfermo no está quieto durante algún tiempo. Debe procurarse que orine antes de la inyección y después tomar durante unos días una inyección astringente débil, y después la introducción de candelillas para terminar la curación.

El tratamiento de la blenorrea puede resumirse en lo siguiente.

Debe reconocerse bien al enfermo por si hay algún estado general como escrófulas, reumatismo u otro que pueda servir de guía.

Debe examinarse el orificio de la uretra por si hay verrugas, para tocarlas con nitrato de plata. Si no las hay, convendrá administrar la copaiba y cubeba e insistir en las inyecciones recomendadas en el periodo crónico de la blenorragia. Y si es necesario, se acudirá a las candelillas o a las inyecciones de nitrato de plata con el instrumento de Guyón.

Complicaciones de la blenorragia.—Casi siempre se presentan complicaciones en ella. Las más importantes y graves son la conjuntivitis blenorragica, las erecciones dolorosas, el fimosis, la inflamación del cuello de la vegiga, las hemorragias, y la epididimitis. La conjuntivitis blenorragica es una afección grave y muy peligrosa. Es una de las formas de oftalmia más destructoras que suele dar origen en el espacio de 48 horas a una inflamación de la cornea con opacidad y reblandecimiento de la misma, seguido de estafiloma, (tumor de la cornea y salida de los humores del ojo).

La mayor parte de las veces ataca un solo ojo. Comienza como comienzan las conjuntivitis, con hinchazón y picor de los párpados, color rojo de la conjuntiva, secreción muco-purulenta y gran lacrimo. Es necesario tratarla muy a tiempo; porque sino, dejará, de seguro, consecuencias irreparables. Es eminentemente contagiosa, y exige un gran conjunto de

precauciones, de las cuales son las principales, el aislamiento del enfermo, cuidados constantes de limpieza, desinfección de las manos de cualquiera que toque los ojos enfermos, prohibición de todo paño y esponjas que se reemplazarán con algodón hidrófilo que se quema cuando ha servido, pincel y objetos de apósito para usar solamente el enfermo, que se tendrán sumergidos en un líquido antiséptico. Si un solo ojo es el atacado, es necesario cuidar del otro, protegiéndole con un apósito antiséptico que se levantará con cuidado, dos veces al día. Se lavará con solución de sublimado al 1 por 3000, sin alcohol, antes de ponerle el apósito. Se tendrá cuidado que el enfermo se acueste del lado enfermo, para que el pus no corra al ojo sano. También se puede emplear para los lavados antisépticos el oxicianuro de mercurio al 1 por 5000, y el nitrato de plata cristalizado al 1 por 500.

El tratamiento de esta peligrosa enfermedad debe ser muy enérgico. Debe tenerse al enfermo en una habitación oscura, con moderada alimentación. El nitrato de plata cristalizado es el agente de curación más activo. Debe advertirse el peligro grande de contagio que corren las personas que están en contacto con el enfermo. Todos adaptarán cuidados minuciosos de limpieza y de antisepsia rigurosa. El enfermo debe lavarse las manos antes y después de cada cura.

El ojo enfermo se tratará de la siguiente manera: Si no existen complicaciones por parte de la cornea, y si la conjuntiva no presenta más que una inflamación moderada con coloración purpúrea y secrección pu-

fulenta moderada, se recurrirá a las cauterizaciones con el nitrato de plata cristalizado al 1 por 100 y aún al 2, aunque suele ser mejor al 1, siguiendo atentamente la evolución de la enfermedad. Practicar la eversión de los párpados; quitar con un tapón de algodón hidrófilo el pus que cubra la conjuntiva, y después pasar sobre toda la superficie hasta los pliegues de los fondos de saco un pincel de pelo de tejón impregnado en la solución de nitrato de plata. Hacer la cauterización sin timidez y prolongarla hasta que toda la mucosa esté blanca. Entonces se neutraliza, pasando otro pincel mojado en agua salada al 1 por 100, el exceso de cáustico y se deja a los párpados tomar su posición normal. Se repiten las cauterizaciones cada 12 horas; y solo en los casos ligeros se esperarán 24.

Las cauterizaciones de que hemos hablado antes de esta eversión de los párpados y empleo de los pinceles, se harán poniendo dos gotas de la solución al 1 por 100, y dos veces al día también, en el ángulo interno del ojo, a la vez que se mantienen seguidamente cubiertos los párpados con compresas mojadas en una solución tibia de ácido bórico al 2 por 100 o al 3, lavando antes por medio de inyecciones tibias de lo mismo la secreción purulenta. En lugar del ácido bórico se ha ensayado recientemente con éxito una solución muy débil (al 1 por 500) de sublimado. A medida que la inflamación disminuye, deben emplearse lociones de belladona de la siguiente fórmula:

Hojas de belladona, 2 gramos.

Agua, 200 gramos.

Infúndase las hojas en el agua, cuélese y añádase: De agua destilada de laurel cerezo 2 gramos.

Puede entonces suspenderse, poco a poco, el uso del nitrato de plata. En el caso de complicaciones de la cornea, deben preferirse los lavados con solución de permanganato de potasa al 1 por 5000 y continuar las cauterizaciones como queda dicho.

El tratamiento debe seguirse, espaciando las curas primero cada 24 horas y después cada 48, continuando las cauterizaciones en tanto que persista la secreción de pus, aunque sea, en pequeña cantidad, y cuando la secreción haya desaparecido, se empleará para lociones una solución de sulfato de zinc al 1 por 500.

En el caso que se presenten complicaciones por parte de la cornea, debe preferirse para los lavados la solución de permanganato de potasa al 1 por 5000, y continuar las cauterizaciones como queda indicado, e instilar en el ángulo interno del ojo, dos veces por día, una o dos gotas de la solución de eserina al 2 por 100.

Y siempre recomendar y advertir a todas las personas que asistan y curen al enfermo extremo cuidado por la gran contagiosidad y lo peligroso y grave de la enfermedad.

Las erecciones dolorosas son un síntoma muy penoso que se presenta por la noche. La mejor manera de combatirle es la aplicación del frío al órgano, administrando al enfermo, al acostarse, una píldora compuesta de 5 centigramos de opio y 5 de alcanfor. Pero es mejor el supositorio del Doctor Ricord, com-

puesto de 50 centigramos de alcanfor y 5 de extracto acuoso de opio, que se introduce en el recto una hora antes de acostarse el enfermo.

El fimosis no tiene otro tratamiento que la circuncisión.

La inflamación del cuello de la vegiga con disuria y estranguria, es una complicación frecuente. El síntoma culminante de esta complicación es la frecuencia de la micción, acompañada de dolor muy fuerte. En la forma aguda se aliviará con la aplicación de una docena o docena y media de sanguijuelas al periné, baños y fomentos calientes y el uso de los polvos de Dower. Si fuera muy intenso el dolor, puede aplicarse al recto un supositorio con morfina.

Las hemorragias por la uretra pueden sobrevenir como consecuencia de la rotura de algunos vasos sanguíneos del cuerpo esponjoso, fácil en las erecciones de la blenorragia de *garabatillo* y también como consecuencia de tentativas para introducir la sonda. Pueden combatirse con la aplicación del hielo; y si la hemorragia fuese abundante, con la introducción de una sonda gruesa y la compresión por medio de un vendaje.

La epididimitis es frecuente. Casi siempre afecta un solo testículo, y raras veces se manifiesta antes de la tercera semana. Su tratamiento es el antiflogístico. Cuando haya mucho dolor es utilísima la sangría local con sanguijuelas, o mejor punzando algunas venas del escroto con lanceta, estando en pie el enfermo, y después aplicar fomentos calientes que seguirán aplicándose para que sangren.

El enfermo se quedará en cama, con una almohadilla entre los muslos y aplicándosele fomentos calientes, y por la noche una untura con una pomada compuesta de partes iguales de glicerina y belladona. Pero si no bastase, podría aplicársele el frío por medio de hielo machacado, en una vegiga o por el agua de vegeto fría.

II

CHANCRO BLANDO.

El chancro blando, simple o no infectante, o úlcera contagiosa local es una llaga cuya forma y aspecto es característico, aunque ofrece variedades según el sitio y circunstancias individuales. Pero siempre conservando el carácter de específica, originada por contagio, y capaz de propagarse de la misma manera. Ordinariamente se presenta sobre las superficies mucosas, como menos protegidas que la piel, en la cual se observa muy pocas veces.

Solo en el pleno periodo de su evolución es transmisible. Y ya no lo es, ordinariamente, cuando desaparece el pus y entra la úlcera en vías de reparación. La lesión es limitada, y comprende no solo la úlcera, sino la región inflamada al rededor de ella. A veces, cuando el chancro reviste la forma llamada gangrenosa o fagedénica se extiende más, no solo en profundidad sino en superficie, lo cual se atribuye a mayor virulencia del virus, y produce más destrucción de tejidos. El alcohol, el sublimado y otras sustancias destruyen su virulencia.

El chancro se contrae durante el acto sexual con persona ya infectada. Pero también puede contraerse de otras maneras, en que se ponga en contacto el pus con una superficie susceptible de ser infectada, tal como una mucosa, pues por la piel es poco posible. Empieza por una pequeña escoriación. A veces por una pequeña pústula que se rompe, dejando ya la úlcera. Otras veces, cuando se observa, está ya la úlcera formada. Desde la infección suele tardar de 4 a 6 días en formarse la úlcera. A veces algo menos. El sitio ordinario, casi constante del chancro blando, es los órganos genitales. Pero también puede, aunque raras veces, presentarse en otros sitios a donde haya podido ser llevada la infección, como la boca, v. gr.

El chancro presenta, como he dicho, algunas variedades. Son las principales las siguientes:

El chancro simple o escoriación chancrosa. Es la forma más frecuente. Consiste en una o más ulceritas de forma redondeada y bordes como cortados a pico, aunque alguna vez aparecen con forma superficial como una escoriación. Su superficie se presenta de color gris sucio o amarillento; es blando, no indurado; sus bordes presentan una aureola rojiza, y son asiento de sensación de calor y picor. Por lo regular estas úlceras asientan en el surco balano-prepucial o al rededor del glande; y como tienen gran tendencia a multiplicarse, suelen a veces cubrir todo este.

Van acompañados estos chancros de inflamación y edema en los alrededores, que dan lugar al fimosis, o cierre del prepucio con producción de gran cantidad de pus.

Chancro gangrenoso. Es resultado ordinario de la falta de limpieza y del estancamiento del pus. Es más frecuente en jóvenes débiles y de mala constitución. Se pone el pene rojo muy hinchado y duro, y por bajo del prepucio se segrega un pus sucio y fétido; y no tarda en presentarse en él un punto negrozco que se extiende, formándose escaras negras que dejan una abertura que da lugar a la salida del pus y produce algún alivio. Otras veces la destrucción no se limita al prepucio; invade el glande y deja al descubierto los cuerpos cavernosos, produciéndose hemorragias; otras veces llega también a perforarse la uretra. Después que se desprenden las escamas, viene pronto la cicatrización.

Chancro fagedénico. Este no es debido a la falta de limpieza. Algunos autores le consideran siempre sífilítico, pues va frecuentemente seguido de síntomas secundarios. El carácter fagedénico puede presentarse desde el principio o aparecer más tarde. Está caracterizado por marcada tendencia a la corrosión con destrucción de las partes que invade, lo cual da lugar a pérdidas muchas veces considerables e importantes de órganos y tejidos. Este chancro destructor es más frecuente en escrofulosos y personas aniquiladas y debilitadas por excesos o falta de alimentos. El sitio ordinario de su presentación es en los órganos genitales, y lo más frecuente, en el ángulo entre el prepucio y glande y en el frenillo. Estos son los que con más frecuencia son gangrenosos, y tienen gran tendencia a destruir dicha membrana, y a menudo producen hemorragias.

TRATAMIENTO.—El tratamiento de estas enfermedades tiene que ser local y general. El local se dirige a destruir o modificar el carácter específico de la úlcera. El medio más eficaz para ello es el uso del yodoformo, que puede curar el chancro blando en 8 a 10 días. Debe usarse el yodoformo cristalizado que es más suave y más seguro que el precipitado. Se usa echando sobre la úlcera una pequeña cantidad dos veces al día, y poniendo luego sobre ella un poco de algodón yodofórmico, o simple, si no hubiera aquel.

Al hacer las curas, debe lavarse la úlcera con agua hervida tibia. El yodoformo tiene el inconveniente de su olor y de que, si ha de usarse en una superficie algo grande, y el paciente es de alguna edad, es necesario tener en cuenta que puede dar lugar o intoxicación que suele manifestarse por inapetencia y catarro gástrico y, si se acentúan más, por agitación, alucinaciones y delirio. Por eso debe usarse moderadamente y en caso de reproducirse esos fenómenos, dar al enfermo un purgante, agua bicarbonatada en bebida y suspender el yodoformo.

Se recomienda también en vez del uso del yodoformo en polvo, la pasta *yodo-carbónica*, que se compone de lo siguiente:

De yodo finamente pulverizado, 3 gramos.

Carbón vegetal, 6 gramos.

Glicerolado de almidón, 6 gramos.

Glicerina, 3 gramos.

Aceite de espliego, 20 gotas.

Mézclese.

O la siguiente, que también es muy útil:

De yodoformo, 4,50 gramos.

Aceite de eucaliptus, 30 gramos.

Aceite de olivas, 150 gramos.

Mézclese.

Estas dos fórmulas tienen la ventaja de que en ellas se enmascara bastante el olor del yodoformo. Pero son más eficaces las curas con el yodoformo cristalizado.

Cuando no se disponga de yodoformo, debe destruirse la úlcera simple con los cáusticos. Entre estos debe preferirse el ácido nítrico concentrado; y ordinariamente basta una aplicación para destruir el carácter específico de la úlcera. Debe aplicarse por medio de un palito o varilla de cristal, frotando la úlcera. Se pasa después una corriente de agua, para arrastrar el ácido sobrante y se coloca una cura húmeda.

Después de cauterizado el chancro y cuando se haya desprendido la escara, empieza el brote de granulaciones, y ya no necesita más que curas sencillas. A veces no pasan las cosas tan fácilmente y sigue reinando la malignidad que sigue exigiendo curas especiales para lograr la cicatrización.

Si la úlcera es fungosa, es muy útil la aplicación de una loción astringente como la siguiente:

De tanino, 1 gramo.

Tintura de espliego compuesta, 6 gramos.

Vino tinto, 120 gramos.

Mézclese.

Siempre que se hagan lociones en estas enfermedades se procurará mantener separadas las superficies carnosas por medio de una gasa colocada entre ellas, porque el contacto de las superficies inflamadas es perjudicial.

En casos que haya mucha inflamación debe procederse a la aplicación de los cáusticos, y curas húmedas con agua de vegeto.

Si hay fimosis con mucha secreción de pus, debe incindirse el prepucio para dejar el chancro al descubierto y poderle curar.

Puede hacerse de la manera siguiente: Se incinde el prepucio con tijeras por su cara dorsal, y se termina escindiendo los dos colgajos. Y antes de hacer esta excisión de los colgajos y después de la incisión dorsal y ya puesto el chancro al descubierto, se lavan glándula y prepucio con la solución fenicada al 5 por 100, y se mojan las úlceras con la solución de cloruro de zinc en proporción de 2 gramos de cloruro por 30 de agua. Limpiado todo bien de este modo, se termina la circuncisión. Se ligan los vasos que dan sangre, se espolvorea todo con yodoformo, y se envuelve en algodón yodofórmico.

Si los chancros asientan al rededor de la abertura estrecha de un prepucio largo, la circuncisión es el mejor medio para combatir la enfermedad.

En el chancro gangrenoso, cuando el fimosis inflamatorio tome el color rojo obscuro, amenazando la gangrena, por medio de una sonda que se pase entre prepucio y glándula, se incinde aquel. El chancro fagedénico se trata por el yodoformo. Pero si éste no da

resultado, y no debe esperarse mucho, porque éste avanza rápidamente, se emplea entonces el bicloruro de mercurio (10 centigramos en 30 gramos de agua) o algo más diluido. Y si no se obtiene resultado, se empleará el ácido nítrico concentrado, curando después la úlcera con el ácido nítrico diluido y una loción opiada.

TRATAMIENTO GENERAL.—La úlcera simple blanda no requiere más tratamiento general que el higiénico.

En el chancro *gangrenoso* en el que ocurre con frecuencia la acumulación de las secreciones por razón del fimosis, los trastornos desaparecerán en cuanto desaparezca esa acumulación mediante la incisión; en tal caso convendría también un régimen fortificante, con buena alimentación, limpieza y administración de la quina. Si hay dolor debe de calmarse con el opio. También convendrá administrar como tónicos el hierro y la quinina.

En el chancro *fagedénico*, estarán indicados el hierro y la quina, la buena alimentación y los estimulantes junto con el opio para aliviar el dolor. De las preparaciones de hierro las más convenientes serán el citrato amoniacal y el tartrato.

Aún cuando se presente el *fagedenismo* en una úlcera *sifilítica*, casi nunca está indicado el mercurio.

El *bubón* y las verrugas son las afecciones consecutivas más frecuentes con el chancro blando.

El *bubón* es una inflamación de un ganglio linfático que termina ordinariamente por supuración.

Generalmente se presenta en la ingle; pero aun-

que, poco frecuente, puede presentarse también en la axila y en otros sitios. Ordinariamente, solo supuran uno o dos ganglios. Pero pueden infartarse varios, y la afección, por lo regular, se limita a una sola ingle.

Los bubones son simpáticos o simples: esto es, que no ha llegado al ganglio el virus específico; o *virulentos* determinados por la absorción directa del virus específico del chancro. El pus de un bubón virulento es tan inoculable como el de un chancro ordinario. Aunque al principio sea poco posible distinguir un bubón simple de un virulento, cuando, formado el pus se incinden, ya se notan diferencias. La cavidad abierta de un bubón simple no presenta nada que la diferencie de un absceso ordinario. En el virulento sus paredes están arrugadas y presenta un aspecto como gangrenoso, tendiendo la úlcera a extenderse. El bubón se presenta, por lo regular durante la segunda o tercera semana de la aparición del chancro; a veces después.

El tratamiento del bubón consiste primero en procurar impedir la supuración, y si esto no es posible, dar salida al pus. El tratamiento preventivo estriba en el reposo completo de la parte y en la aplicación de sanguijuelas y de lociones de agua de vegeto fría. Es necesario tener presente una cosa muy importante, y es que las picaduras de las sanguijuelas pueden ser infectadas por el pus chancroso y convertirse en verdaderos chancros. El medio de evitar este peligro es cubrir las picaduras con colodión y emplasto aglutinante.

Si hay mucho dolor, y si la piel está roja, fomen-

tos calientes y la aplicación de una pomada compuesta de partes iguales de extracto de belladona y glicerina; serán los medios mejores de tratamiento.

Si el bubón es indolente con poca tendencia a la supuración, la aplicación de la tintura de yodo puede ser útil.

Si a pesar de estos medios se forma el pus, es necesario darle salida pronto, antes que la piel se adelgace demasiado.

Después de abierto el bubón, se le debe curar introduciendo hasta su fondo algodón o gasa salicílica o yodofórmica.

Si la cavidad presenta aspecto chancroso y es irregular, con bordes rojos y mal carácter, se debe tratar por medio del yodoformo, del mismo modo que el chancro. Si al abrir el bubón se encuentra un ganglio unido aún a las paredes de éste, será mejor sacarlo empleando el mango del bisturi, porque si se deja, sostendrá la supuración tiempo.

Se recomienda abrir los bubones también por medio de varias punturas, manteniendo después, constantemente aplicada, gasa empapada en la locción siguiente:

Licor de subacetato de plomo, 1,50 gramos.

Alcohol rectificado, 30 gramos.

Agua, 360 gramos.

Mézclese.

VERRUGAS, VEGETACIONES.—Frecuentemente se presentan vegetaciones en la cicatriz de un

chancro o a su alrededor, por la irritación continua de las superficies cutáneas mucosas.

Son iguales a las de la blenorrea. Suelen presentarse en el prepucio o en el glande, y en el surco balano-prepucial. Son rojas y muy vasculares; y si no se las combate, crecen a veces mucho. Hay entonces fimosis, y pueden originarse la ulceración del prepucio por la tensión que ocasionan.

El tratamiento de ellas consiste en incidir el prepucio, si es que no puede descubrirse el glande, retrayéndole.

Se cortan luego las vegetaciones con tijeras, tocando después con nitrato de plata los puntos donde estaban y crecían.

A pesar de ello, pueden reproducirse. En tal caso curará esa tendencia la limpieza minuciosa y la aplicación de una pomada compuesta de vaselina y de una décima parte de extracto de belladona.

III

SÍFILIS

La sífilis es, como queda dicho, una enfermedad específica general dependiente de la inoculación de un virus que llega a infectar todo el organismo.

Se comunica por el contacto directo de la sangre o de las secreciones de una persona que padece sífilis, con una superficie escoriada de un individuo sano.

También los padres sífilíticos la transmiten a sus hijos. Es todavía desconocida la naturaleza del virus.

La sífilis, pues, puede ser adquirida o hereditaria.

Existen en la sífilis varios periodos de duración variable. El periodo de incubación que se extiende desde la inoculación a la aparición de los signos locales de la enfermedad, en el punto de infección. Su duración media es de veintitantos días por lo regular. La duración de los síntomas primitivos depende casi siempre del tratamiento; y rara vez se extiende más allá de un mes o mes y medio. Constituye el segundo periodo.

Comprende este periodo la presentación de la manifestación inicial característica, o sea el chancro duro, acompañado del infarto indolente de un grupo inmediato de ganglios linfáticos.

Durante el tercer periodo se manifiestan los llamados síntomas secundarios, que consisten en erupciones de la piel y membranas mucosas, ulceración de las amígdalas, psoriasis, iritis, alopecia, &c.

El cuarto periodo o sífilis terciaria comprende los efectos más remotos de la enfermedad, como la formación de gomas, ulceraciones profundas de la piel o mucosa y varias afecciones viscerales. Entre el periodo secundario y el terciario suele haber un intervalo de salud, durante el cual se dice que está latente la sífilis.

Esta enfermedad es transmisible por inoculación directa de todo líquido que contenga el virus específico y de padres a hijos. La secreción de la úlcera primitiva o chancro es inoculable. El contagio por las

secreciones de las úlceras sifilíticas secundarias está demostrado también. La secreción de los tubérculos mucosos de la vagina, del ano y de la boca es capaz de causar la infección. La sangre misma la ha causado algunas veces.

La inoculación del virus se verifica fácilmente por toda superficie desprovista de epitelio. Por una superficie epitelial intacta no se verifica. Es necesario que el epitelio haya desaparecido por escoriación, vesicación o ulceración. En la mayor parte de los casos se verifica durante el acto carnal. También se verifica con frecuencia por las secreciones de la boca, en la que puede haber ulceraciones. Y por lo mismo por las copas, cucharas y pipas. Los niños infectados la comunican a sus nodrizas por el contacto de la boca infectada, con el pezón del pecho. En las manos reciben la infección fácilmente los cirujanos y comadronas al curar un sifilitico o asistir al parto de una mujer infectada. También se puede transmitir la sífilis vacunando con linfa tomada de un niño sifilitico.

Segundo periodo.—La manifestación inicial de la sífilis toma dos formas: la pápula escamosa y el chancro indurado. La pápula escamosa se presenta en el sitio de la inoculación como un punto de color rojo obscuro o cobrizo, elevado sobre la superficie con ligera escamación del epitelio. Es al principio muy pequeña; pero puede crecer hasta alcanzar el diámetro de media pulgada. Es duro y denso, con bordes cortados a pico, indolente, sin producir más que ligera picazón.

Se ulcera fácilmente, convirtiéndose en chancro

indurado. El chancro indurado o Hunteriano empieza como una pápula, o también como una úlcera simple que se indura cuando pasa el periodo de incubación. Adopta dos formas que dependen del grado de induración. En una de ellas la ulceración es superficial y se extiende poco. Es difícil a veces descubrir la induración. Si la úlcera se conserva libre de irritación, la secreción es serosa; si se irrita, toma rápidamente el aspecto purulento. La úlcera superficial es la variedad más común de la manifestación inicial.

La segunda forma de úlcera indurada se presenta rodeada por una masa de induración que se extiende profundamente en los tejidos. Se eleva sobre las partes inmediatas y su superficie toma una forma cóncava como una copa. Los límites de la induración se encuentran bien definidos, y los tejidos inmediatos libres de inflamación. Esta úlcera es indolente, a menudo casi seca; presenta una ligera secreción serosa. Entre estas dos formas hay variedades en una manifestación. Es casi siempre única; y puede presentarse en varias partes del cuerpo, aunque su asiento ordinario es en los genitales. También se presenta algunas veces en la uretra, donde puede presumirse cuando el flujo es escaso, seroso y teñido en sangre. Los chancros faciales y labiales son más raros. En quien se presente la manifestación inicial, se presentarán de fijo síntomas secundarios.

La manifestación inicial, por si misma, tiende a desaparecer poco a poco, a no ser que la modifique el tratamiento; va desapareciendo la induración y cura la úlcera quedando una pequeña cicatriz; pero

no suele verificarse esto en menos de dos meses. También se presenta el bubón en estos casos. Es el bubón indolente, y sigue a la induración en el sitio inoculado. Aparece ordinariamente de ocho a doce días después de la manifestación inicial. Están ya infartados los ganglios cuando se observa por primera vez al enfermo. Este infarto es indolente, muy poco sensible y se endurecen en gran manera. La piel conserva su aspecto normal; y no hay a su alrededor inflamación pastosa. Solo cuando se irrita la úlcera y supura o a causa de algún ejercicio violento, viene a supuración esta inflamación o infarto indolente de los ganglios.

Marcha de la sífilis.—Después de presentarse la manifestación inicial, suele haber un intervalo de seis a siete semanas antes que aparezca ningún otro síntoma característico.

Durante este tiempo suele haber alteraciones en la salud general. El enfermo palidece y adelgaza. Son frecuentes los dolores neurálgicos y a veces hay fiebre, aunque ligera.

Al terminar este periodo, y aún antes de curar la úlcera primitiva, se presentan las manifestaciones secundarias de la enfermedad. Consisten estas en afecciones de la piel y mucosa, cuales son las siguientes: la *sifilide maculosa o roseola sifilítica* que se observa en piel y mucosas, y es la más frecuente y la primera de las afecciones cutáneas.

Sigue a esta la *sifilide escamosa o psoriasis sifilítica* una de las más precoces y frecuentes.

Si la erupción se presenta en un sitio húmedo,

como al rededor del ano, o en una membrana mucosa, suele pronunciarse la hipertrofia de las papilas dando lugar al tubérculo mucoso o condiloma plano.

Sigue a la sífilide escamosa, que alterna a veces con el condiloma plano, la sífilide papulosa que forma una placa dura, roja y elevada, aunque poco voluminosa, por lo regular, que a veces se confunde con la sífilide escamosa. Y aparece después la sífilide vesiculosa y posteriormente la pustulosa, erupciones sífilíticas que difieren en grado, pero no en naturaleza.

Las sífilides se presentan en todas partes del cuerpo, aunque algunas lo hacen más frecuentemente en sitios determinados; como la escamosa que se fija en las palmas de las manos, plantas de los piés y flexura de las articulaciones. Tienen también el carácter de no producir prurito o irritación ninguna, o muy poca. Tienen otra particularidad que las diferencia de las enfermedades comunes de la piel; y es que pueden existir a la vez varias formas de erupción.

Coexisten a veces erupciones cutáneas y lesiones en la garganta. La roseola de la piel existe a menudo con rubicundidez y sequedad de la garganta a la que sigue con frecuencia la ulceración de las amígdalas, simétrica y con bordes cortados a pico, y poco dolorosa.

Los demás síntomas pertenecientes al periodo secundario de sífilis son los dolores osteócopos, la alopecia, periostitis, la caries, necrosis e iritis; siendo los más constantes de estos síntomas, la roseola seguida de las sífilides papulosa y escamosa con ulce-

raciones de las fauces; la alopecia y periostitis menos frecuentes, y la iritis mucho más rara.

Durante las erupciones suelen presentarse en todo el cuerpo infartos con induración de los ganglios.

El periodo secundario dura de dos meses a un año o año y medio. En algunos casos suelen presentarse las afecciones terciarias antes de que desaparezcan los síntomas secundarios.

El periodo terciario se caracteriza por la aparición de úlceras en la piel y mucosas; por alteraciones degenerativas de los vasos sanguíneos y por gomas sífilíticas con tendencia a la degeneración rápida.

Entre las úlceras de la piel se distingue la que da lugar a la rupia. Empieza formándose una vesícula cuyo contenido es purulento. Se seca y forma una costra que, al desprenderse, deja debajo una úlcera circular sobre la cual se forma una nueva costra de capas sucesivas.

El producto patológico más característico de la sífilis terciaria es el *goma* que empieza por un proceso localizado y llega a adquirir tamaño a veces de una nuez y causa trastornos graves, incluso hasta la muerte, en especial cuando se fija sobre el cerebro o el hígado.

El pronóstico de la sífilis es grave e incurable, según algunos autores cuando se contrae después de los 40 años. Un tratamiento mercurial bien dirigido disminuye de manera notable la gravedad de la marcha de la enfermedad.

Tratamiento del periodo primario.—Es general y local. El tratamiento general le estudiaremos a la vez

que el del periodo secundario, pues es idéntico. El medicamento específico es el mercurio; hallándose sin embargo contraindicado en los individuos escrofulosos y en los que padecen tuberculosis aguda o nefritis parenquimatosa. Por eso, si hay sospecha de esta enfermedad se analizará la orina para ver si contiene albúmina, en cuyo caso, no se hará tratamiento mercurial.

El signo más marcado de la acción del mercurio es el efecto sobre las encías y la boca, y la primera señal de que el medicamento obra sobre el organismo es la aparición de una línea roja a lo largo de las encías cerca de los dientes.

Desde el principio se empleará una higiene rigurosa, vida tranquila sin excesos, buena alimentación y nada de alimentos excitantes ni alcohol. Debe suprimirse el tabaco también. Debe recordarse al enfermo frecuentemente que tiene enfermedad contagiosa.

Periodo secundario.—Es indispensable el tratamiento general. Durante los primeros meses es preciso administrar el mercurio siendo las preparaciones solubles las preferidas.

Cuando es posible el tratamiento por el tubo digestivo, se tomará por la mañana con leche una buena cucharada de las de sopa de licor de Van-Swieten. A los dos o tres días, si esa es bien tolerada, se tomará una segunda cucharada igual, siempre con leche un poco antes de comer.

Si el licor de Van-Swieten produce dolores de estómago o diarrea, se añadirá a cada cucharada de 10 a 30 gotas de elixir paregórico.

Si a pesar de esto el licor de Van-Swieten no puede ser tolerado, se apelará a las siguientes píldoras, aunque sus efectos son de menor intensidad que las soluciones.

De bicloruro de hidrargirio, 1 centígramo.

De extracto tebaico, 5 miligramos o 10 si es necesario.

De miga de pan, cantidad suficiente.

Mézcsele y hagáse una píldora. Se tomará una antes de cada comida.

Debe ponerse la menor cantidad posible de extracto tebaico, porque esta sustancia está destinada a combatir las molestias de estómago y la diarrea.

Si el tubo digestivo no puede tolerar el sublimado, se usará el protoyoduro de mercurio formulado de la siguiente manera, y dando una o dos píldoras al día.

De protoyoduro de mercurio, 5 centigramos.

De extracto de opio, 1 centígramo.

Mézcsele para una píldora, y repítanse varias.

O acaso mejor una cucharada o dos que pueden aumentarse hasta tres o cuatro al día de lo siguiente:

De biyoduro de mercurio, 20 centigramos.

De yoduro de potasio, 15 gramos.

De jarabe de azúcar, 500 gramos.

Mézcsele.

Siempre que se tome mercurio debe cuidarse mucho la boca; para lo cual se friccionarán las encías con el siguiente dentífrico varias veces:

De polvos de quina, 15 gramos.

De polvo de ratania, 5 gramos.

Mézclese.

Además conviene lavar varias veces al día la boca con una solución de clorato de potasa al 4 %.

El tratamiento mercurial se mantendrá los ocho o diez primeros meses de la enfermedad a pequeñas dosis durante 15 o 20 días de cada mes. Esto en el caso de que no haya accidentes visibles.

Si los hubiera, se administrará a dosis más fuertes por periodos de 20 a 25 días con intervalos de 8 días de descanso hasta la curación.

Cuando no es posible el tratamiento por el tubo digestivo, el método que debe preferirse es el de las fricciones, para lo cual se hará preparar ocho cajas a la vez, conteniendo cada una de 3 a 6 gramos de unguento napolitano, según la intensidad de los accidentes. La primera noche se jabonará con agua caliente y jabón suave la pierna izquierda desde la rodilla hasta el tobillo. Se secará enseguida; e inmediatamente tomando con la mano derecha el contenido de una de las cajas se friccionará con ello la expresada región jabonada durante ocho a diez minutos de manera que penetre bien la pomada en la piel. Enseguida se envolverá la región friccionada en un pedazo de franela, y se quedará así toda la noche. Al día siguiente por

La mañana se jabonará con agua caliente y jabón para limpiar bien la pomada.

La segunda noche se procederá de la misma manera con el muslo izquierdo. La tercera la pierna derecha. La cuarta el muslo derecho. La quinta se volverá sobre la pierna izquierda y así por el mismo orden se sigue hasta el octavo día.

Suspéndese entonces el tratamiento de ocho a quince días; y enseguida se emprende otra nueva serie igual de ocho días de fricciones, y así sucesivamente.

Si una de las regiones se enrojece e irrita, no se repiten las fricciones en este sitio. Se reemplaza por una de las siguientes:

Cara interna de los brazos.

Partes laterales del tronco.

No deben hacerse las fricciones en parte muy velluda. Deben hacerse con la mano cubierta de un guante de ante.

Durante el período secundario convendrá a veces dar el yoduro potásico; y la forma en que debe darse es la siguiente: Una solución de yoduro que contenga 20 gramos por 100 de agua destilada, y por consiguiente 1 gramo de yoduro por cucharilla de las de café de cinco gramos de capacidad, al día. Debe tomarse el yoduro siempre con leche en ayunas, o en las comidas con agua alcalina.

Si los fenómenos de intolerancia son muy notables se les podrá combatir añadiendo al yoduro arseniato de sosa o tintura de belladona.

Aunque los primeros meses de la sífilis no se acostumbra disponer el yoduro, se dará, sin embargo, al mismo tiempo que el mercurio, si la induración del chancro es muy acentuada, si los infartos ganglionares están muy desarrollados, si los accidentes secundarios no parecen ceder al tratamiento mercurial, y sobre todo, si el enfermo experimenta cefaleas sífilíticas, dolores periósticos de la tibia y otros y si presenta gomas precoces. En estos casos es absolutamente necesario la administración inmediata del yoduro de potasio a dosis de dos, cuatro y aún hasta seis gramos al día.

Tratamiento de los accidentes terciarios.—Se administrará inmediatamente el tratamiento mixto de mercurio y yoduro; teniendo presente que el mercurio está sobre todo indicado en las sífilides plásticas, y el yoduro de potasio en las ulcerosas; circunstancias que deben tenerse en cuenta para las dosis.

Se prescribirán las fricciones a la dosis de 4 a 6 gramos de unguento napolitano al día, durante ocho días; descansar seis y volverlas a emplear ocho días más, hasta la desaparición de los accidentes; y si las fricciones no son posibles, se dará el sublimado en solución a la dosis de 2 centigramos o 3 al día, según hemos dicho.

Sífilis hereditaria.—La madre de un sífilítico hereditario es la que debe amamantarle, pues no puede ser contagiada. Si ella no pudiese, se alimentará al niño con biberón o por medio de una cabra. Nunca por nodriza no sífilítica.

Cuando sea posible, y según la tolerancia del tubo

digestivo, se dará al niño de cinco gotas a una cucharilla de las de café al día de licor de Van-Swieten. Si se observan accidentes terciarios o viscerales graves, se probará asociar al mercurio el yoduro de potasio que se mezcla con la leche a dosis de 10 a 25 centigramos al día.

Tratamiento local.—El *chancro duro*, con el que habrá de tenerse mucha limpieza, se lavará mañana y tarde con algodón en rama, empapado en agua bórica o en una solución de sublimado al 1 por 1000. Se cubrirá la llaga con yodoformo; y si no es bien tolerado, con polvo de yodol, de salol o de aristol; y protégase con algodón en rama antiséptico.

El chancro fagedénico se curará localmente con lociones de agua boricada muy caliente; se tocará la ulceración con algodón en rama mojado en una solución de tartrato férrico potásico al 10 por 100; se cubrirá con polvo de yodoformo; y si es preciso, se cauterizará con el hierro rojo.

Accidentes secundarios.—Las erupciones sifilíticas cutáneas no ulcerosas se tratarán cuando revisten formas papulosas, tuberculosas o papulo-costrosas con lociones de sublimado al 1 por 1000 o con aplicaciones de óxido amarillo de mercurio al 1 por 40, especialmente cuando se presenten en la cara; y cuando se hallen en las manos se empleará esta misma pomada, mezclada con glicerolado de almidón, o una mezcla de vaselina y lanolina, y durante la noche se aplicarán pedazos de emplasto de Vigo; y lo mismo si se presentan en los pies o en las uñas.

Erupciones sifilíticas secundarias ulcerosas. (Pla-

cas mucosas cutáneas; condilomas planos).—Además de la más escrupulosa limpieza, se locionarán mañana y tarde los puntos enfermos con el licor de Labarraque; y se espolvorearán con el polvo de óxido de zinc y se cubrirán con trozos de algodón hidrófilo. Y si las lesiones tardan en curarse, se las tocará con el lápiz de nitrato de plata.

Lesiones sífilíticas secundarias de las mucosas. Sífilides bucales.—Se procurarán evitar todas las causas locales de irritación limpiando o arrancando los dientes enfermos o cariados; no fumando; abstenerse de alimentos muy calientes o irritantes o picantes. Se tocarán cada dos o tres días los puntos enfermos con un pincel mojado en una solución de nitrato de plata al 1 por 20 o al 1 por 10, o en una solución de sublimado al 1 por 100, o en una solución de ácido crómico al 1 por 10 o en una solución de yodo al 1 por 50 en glicerina mezclada con yoduro de potasio.

Un método excelente para las sífilides de la garganta es tocarlas cada dos o tres días con la solución de nitrato de plata al 1 por 20 y hacer gargarismos mañana y tarde con lo siguiente:

De sublimado, 10 centigramos.

De jarabe diacodión, 30 gramos.

De cocimiento de yerba mora, 170 gramos.

Mézclese.

Accidentes terciarios cutáneos. Se harán aplicaciones locales sobre la lesión específica. Cuando no está ulcerada o cuando la ulceración es superficial, se

cubrirá con emplasto de Vigo que se cambia cada 12 o 24 horas, después de haber hecho caer las costras con una cataplasma hecha con agua bórica. Cuando la ulceración es profunda, se aplicará yodoformo o aristol; y si la separación tarda, se tocará con tintura de yodo.

En las formas de las sífilis maligna casi fagedénicas, el tratamiento local tiene grande importancia. Se lavarán con agua bórica o fenicada al 1 por 40 y se aplicará el polvo de yodoformo; y si no es tolerado este, el aristol. En los casos rebeldes, se cauterizará con el hierro rojo (el termo-cauterio) después de lo cual se aplicará el yodoformo. Si el enfermo tolera el mercurio se practicarán lociones de sublimado al 1 por 500 y se aplica emplasto mercurial.

IV

SÍFILIS DE LA NIÑEZ

Puede ser adquirida o heredada. Esta es la que llaman heredo-sífilis.

La adquirida puede serlo en la primera o segunda infancia por contactos accidentales como besos, lactancia por una nodriza infectada, por la vacunación de brazo a brazo y por actos criminales.

La medicina de los niños ofrece en general muchas dificultades, y en particular la de que vamos a tratar llevando por guía al célebre Doctor Combn. Evolucionan la sífilis adquirida en el niño lo mismo

que en el adulto: chancro, adenopatía, roseola, placas mucosas, &c.

Se emplearán las fricciones mercuriales diarias y practicadas como luego diré empleando en cada una dos gramos de unguento napolitano; y más adelante el yoduro de potasio en dosis de uno a dos gramos en una poción, debiendo continuarse el tratamiento algunos años.

Cuando se tome una nodriza hay que asegurarse que el niño no lleva huella ninguna de sífilis, y el mismo examen debe sufrir el niño de ella si vive.

Se cuidará de no hacer la vacunación de brazo a brazo, si hubiese la menor sospecha; y además debe cuidarse mucho de la limpieza y esterilización de las lancetas y de todos los medios e instrumentos que se empleen en la vacunación.

Cuando en una familia se presenta en un niño alguna manifestación sífilítica debe impedirse todo contacto entre este y los demás niños, debiendo tener separado su vaso, su cubierto y demás cosas de su uso.

Heredo-sífilis.—La sífilis hereditaria causa con frecuencia la muerte del feto en el seno materno; y también la causa a muchos en la primera infancia.

La sífilis del niño puede proceder del padre, de la madre o de los dos. La madre por la influencia de la placenta se libra muchas veces de las manifestaciones que ofrece su hijo. y suele no adquirirlas aún mamando de ella un hijo infectado.

Aunque la sífilis es una enfermedad contagiosa e

inoculable es todavía desconocido el agente, como hemos dicho.

La sífilis hereditaria es precoz o tardía. La precoz se manifiesta desde el nacimiento, o en los primeros meses por pénfigo palmar y plantar, por pápulas en las nalgas y órganos genitales; por coriza, placas mucosas, fisuras labiales y por una facies demacrada, pálida y arrugada. Sin embargo, hay niños sífilíticos que tienen en los primeros meses todas las apariencias de la salud. Otros presentan otras manifestaciones más raras como convulsiones, meningitis, pseudo parálisis. La descamación lingual no es de este origen.

En la sífilis hereditaria tardía se encontrarán deformaciones de huesos que deben distinguirse de las procedentes del raquitismo, queratitis intersticiales, sorderas, gomas, corizas y perforaciones palatinas.

TRATAMIENTO.—Es necesario tratar pronto y enérgicamente a los recién nacidos sífilíticos; y el medio mejor es el unguento napolitano en fricciones que los niños más tiernos toleran bien, sin que se les produzcan estomatitis. He aquí la fórmula.

De unguento napolitano reciente, 20 gramos.

De esencia de menta, 20 gotas.

Divídase en 20 cajas. Para emplear una cada día para cada fricción.

Para hacerlas, se tomará un guante de piel, a fin de que el que da la fricción no experimente la absorción mercurial, y se hace durante cinco minutos una fricción con el unguento mercurial en el abdomen en

las axilas y en los muslos. Después de la fricción se aplica una capa de algodón. No se aplicarán las fricciones dos veces en un mismo sitio. Se cambiará este, todos los días, para evitar el eritema, el eccema, el hidrargirismo. Pueden hacerse las fricciones por este orden:

- 1.º Día.—Lado izquierdo del torax.
- 2.º Día.—Lado derecho del torax.
- 3.º Día.—Lado izquierdo del abdomen.
- 4.º Día.—Lado derecho del abdomen.
- 5.º Día.—Cara interna del muslo izquierdo.
- 6.º Día.—Cara interna del muslo derecho.
- 7.º Día.—Pantorilla derecha.
- 8.º Día.—Pantorilla izquierda.
- 9.º Día.—Brazo derecho.
- 10.º Día.—Brazo izquierdo.

Cuando se haya empleado la fricción durante tres semanas se suspenderá por ocho o diez días, para volver a empezar, y así sucesivamente.

Este procedimiento indicado por el Doctor Fournier, triunfa de la sífilis más rebelde, si le secunda una buena higiene alimenticia como la lactancia materna, la lactancia por la ubre de una burra, la lactancia artificial con leche esterilizada, &c.

Si existiese una erupción grande de placas mucosas será conveniente emplear baños de sublimado cada segundo día. Se dispondrán así:

De sublimado corrosivo, 1 gramo.

• De alcohol de 90°, 10 gramos.

De agua, 100 gramos.

Mézclese. Viértase en el agua del baño que será de 20 a 30 litros. La bañadera debe ser de madera o de hierro esmaltado.

El tratamiento debe limitarse a esto los primeros meses. A los niños más jóvenes puede también darseles el mercurio en esta forma: Se prescriben 20 a 30 gotas al día de licor de Van-Swieten en una cucharada de leche o en el biberón; y más adelante se administra el yoduro de potasio bajo la forma de jarabe de Gibert, a la dosis de media a una cucharada de café, o en cualquiera otra forma, v. gr.:

De yoduro potasico, 5 gramos.

De jarabe de azahar, 100 gramos.

Mézclese. Para tomar una cucharada de las de café mañana y tarde.

En los casos de sífilis hereditaria tardía con lesiones oseas, se insistirá mucho en el uso del yoduro potasico, cuya dosis se elevará 1, 2 o 3 gramos, según la edad de los niños.





CAPÍTULO LIX

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Al tratar de la escrófula ya nos hemos ocupado de algunas de ellas; del eczema y del impétigo. Lo haremos ahora de otras, también frecuentes, cuales son las tiñas, el ectima, la ictiosis, el psoriasis, el prurigo y la sarna.

En cuanto a las tiñas solo nos ocuparemos de la favosa y de la pelada porque las tricoficias tienen su tratamiento ideal en la radioterapia que en una sola sesión o dos las cura habiendo desbancado por completo todos los demás tratamientos. Pero como también tiene su aplicación, aunque algo más restringida, este tratamiento en las demás tiñas, al tratar de la favosa, daré una idea sobre dicho tratamiento. La tiña favosa es una dermatose debida al *Achorión Schoenleini*, cuya aparición va precedida de picazón y enrojecimiento eritematoso, en un punto que se cubre de escamas, apareciendo luego allí puntos de color amarillo; y reviste una forma determinada; como

una concreción en la que hay formado un hundimiento atravesado por un pelo. Esta concreción constituye el escudete favoso, de color amarillo.

Los cabellos sufren en su vitalidad desde el principio; se deslustran y caen; y su caída determina placas cicatriciales indelebles.

Cuando el favus ocupa regiones extensas, exhala un olor especial, característico que se parece al de la orina de los gatos. Pueden producirse en su curso adenopatias cervicales que terminan por supuración. También invade el favus regiones del cuerpo no pilosas, como los codos y la rodilla; pero el sitio ordinariamente atacado es la cabeza.

TRATAMIENTO.—El enfermo con tiña favosa debe ser aislado; y llevará constantemente cubierta la cabeza con una boina o un casquete o gorra encima del apósito de cura. Las costras a que la tiña da lugar se desprenderán con cataplasmas de fécula de patata preparada con solución de ácido bórico al 3 por 100. Sobre la superficie de la cabeza, y después de cortar los cabellos al rape con tijeras, se pondrá durante la noche un gorro de cauchú o tela impermeable y al día siguiente por la mañana se jabonará la cabeza con jabón negro de cocina y agua templada.

Si no se desprendieran bien las costras y escudetes, podrán reemplazarse las cataplasmas con la pomada de resorcina que no irrita.

Caidas las costras y jabonada la cabeza se practicará cuidadosamente la depilación de todos los puntos atacados y de un centímetro al rededor hasta encontrar cabellos normales, y repetir la depilación

hasta que el cuero cabelludo recobre su coloración normal. En el intervalo de las depilaciones que se harán con pinzas, se jabona la cabeza todas las mañanas con agua caliente y jabón naftol; y se aplica sobre los puntos enfermos pomada como la siguiente:

De glicerolado de almidón, 20 gramos.

De lanolina, 20 gramos.

De ácido salicílico, 3 gramos.

De turbit mineral, 1 gramo.

Mézclese.

Se extiende sobre tarlatana y se aplica. Se cubre con algodón, y una venda de tarlatana mojada en agua boricada.

Si el cuero cabelludo se irritara demasiado, se aplicarán lociones y compresas emolientes y vaselina boricada, hasta que la piel recobre su color normal.

Las tiñas lo mismo la favosa que la pelada, pero especialmente las tricoficias, también contagiosas y epidémicas, que se caracterizan por círculos cubiertos de escamillas de color blanco y sembrados de pelos descoloridos y rotos a varias líneas de la superficie, tienen su tratamiento especial en la depilación radio-terápica, tratamiento que ha desbancado y anulado los demás.

Dada su extremada importancia, indicaré aquí los instrumentos y el procedimiento que usan en el Hospital Saint Louis de París.

Derivación de una corriente continua que pone en movimiento una dinamo de $3/4$ de caballo, la cual, a

su vez, pone en acción una máquina estática de 12 platillos. Los condensadores de esta recogen la electricidad producida, y la conducen a los dos polos de una ampolla de Villars. Sobre los dos hilos conductores $\pm$ se interpone como un corta corrientes el espintérmetro de Beclere, el cual mide la equivalencia en centímetros de chispa de la resistencia interior de la ampolla. Sobre cada uno de los hilos, lateralmente, se coloca un detonador de Destot, que permite aumentar, como se quiera, la resistencia de dicha ampolla. Esta se halla encerrada en una linterna de palastro que no deja pasar los rayos X más que por un orificio lateral, al rededor del cual hay un cilindro destinado a limitar la emisión de rayos X, de modo que solo salga un haz de rayos útil, y a inmovilizar la cabeza del enfermo a 15 centímetros de distancia del centro de la ampolla. Para completar el artificio a 8 centímetros de dicho centro, se coloca en un punto fijo de la linterna una pastilla de platino-cianuro de bario. Cuando bajo la influencia de los rayos X, ha tomado ese papel amarillo un color pardo especial indicado por un aparato verificador, (Radiómetro X de Sabourand y Noiré), ha terminado la sesión radioterápica; y el cuero cabelludo del enfermo ha recibido la cantidad de rayos necesaria para terminar la alopecia total de la región irradiada sin provocar irritación ni comprometer la ulterior salida del pelo. Se harán cada dos días jabonaduras con jabón naftolado.

La pelada es una forma de alopecia caracterizada por la caída de los pelos en la región atacada, que deja calveras redondeadas, lisas, sin escamas ni cos-

tras. Al rededor parecen los cabellos normales, pero si se tira un poco de ellos se desprenden sin esfuerzo, lo cual indica la marcha en extensión de la pelada. La placa suele tener mayor blancura que la piel que la rodea. A medio centímetro de ella todavía estan los pelos enfermos. Los sitios más frecuentes donde se presenta son la cabeza y la barba. Actualmente se rechaza su contagiosidad por muchos dermatólogos. Pero parece tan clara, a veces, que puede admitirse como hecho positivo y cierto.

Puede aplicarsele tratamiento general y local.

El general consiste en la hidroterapia fría, en relación con el concepto de los que le atribuyen un origen nervioso; y se apelará a las lociones y a las duchas; ambas seguidas de fricciones con alcohol o colonia. Al interior se dará el arsénico con el licor de Fowler en dosis de 8 a 10 gotas durante 15 o 20 días descansando 8 o 10, y repitiendo.

El local consistirá en llevar corto el cabello; y tres veces a la semana se jabonará la cabeza con jabón de brea o de leño de Panamá; y todas las noches, además de un enjabonamiento, se lavará la placa de pelada con lo siguiente:

De alcohol de 90°, 100 gramos.

De alcoholado de melisa compuesto, 100 gramos.

De tintura de cantáridas, 5 gramos.

De aceite de ricino, 7 gramos.

De resorcina, 5 gramos.

De sublimado, 25 centigramos.

Mézclese.

Cada seis u ocho días se cambiará por lo siguiente:

De tintura de cantáridas, 2 gramos.

De tintura de canela, 2 gramos.

De hidrato de eloral, 5 gramos.

De eter.

De alholado de espliego. } a a 75 centigramos.

Mézclese.

Después de cada aplicación se friccionarán con algodón esterilizado un rato.

Después de algún tiempo se afeitarán los sitios invadidos.

Ectima.—El ectima es una dermatosis contagiosa e inoculable que se caracteriza por pústulas anchas redondeadas de base dura que a veces ocasionan costras que al caer, dejan cicatrices. Todas las causas de debilitación predisponen al ectima el cual es lo ordinario que tenga una marcha aguda. La pústula de ectima puede alcanzar la dimensión de una moneda de dos pesetas y aún más; y hacia el décimo día sobreviene la formación de una costra parduzca cuyo desarrollo va acompañado de pinchazos y sensación de quemadura. El ectima va acompañado de ulceraciones superficiales y profundas y es muy grave sobre todo en los niños. El tratamiento varía según sea el ectima superficial o profundo. El superficial se tratará aplicando cataplasmas de fécula, hechas con solución de ácido bórico al 3 por 100 y cubiertas con tafetán o hule fino. Y así que hayan caído las costras se cura-

rá con emplasto de Vigo. La cura se renovará todos los días después de lavar con eter.

El ectima con ulceración profunda se someterá al tratamiento siguiente: después de aseptizar las úlceras con los medios prescritos para las pústulas de ectima superficial es preciso cubrir las pérdidas de substancia con lo siguiente:

De subcarbonato de hierro, 10 gramos.

De polvo de corteza de quina, 5 gramos.

De salol, 1 gramo.

Mézclese.

Se aplicará enseguida un apósito con vendoteles imbricados; y no se renovará más que cada 48 horas, después de lavar con antisépticos que pueden ser agua fenicada y eter.

Ictiosis.—El ictiosis es una afección epidérmica que, con frecuencia, se generaliza a toda la piel; pero que ocupa preferentemente la extensión de los miembros, rodillas y codos. y se caracteriza por sequedad de la piel que está rugosa y dura al tacto, y por la incesante producción de laminillas epidérmicas, por lo común blanco nacaradas y a veces muy gruesas; en ocasiones parduzcas.

Su tratamiento será por baños de almidón cada dos días, poniendo en cada baño una libra de almidón y medio litro de glicerina neutra. Durante el día se harán unciones de glicerina pura; y por la noche se pondrá un apósito con lo siguiente:

De glicerolado de almidón, 30 gramos.

De glicerina, 30 gramos.

De biborato de sosa, 5 gramos.

De ácido tartríco, 3 gramos.

Mézclese.

Zona.—El zona es una dermoneurosis, caracterizada por una erupción de vesículas y ampollas sobre superficie eritematosa que, a veces, sigue el trayecto de los nervios. Empieza el zona con pinchazos, escozores y dolores neurálgicos; aparecen placas eritematosas de forma redondeada que van haciéndose confluentes en forma de faja. Terminan secandose las vesículas y formandose costras amarillentas que dejan cicatrices.

El tratamiento del zona que ordinariamente ocupa un lado del torax tiene que someterse al periodo en que se halle. En el periodo eritematoso y vesiculoso se trata con la aplicación de compresas mojadas en agua de Botot o en lo siguiente:

De agua de colonia, 100 gramos.

De resorcina, 5 gramos.

De mentol, 50 centigramos.

Mézclese.

Cuando el zona ha llegado al periodo vesicopustuloso se aplicará un apósito hecho con trozos de gasa embadurnado con la siguiente pomada:

De vaselina, 100 gramos.

De talco, 20 gramos.

De óxido de zinc, 10 gramos.

De salicilato de bismuto, 10 gramos.

De ácido bórico, 5 gramos.

De salol, 1 gramo.

Mézclese.

Se cubre con algodón y se renueva el vendaje cada veinticuatro horas.

Como tratamiento general se dará 1 o 2 gramos al día de bromuro potásico y un par de cucharaditas al día del Valerianato de Pierlot.

Si es necesario salir de viaje, puede espolvorearse el zona con

Salicilato de bismuto, 5 gramos.

Polvos de arroz, 45 gramos.

Mézclese. Se cubrirá con algodón.

Psoriasis.—Es una enfermedad caracterizada por escamas de color blanco nacarado que cubren una superficie rojiza y reluciente. Los individuos psoríacos son, por lo regular reumáticos, y sufren frecuentes neuralgias. Esta erupción ocupa con predilección el codo, las rodillas y las nalgas.

En el tratamiento del psoriasis se embadurnará el enfermo las partes enfermas tres veces a la semana con lo siguiente:

De brea pura, 15 gramos.

De alcohol de 90°, 25 gramos.

Mézclese.

En el intervalo se untará con lo siguiente:

De glicerolado de almidón, 50 gramos.

De resorcina, 5 gramos.

De aceite de enebro, 25 gramos.

Mézclese.

Prúriga.—Está caracterizado por pápulas pequeñas que provocan picor excesivo, a veces tan intenso, que los enfermos se ensangrientan rascándose. El tratamiento se hará tomando cada cuatro días un baño de media hora de duración, cubriendo después la parte enferma con un emplasto de aceite de hígado de bacalao. También se tomará por la boca éste.

Contra el picor se darán tres o cuatro cucharaditas pequeñas al día de lo siguiente:

De extracto fluído de valeriana, 40 gramos.

De jarabe de menta.

De tintura de valeriana. } 45 gramos.

Mézclese.

Sarna.—Enfermedad eminentemente contagiosa, debida al *Acarus Scabiei*. La contaminación de la sarna se verifica por las ropas; especialmente por las de las camas, como sábanas, mantas. Esto tiene lugar generalmente en las fondas y posadas en donde en lugar de lavar convenientemente para la desinfección, las ropas de las camas, las pasan por el cilindro. La contaminación directa se verifica por la comunicación con un sarnoso.

La sintomatología de la sarna se caracteriza por el *surco* que el *acarus* hembra hace en el espesor del epidermis. Basta uno solo para caracterizarlo. Eso es la causa del picor y del prurito nocturno. El trayecto del surco es de 25 milímetros y aún más largo. Tiene por lo regular, el aspecto de una línea quebrada, y su sitio predilecto es las manos y muñecas en su parte anterior.

En las manos se presenta más frecuentemente entre los dedos.

El picor es lo que más molesta y llama la atención. Se acentúa sobre todo por la noche cuando el enfermo ha entrado en calor. Es un síntoma muy seguro de la sarna.

Bajo la acción del rascado se observan dermatitis eczematiformes que recuerdan ciertas variedades de eczema.

El tratamiento de la sarna se hará así:

Empezará el enfermo por darse un baño de media hora, dentro del cual se jabonará con jabón negro, friccionando sobre todo los espacios interdigitales y los sitios donde se vea la erupción. Luego se da otro baño templado con 500 gramos de almidón con el cual se quita el exceso del jabón. Después se le embadurna con la pomada de Helmerich modificada en esta forma:

De manteca de cerdo, 120 gramos.

De flor de azufre, 20 gramos.

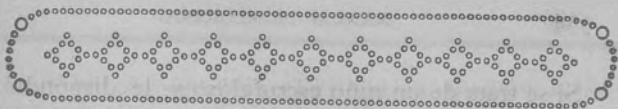
De carbonato de potasa, 10 gramos.

Mézclese.

La pomada permanecerá aplicada 12 horas. Al día siguiente y al otro se prescribirá un baño tibio de 20 minutos de duración, y se espolvoreará el cuerpo al salir del baño, con lo siguiente:

Talco y subnitrato de bismuto a partes iguales. Mézclese.





CAPÍTULO LX

ENFERMEDADES DE LOS OJOS

BLEFARITIS.

Hay dos clases de blefaritis, enfermedad que afecta al borde de los párpados: la blefaritis impetiginosa, propia de la infancia, y la eczematosa propia del adulto. En ambas, las bases de las pestañas están recubiertas de costras amarillentas. Las pestañas caen con facilidad. En ambas también el tratamiento está limitado a lavatorios antisépticos calientes con soluciones débiles, por medio de un baño ocular o con algodón hidrófilo.

Los párpados se embadurnan con un poco de esta pomada:

De precipitado amarillo, 5 centigramos.

De vaselina, 10 gramos.

Mézclese.

O se toca el borde palpebral con una solución de nitrato de plata al 1 por 100.

Si se trata de un niño escrofuloso se le dispondrá el jarabe de rabano yodado y el aceite de hígado de bacalao.

Se llevarán anteojos ahumados para preservarlos del aire y de la luz viva.

CONJUNTIVITIS

Es una enfermedad caracterizada por el enrojecimiento de la conjuntiva en particular de la del párpado inferior, acompañada de secreción de moco pus. La conjuntiva está tumefacta; pero hay poco dolor. Hay una forma llamada catarral, cuyos síntomas son esos; porque la forma purulenta casi siempre es infecciosa específica, (gonocócica).

La catarral es ordinariamente contagiosa.

También lo es la variedad llamada flictenular, que se observa en los niños linfáticos y escrofulosos, y a la cual, acompaña, con mucha frecuencia, la blefaritis. Las flictenas que la caracterizan y son muy pequeñas estan en el contorno de la cornea. Coincide a veces con el eczema de la cara.

El tratamiento de la conjuntivitis catarral se reduce en los casos benignos a baños oculares o lavatorios con agua boricada tibia.

Por la mañana y por la noche instilación del colirio siguiente: Se pondrán dos o tres gotas.

De sulfato de zinc, 3 centigramos.

De agua destilada, 10 gramos.

Disuélvase.

En los casos graves será conveniente hacer lavados con la disolución siguiente:

De cianurio de mercurio, 20 centigramos.

De agua destilada, 1 litro.

Disuélvase.

Deberá tenerse presente que esta disolución es un veneno violento. Solo se usa al exterior.

La conjuntivitis catarral simple puede revestir una forma aguda y una forma crónica. La forma aguda alcanza a la conjuntiva bulbar, la crónica solo a la palpebral.

Como síntomas objetivos se presenta la secreción de moco o de pus, y el enrojecimiento de la conjuntiva, y como subjetivos la aglutinación de las pestañas al despertar, la comezón y picazones y la sensación de arenas en el ojo igualmente que los trastornos en la visión por la secreción que se corre hasta la cornea.

Cuando la conjuntivitis es solo hiperémica se procurará sustraer a los enfermos de la influencia de las causas que han producido la irritación, como el aire confinado, la acción del polvo, el viento, lentes mal colocados, perturbaciones de refracción; y se recomendará estar al aire libre, el reposo del órgano, y empleo de cristales ahumados.

Se aplicarán sobre los ojos tres o cuatro veces al día, durante un cuarto de hora cada vez, compresas frías o templadas, según las reacciones de cada uno, mojadas en la solución siguiente:

De agua, 500 gramos.

De ácido bórico, 18 gramos.

Disuélvase.

Esta fórmula será sustituida en las formas crónicas o torpidas por la siguiente, empleada de la misma manera:

De agua, 500 gramos.

De sulfato de zinc, 2 gramos.

Disuélvase.

No se hará uso nunca del colirio de nitrato de plata, ni del subacetato de plomo, ni de irritantes violentos. No se hará ninguna cauterización de la mucosa.

La conjuntivitis flictenular que ataca con preferencia a los niños linfáticos y escrofulosos se mejorará con un tratamiento general fortificante especialmente con el aceite de hígado de bacalao.

Localmente se aplicarán sobre los ojos dos veces al día compresas tibias bóricas durante quince o veinte minutos cada vez; y por la noche antes de acostarse se introducirá en el ojo, con un pincelito, el tamaño de un guisante de la pomada siguiente:

De vaselina, 5 gramos.

De óxido amarillo de mercurio, 20 centigramos.

Mézclese.

El ojo será lavado con agua tibia un cuarto de hora después de la introducción de la pomada que no

debe ser prescrita más que cuando se esté bien seguro de que el enfermo no toma yodo ni yoduro al interior. Sin esta precaución se está muy expuesto a producir una violenta irritación en el ojo y a veces hasta una escara de la conjuntiva debida a la combinación química que puede producirse en los fondos de saco de la conjuntiva.

La conjuntivitis catarral ya he dicho que es epidémica y contagiosa; y por consiguiente, no solo necesita el atacado de aislamiento sino de limpieza esmerada. Las sanguijuelas, ventosas, vegigatorios y purgantes son inútiles. El tratamiento local varía con las condiciones del flujo supuratorio. Si este es poco abundante bastará lavar tres o cuatro veces al día el interior de los párpados con una solución de sublimado, v. gr.:

De agua, 50 gramos.

De sublimado, 10 centigramos.

Disuélvase.

Este lavado se practicará empleando el sublimado sin alcohol; y de manera diferente según haya o no complicaciones por parte de la cornea.

Si no hay lesiones en la cornea, se invierten los párpados para alcanzar sus fondos de saco, y se cauteriza la mucosa con un pincel mojado en una solución de nitrato de plata al 2 por 100, contenida en un vaso de los de licor, por cuyo borde se escurrirá el pincel para que deje el exceso de líquido. La cauterización se hará sin temor hasta que toda la mucosa se

haya vuelto blanca. No conviene servirse de causticos sólidos.

Las cauterizaciones serán renovadas cada 24 horas; y en los casos graves, cada 12; y no debe empezarse nunca antes que el derrame purulento esté bien establecido y haya caracteres de pus franco. No deben cesar hasta que quede seca la mucosa y no haya nada de pus.

En el intervalo de las cauterizaciones se aplicarán sobre los ojos compresas heladas mojadas en la misma solución de sublimado, con la cual se harán frecuentes lavados en la conjuntiva. El pus no debe quedar nunca entre los párpados que serán limpiados cada hora o cada media hora quitándoseles los productos de secreción.

En frente del ángulo interno y algunos centímetros de distancia del ojo se comprime un trozo de algodón hidrófito, bien mojado con la misma solución de sublimado, y se practicará así una buena irrigación, lo mismo que con pulverizador de gran chorro.

Si hay complicaciones por parte de la cornea, no cesarán las cauterizaciones, pero se obrará de este otro modo: Si se trata de una infiltración se instilará el colirio de eserina siguiente:

De sulfato neutro de eserina, 5 centigramos.

De agua destilada, 10 gramos.

Disuélvase.

Del cual se pondrá una o dos gotas dos veces al día. También está indicado si hay úlcera o absceso pequeño. Si el absceso o la úlcera se estienden, se les

tocará con el galvano-cauterio; y si hay amenaza de perforación, no se esperará que se produzca; se la provocará tocando el fondo de la úlcera con una punta de galvano-cauterio.

Si la perforación ha tenido ya lugar, se seguirá con los lavados antisépticos; se tocará el iris herniado con el cauterio, se instilará la eserina y se aplicará un vendaje comprensivo que se levantará a menudo para quitar el pus. Una mucosa espesa, muy inflamada debe hacer temer complicaciones por parte de la cornea; y debe ser escarificada paralelamente al diámetro horizontal de los párpados; pero después, y no antes de las cauterizaciones. En el periodo de declinación se disminuyen progresivamente los lavados, y la aplicación de compresas, y se suprimen, poco a poco, las cauterizaciones. En caso de repetir la aparición del pus se volverá al tratamiento.

La conjuntivitis granulosa, también de origen infeccioso, y por consiguiente contagiosa, sobre todo, cuando se acompaña de secreción, ofrece un carácter purulento, especialmente cuando el proceso tiene marcha aguda. Pero, generalmente, la enfermedad tiene una marcha lenta e insidiosa, y ataca los dos ojos, a causa de su naturaleza contagiosa, con mucha frecuencia.

Los síntomas subjetivos son esencialmente los de la conjuntivitis catarral. La división se altera cuando el *pannus* se extiende por delante de la pupila.

El tratamiento de esta variedad de la conjuntivitis requiere colocar al enfermo en las mejores condiciones posibles, con un régimen tónico y fortificante;

pero no perder nunca de vista que el tratamiento local es el único capaz de curar esta peligrosa enfermedad; y este varía, según exista o no complicación.

Si no existe complicación, se invertirán los párpados, descubriendo bien los fondos de saco, que si están invadidos por las producciones granulosas, deben ser cauterizados lo mismo que todas las partes enfermas de la mucosa con un pincel mojado en lo siguiente:

De glicerina neutra, 10 gramos.

De sulfato de cobre, 1 gramo.

Mézclese.

Estas cauterizaciones deben ser renovadas todos los días, o cada dos días solamente, si la irritación producida por la última cauterización no ha desaparecido al cabo de 24 horas.

El ojo se habitúa pronto a los causticos; por lo cual es necesario cambiarlos si la mejoría se detiene, para volver más tarde al anterior.

También puede ser utilizada la siguiente fórmula:

De glicerina neutra, 10 gramos.

De tanino, 1 gramo.

Mézclese.

En el intervalo de las cauterizaciones deben prescribirse compresas y lavados fríos con el sublimado al 1 por 2500.

Las complicaciones pueden alcanzar la cornea, la conjuntiva, las vías lagrimales y los párpados.

Cualquiera que sea el estado de la cornea se continuarán las cauterizaciones o el tratamiento conjuntival. Un absceso, una úlcera, una perforación requieren instilaciones de eserina y los toques del termocauterio.

Durante el curso de la conjuntivitis granulada las vías lagrimales deben ser vigiladas y tratadas con cuidado. Pueden ser los conductos obstruidos por las granulaciones, y hacerse necesario el cateterismo.

Todas las pestañas desviadas deben ser arrancadas. Todo roce de las pestañas o de los bordes palpebrales indurados contra la cornea, es perjudicial; de modo que, cuando la hendidura palpebral se estrecha, se deberá agrandar. Deben quitarse estas complicaciones cuando aparezcan; pero no se abandonará el tratamiento de las granulaciones.

Cuando se presenta la conjuntivitis ditérica se aumentan los peligros. Esta enfermedad es realmente terrible. Pero han dado muy buen resultado en ella los toques directos de la mucosa con el zumo de limón; así como las compresas y lavados antisépticos de ácido fénico al 1 por 100 y de sublimado al 1 por 2000.

Y este tratamiento de compresas y lavados fríos de sublimado da también buen resultado en la conjuntivitis folicular: que es un catarro crónico tanto más lento cuanto que los folículos son más numerosos y gruesos. Estos folículos se hallan en la conjuntiva palpebral, sobre todo en los fondos de saco. Esta forma de catarro se observa casi exclusivamente en los jóvenes, y es muy parecida a la granulosa. Ade-

más de las compresas y lavados fríos de sublimado necesitan a veces toques repetidos con el lápiz de alumbre o de sulfato de cobre. Es necesario asegurarse que la conjuntivitis no está sostenida por alguna afección de las vías lagrimales.

QUERATITIS

La queratitis es la inflamación de la cornea que da lugar a algunas variedades y complicaciones, que conviene distinguir. Tales son las queratitis superficiales, las ulcerosas y las intersticiales, que a su vez comprenden otras divisiones.

Todas las queratitis superficiales requieren un tratamiento general tónico y en el cual tiene el primer lugar el aceite de bacalao. La venda delante de los ojos y los vegigatorios, sanguijuelas, sangrías, purgantes y colirios metálicos, pero sobre todo, el sulfato de zinc y nitrato de plata son inútiles o peligrosos.

Si el blefarospasmo o espasmo que mantiene los párpados cerrados es intenso, se practicará la cantoplastia; operación que consiste en prolongar, con tigura, la abertura palpebral, lo cual activará la curación de la queratitis.

El tratamiento médico local se hará aplicando sobre los ojos dos a cuatro veces al día compresas calientes, bien mojadas con agua bórica al 3 1/2 por 100. Y si hay reacción muy fuerte, se instilarán mañana y noche una o dos gotas de lo siguiente:

De agua, 5 gramos.

De sulfato neutro de atropina, 3 centigramos,
Disuélvase.

Si la reacción es moderada, se remplazará este colirio por el siguiente:

De agua, 5 gramos.

De clorhidrato de pilocarpina, 5 centigramos.

Disuélvase. Aplíquese en igual forma.

Si no hay reacción, no se usarán colirios líquidos. Se introducirá una vez cada día en el ojo con un pincel, el tamaño de un guisante de la pomada siguiente:

De vaselina, 5 gramos.

De óxido amarillo de mercurio, 15 centigramos.

Mézclese.

Un cuarto de hora después de la introducción de esta pomada se lavará el ojo con agua templada. Nunca se usará este medicamento al mismo tiempo que un tratamiento yodado interno.

Esta pomada se usará también en el periodo de declinación y se continuará con ella hasta que haya desaparecido toda la infiltración de la cornea.

Cuando la queratitis superficial no sea vascular, se seguirá el expresado tratamiento. Cuando lo sea, reclama en vez de compresas, simples lociones con agua boricada templada; y no exige el uso de ningún colirio líquido. Basta la pomada de óxido amarillo a mucho más dosis, v. gr.:

De óxido amarillo de mercurio, 25 a 35 centigramos.

De vaselina, 5 gramos.

Mézclese.

La queratitis vascular se conoce en el enrojecimiento fuerte de la cornea. Es necesario enterarse si la queratitis está sostenida por un cuerpo extraño de la cornea, en cuyo caso habría de quitarse; por granulaciones que se enuclearían, o por pestañas desviadas que se arrancarían.

El *pannus* o engrosamiento congestivo granuloso no requiere más tratamiento que el dirigido contra las granulaciones.

La *queratitis ulcerosa* necesita una buena desinfección del ojo por medio de compresas calientes mojadas en una solución de sublimado al 1 por 4000, (sin alcohol), aplicadas varias veces en el día; y se completará el tratamiento por la instilación, dos veces al día, una o dos gótas en cada vez del siguiente colirio de eserina:

De agua. 5 gramos.

De salicilato de eserina, 3 centigramos.

Disuélvase.

En las queratitis ulcerosas no se prescribe la atropina por el temor de la perforación. Debe tomarse antes de cada comida un sello de 25 centigramos de sulfato de quinina, o sean dos al día.

La supuración del saco lagrimal infecta con frecuencia el ojo produciendo la queratitis infecciosa. En ese caso, debe ser desinfectado el ojo por lavados

calientes con sublimado al 1 por 2000, cubriendo después con un apósito seco antiséptico que se levantará mañana y tarde, para hacer lavado. Si no hay pus, puede dejarse sin tocarle unos días.

Otra variedad de queratitis, la queratitis intersticial, es casi siempre debida a la sífilis hereditaria. Dura mucho tiempo y recidiva muchas veces. El tratamiento debe ser muy sostenido y consiste en la aplicación de compresas calientes bóricas aplicadas de 5 a 6 veces al día, y durante 20 o más minutos cada vez. Si el ojo se congestiona mucho, se suprimirán. La atropina es el verdadero medicamento. Se aplicará el colirio de 3 centigramos por 5 gramos de agua, instilando una gota una o dos veces al día durante mucho tiempo. Cuando no haya irritación ninguna podrá remplazarse por dosis débiles de pomada de óxido amarillo. Cuando haya úlcera superficial conviene algunas veces alternar las instilaciones de atropina con las de eserina para evitar adherencias.

Manchas de la cornea.—Podrán corregirse y hacerse desaparecer con el uso prolongado de la pomada de óxido amarillo, con la instilación de una gota de láudano todos los días, con las insuflaciones sobre el ojo de polvos de calomelanos, con las duchas de vapor hechas por el aparato de Lourenco, cinco minutos cada mañana; pero empleados estos medios con persistencia.

IRITIS

Es la inflamación del iris. Tiene tres síntomas principales, que son el cambio de color del iris, la irregularidad de la pupila y la inyección o congestión vascular al rededor de la cornea.

Para hacer lo más acertado posible su tratamiento, conviene buscar con cuidado la causa de la iritis. Así es que aunque el medicamento de elección es la atropina, se prescribirá también al individuo reumático el sulfato de quinina y el salicilato de sosa; la litina y la colchicina al gotoso; el yoduro de potasio y las fricciones mercuriales al sífilítico que tenga heredada o adquirida la afección.

Al principio de la enfermedad y durante el estado de agudeza se instilarán en el ojo, tres o cuatro veces al día, dos gotas de un colirio de atropina de esta forma:

De sulfato neutro de atropina, 3 centigramos.

De agua destilada, 5 gramos.

Disuélvase.

Se harán aplicaciones revulsivas en las inmediaciones del ojo, y si hay fuertes dolores, se darán dosis pequeñas repetidas de aspirina; y si fuere preciso se inyectará morfina.

Las instilaciones de atropina se continuarán hasta que el ojo se haya vuelto blanco no debiendo dejarlas de repente.

El colirio de atropina causa a veces trastornos tóxicos, como vértigos, náuseas, sequedad de la garganta. Se evitarán aplicando el dedo sobre el saco lagrimal en el momento de las instilaciones, haciendo escupir al enfermo para que no trague la saliva. Pueden también combatirse con la inyección de morfina y gargarismos de café negro.

Contra el dolor podrán también aplicarse sanguijuelas en la sien y fricciones al rededor de la órbita con la siguiente pomada:

De unguento mercurial, 10 gramos.

De extracto de belladona, 5 gramos.

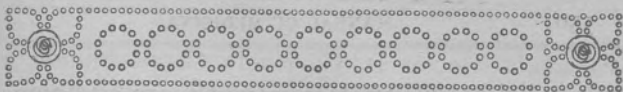
Mézclese.

Toca a su término la obra que me he propuesto llevar a cabo; pero quedaría, entre los defectos que tiene, con uno más, y mayor, si no me ocupase un poco de cuestiones quirúrgicas, ya que hasta aquí solo lo he hecho de médicas. Y aunque sea muy ligeramente, y ligeramente tiene que ser, pues va resultando ya un trabajo superior a mis años y a mis fuerzas, me ocuparé brevemente primero de algunas ideas y advertencias que convienen a las dos ramas; y después de algunos procedimientos y medios de tratamiento quirúrgico, de asepsia y de desinfección indispensables en muchos casos; y de algunas lesiones y afecciones quirúrgicas de las más comunes y frecuentes.

Pero antes de eso, quiero y debo hacer presente aquí mi gratitud a mi querido amigo el ilustre catedrático de operaciones de la Facultad de Medicina de

Valladolid, Doctor D. Clodoaldo García Muñoz, a cuya bondad debo no solo guía y datos muy apreciables y valiosos que me han servido de mucho, sino los clichés que he necesitado para las láminas y las explicaciones de ellas que he tomado de su hermosa obra de Quirurgiterapia, recién publicada. Que Dios le pague su caridad hecha en favor de las Misiones del Extremo-Oriente.





CAPÍTULO LXI

FORUNCULO Y ANTRAX.

El forúnculo es debido a la infección aguda de un aparato pilosebáceo producida por el microbio *Staphilococcus pyogenes aureus*. Hay una diferencia entre el forúnculo accidental y el habitual o constitucional; pues es evidente que la multiplicación de los forúnculos en la superficie del cuerpo humano, se produce bajo la doble influencia de la pululación microbiana y de una modificación humoral. Pero el tratamiento en ambos casos debe ser diferente; local en el primer caso, y general y local en el segundo.

El forúnculo evoluciona del modo siguiente: en una parte del tegumento se ve aparecer una pequeña elevación puntiaguda y roja, que tiene, por lo regular, un pelo en su parte céntrica. Aumenta de volumen; se hace dolorosa; su punta presenta una coloración violácea, apareciendo enseguida en ella una pustulilla de color blanco amarillento. La pustulilla, al fin, se rompe, y en el fondo de la ulceración aparece una masa amarillenta, el clavo, que no es otra cosa que el aparato pilo-sebáceo mortificado, que se elimina: se atenúa el dolor, y marcha a la curación.

Pero durante el periodo de crecimiento del forún-

culo o divieso, que también se conoce con este nombre, que dura de 4 a 6 días u 8, puede el médico hacer abortar el forúnculo. Y para ello, son de resultado indiscutible, casi siempre, las aplicaciones de tintura de yodo saturada.

Todo forúnculo que se presenta aislado debe someterse, desde el principio de su evolución, a la aplicación de la tintura de yodo; pero procurando detener la untura algunos segundos, y hasta un minuto sobre el forúnculo; y cuanto primero se haga, será más seguro el éxito. Esta cauterización se repetirá al día siguiente.

Cuando en el vértice del forúnculo se aprecie la existencia del pus, antes de aplicar el yodo, se abrirá con una aguja, pasada por la llama de alcohol, haciendo así más segura la acción del yodo.

También suele hacerse abortar el forúnculo por la aplicación sobre él de compresas de gasas mojadas en alcohol a 90°.

Igualmente se emplean las pulverizaciones de agua fenicada al 2 por 100, diarias y muy prolongadas, o repetidas 3 o 4 veces al día. Los baños prolongados son muy útiles para calmar el dolor. De igual efecto son las compresas húmedas y calientes y la huataplasma caliente. El líquido en que se humedecerán será la solución de sublimado al 0,50 por 1000.

Pero, cuando el forúnculo haya llegado a la madurez, lo mejor es la intervención quirúrgica, abriendo el forúnculo con el cuchillo del termo-cauterio, y aún haciendo la incisión cruzada, y bastante profundas ambas. Desde ese momento desaparece el dolor.

Cuando el forúnculo aparece en la cara, la incisión debe hacerse pronto.

En la forunculosis habitual o constitucional, debe empezar el tratamiento por purgar con un purgante salino al forunculoso. Es excelente el sulfato de sosa a la dosis de 20 a 25 gramos tomando seguidamente un vaso de agua azucarada. En seguida se recurrirá a la levadura de cerveza fresca que es tratamiento clásico.

La levadura que expenden los cerveceros se presenta bajo la forma de una especie de marrón claro. Dejándola reposar en un vaso, se forman en ella tres capas. Se mezclan las tres capas agitándolas y se toma una cucharadita de las de café diluida en un pequeño vaso de agua. Esta dosis debe tomarse dos veces al día, antes de cada comida. Además deberá emplearse el baño general jabonoso y lociones generales alcohólicas.

EL ANTRAX está formado por una aglomeración de forúnculos, que constituyen una tumefacción más o menos extensa.

Suele hacerse su abertura por varios puntos, espontáneamente. Es a veces grave el pronóstico del antrax a causa de la infección general, o de la extensión del proceso infectivo a venas, vísceras u órganos importantes. Debe averiguarse si el enfermo es diabético o albuminúrico y tenerlo en cuenta.

El tratamiento del antrax es el mismo del forúnculo que acabamos de exponer. Si el antrax es muy doloroso, de gran volúmen, y con tendencia a extenderse, y si va acompañado de síntomas de infección general, muy marcados, es preciso recurrir, previa la

conveniente anestesia a la incisión crucial amplia y aún multiple, hechas con el bisturí, y aún mejor con el termo-cauterio. Practicada con el termo esta incisión crucial se levantan los colgajos con las pinzas y se cauteriza en el espesor de los tejidos infiltrados. Después de la incisión se pulveriza con vapor de agua hervida y se aplica una cura húmeda gruesa que se renueva dos veces al día; luego una sola vez diaria y después cada dos días; cubriendo con tafetan impermeable.

Se tonifica al enfermo con la poción de Todd, café, vino generoso. Se aplica alguna inyección de aceite alcanforado si desfallece el corazón alternando con un sello de 5 centigramos de esparteína.

Cuando existe dolor fuerte, lo que mejor le calma, y ya desde el principio, son las pulverizaciones prolongadas de una solución fenicada al 1 por 100. En el tratamiento local se aconsejan los refrigerantes y emolientes, como los baños templados y las cataplasmas que suelen convenir en el primer periodo. También se aconseja inyectar en el cuerpo del antrax con una jeringuilla de Pravaz, (y a menudo se detiene el proceso inflamatorio) la inyección siguiente:

De ácido fénico, 1 gramo.

De alcohol, 10 gramos.

De agua destilada, 100 gramos.

Mézclese.

Si se hace el desbridamiento ya con bisturí o con termo se hace la cura como queda dicho. También se recomienda algún purgante salino.



CAPÍTULO LXII

PANADIZO

Enfermedad terriblemente dolorosa. Es una inflamación erisipelatosa de los dedos, frecuente en los viejos y en los jóvenes; y es ordinariamente producida por la irritación causada por arañazos, pinchazos o por inoculación con materias putridas o virulentas.

El trastorno general que produce el panadizo es siempre grave.

La inflamación del dedo infectado es difusa y tiende siempre a terminar por supuración y gangrena.

Hay cuatro grados de panadizos. En el primero la inflamación comienza en la piel, o inmediatamente por debajo de ella; se forma una gota de pus, que no pudiendo salir a través de la epidermis, se introduce en el tejido areolar del pulpejo del dedo y da origen a otro grado de panadizo. Es importante conocer esta forma porque muchos panadizos comienzan así, y se pueden evitar los males sucesivos arrancando la epidermis engrosada y dando salida al pus.

En el segundo grado el panadizo comienza profundamente en el tejido fibro-adiposo del pulpejo del dedo. En el tercero se afecta la vaina tendinosa por infiltración del pus. En el cuarto el mal comienza debajo del periostio de la tercera falange; y se propaga rápidamente produciendo la necrosis del hueso.

Estos grados se observan algunas veces aisladamente; pero es más común en la práctica que pasen de uno a otro.

La forma más común es aquella en que la inflamación se limita al tejido denso que forma el pulpejo del dedo. Nace a menudo por una lesión ligerísima, como la picadura de un alfiler o la introducción de una espina en el dedo; pero otras veces se presenta sin conocerse la causa. La parte se pone extremadamente dolorosa, roja e hinchada y supura a veces luego, en extensión limitada, produciéndose algo de mortificación del tejido celular. Si entonces se procura salida al pus, cesa de extenderse la inflamación. Pero en muchos casos, sobre todo si se trata de manos ásperas o callosas, el pus no puede salir a través de la epidermis endurecida, y de consiguiente se introduce a mayor profundidad en el pulpejo del dedo. De esta manera puede necrosarse la tercera falange o penetrar el pus en la vaina del tendón. No es raro que haya también fiebre.

Cuando en los casos más graves la inflamación que es de índole muy dolorosa, se extiende a la vaina de los tendones, constituye una lesión muy grave. La inflamación se extiende hasta el dorso de la mano que se pone abultada, roja y dura: y se forma rápidamente el pus en el dedo, y puede extenderse a la mano, abrirse paso por la vaina de los flexores y penetrar en el antebrazo. Cuando el panadizo afecta el dedo meñique o el pulgar determina con más facilidad la supuración de la vaina común.

Ordinariamente no se percibe fluctuación en el

dedo, aunque se haya formado el pus. Algunas veces sobreviene la gangrena y desde la punta hasta la primera o segunda falange se desprenden y ocasiona, a menudo, trastornos en los dedos y mano.

TRATAMIENTO.—Durante el primer periodo se debe purgar al paciente y tenerle a una dieta moderada. En todos los casos de panadizo que afecte al pulpejo del dedo, se debe introducir este en agua caliente durante corto tiempo, para poder desprender después con la punta de un bisturí, con cuidado, la epidérmis endurecida. Si puede reconocerse la existencia de un punto más sensible sucede que al arrancar de él la epidérmis, sale una gota de pus y se produce alivio. Con este procedimiento, se evitan, a veces, las incisiones y se abrevia la duración del mal.

En los casos ya muy graves existen dos indicaciones principales que llenar: es la primera detener la inflamación; y la segunda, si eso no se puede conseguir, prevenir la necrosis, que es una especie de gangrena, de los tejidos areolar, tendinoso y oseo, consecutiva a la estrangulación que produce la tensión extrema de las partes inflamadas.

La primera indicación se llena embadurnando la parte afectada con bastante cantidad de pomada de belladona y de glicerina; cubriéndola con algodón en rama y manteniendo la mano suspendida de un pañuelo. En muchos casos este tratamiento detiene la inflamación, limitando la enfermedad a su primer grado. Pero si el proceso inflamatorio se extiende y se presentan dolores pulsativos profundos en el dorso y palma de la mano, nos hallaremos en la segunda in-

dicación. No se puede perder tiempo, y aún es mejor no esperar tanto. Deben practicarse anchas incisiones en los tejidos tensos e infiltrados para ver si se consigue evitar o limitar la difusión de la gangrena y del pus. Con este objeto se debe practicar una gran incisión en la cara palmar del dedo de longitud y profundidad proporcionadas a la extensión de la inflamación. Yo nunca he esperado tanto. Siempre he procedido rápidamente a practicar estas incisiones cuando aún la inflamación no había pasado más allá de la tercera falange.

Al abrir un flemón o absceso palmar profundo hay el peligro de herir las ramas del nervio mediano, el arco palmar superficial y las arterias digitales. Se puede evitar y hacerlo sin riesgo, practicando la incisión hacia la cabeza del hueso metacarpiano. Debe siempre anesthesiarse localmente la región porque son muy dolorosas estas incisiones. Después de la incisión se debe bañar y fomentar bien todo el miembro varias veces al día y curarle con gasa esterilizada y algodón hidrófilo, cubierto el apósito con un pedazo de gutapercha. En caso de afección extensa, se debe sostener el miembro con férulas. Cuando esté afectado todo un dedo, debe colocarse la mano sobre una tablilla, tan pronto como disminuya la inflamación, para que no se contraiga aquél. Si se hallan inflamados los linfáticos del brazo se aplicarán a él unturas abundantes de pomada de belladona y glicerina, cubriendo el miembro con algodón en rama y poniéndole en cabestrillo.



CAPÍTULO LXIII

QUEMADURAS

La quemadura es el resultado de la aplicación al cuerpo de un grado tan elevado de calor que produce, o la inflamación de la parte sobre la cual se aplica, o la destrucción de los tejidos.

Los efectos de la aplicación del calor a la superficie del cuerpo, han sido clasificados por el Doctor Dupuytren en seis grados diferentes de quemadura; clasificación de gran importancia en la práctica, porque el grado de la cicatriz resultante y su carácter dependen de la profundidad a que ha alcanzado la quemadura; y va seguida de eritema o rubicundez de la piel y dolores muy vivos. No queda cicatriz.

En el segundo grado la acción del calor llega a producir dilatación de los vasos y exudación; y como resultado, eritema y flictenas, vesículas, ampollas. No queda cicatriz tampoco.

En el tercer grado se destruye la epidérmis en todo su espesor; pero no todo el dermis. Se producen manchas grises, flictemas y serosidad parduzca; y a causa de quedar al descubierto en las papilas las

extremidades nerviosas es extremadamente dolorosa esta forma de quemadura. La cicatriz que queda es poco retraída.

En el cuarto grado hay destrucción completa de la piel en todo su espesor. Hay escaras profundas, secas, negruzcas, insensibles. La escara se separa por ulceración de las partes inmediatas y queda una extensa úlcera. La cicatriz es lenta; va acompañada de larga supuración y de gran retracción. Está desprovista de glandulas de pelo.

En el quinto y sexto grado los destrozos son más pronunciados.

En el quinto se hallan interesadas las capas musculares más superficiales. En el sexto está carbonizado todo el miembro.

Los efectos generales producidos por las quemaduras son graves y dependen especialmente de la profundidad de la lesión, de la región donde está situada y de la extensión que ocupa. En los niños son más graves que en el adulto y las que producen más trastornos son las de la cara, pecho y cabeza. La superficie de una quemadura tiene gran poder de absorción para las materias sépticas. Por eso es necesario tener especial cuidado en ello.

Las alteraciones generales producidas por las quemaduras pueden reducirse a los estados de depresión y congestión; a la reacción e inflamación y a la supuración y consunción.

El periodo de depresión del sistema nervioso y de congestión de los órganos intestinales dura las primeras 48 horas, en cuyo tiempo puede sobrevenir la

muerte. Inmediatamente que se recibe una quemadura el paciente se queda frío, siendo acometido de colapso y horripilaciones. Además sobreviene un estado congestivo en la mucosa del estómago e intestinos y en el tejido pulmonar.

El segundo periodo de reacción o inflamación dura desde el segundo día a la segunda semana. En la mayor parte de las quemaduras aumenta la inflamación en extensión e intensidad, y la causa de ello es la descomposición de las escaras; y la fiebre que acompaña al proceso es debida a la absorción de los productos de putrefacción.

El periodo de supuración y consunción dura desde la segunda semana hasta el fin del padecimiento. Frecuentemente se observan los fenómenos de la fiebre hética con gran trastorno general por la prolongada supuración.

TRATAMIENTO.—El tratamiento general es de la mayor importancia. Lo primero que hay que hacer, cuando un individuo ha sufrido una quemadura grave, es provocar la reacción. El paciente está trémulo, profundamente abatido y frío, sufre grandes dolores, y puede secumbir si no se contrarestan estos efectos del shock o conmoción nerviosa, trastorno grave de las funciones del sistema nervioso.

Debe administrársele inmediatamente una dosis abundante de tintura de opio, variable según la edad, en un poco de agua, mezclado con aguardiente que esté templado y repitiéndola, si es necesario, al cabo de una o dos horas.

La tintura de opio puede darse a un adulto en

dosis de 15 a 55 gotas, teniendo presente que la cantidad de 55 gotas corresponde a un gramo. En los niños puede darse el láudano de Sidenham una gota por año de edad. Cuando la quemadura es muy extensa, pero superficial, es decir, que sus lesiones no pasan del color rojo purpura o de flictemas o ampollas, la inmersión del paciente en un baño templado produce un alivio inmediato, mitigando los dolores y haciendo desaparecer la depresión. Cuando se ha presentado la reacción se procurará facilitar las secreciones del paciente, o administrándole un purgante suave salino como 15 gramos v. gr. de sulfato de sosa. Si se presentan síntomas inflamatorios en la cabeza, pecho o abdomen, unas sanguijuelas tras de las orejas, en los lados del pecho, o al ano, serán muy convenientes. Pero si las complicaciones viscerales son de carácter atónico, debe recurrirse a los estimulantes. El vino de quina y el aguardiente deben administrarse en abundancia; y calmar la irritabilidad del sistema nervioso por la frecuente administración del opio. Y lo mismo debe hacerse en el último período; y alimentación suficiente en ambos periodos, aunque líquida y semilíquida; como leche, purés, huevos.

La cura local de la quemadura debe ser como la de una herida; puramente aséptica. Esto es lo principal; y también importantísimo hacer, si es posible, inyecciones de suero antitetánico.

El primer tiempo de ella debe consistir en una perfecta limpieza de la región afecta, valiéndose de compresas esterilizadas, jabón y agua caliente. Des-

embarazará la región de las grasas y costras que existan, sirviéndose de una compresa, o bien de la mano impregnada de espuma de jabón.

Evitará el levantar y desprender la epidérmis de las flictemas contentándose con puncionarlas después del lavado con la punta de una aguja esterilizada por la llama. Si la piel estuviese manchada y cubierta de sustancias grasientas se limpiará con un pedazo de algodón hidrófilo mojado en alcohol o eter. Esta limpieza se hará con sumo cuidado y paciencia, pues es bastante dolorosa. Cuando se haya conseguido limpiar la herida o quemadura, se cubrirá con compresas esterilizadas o mojadas en solución de ácido pícrico al 1 por 1000, poniendo una capa de algodón encima y manteniendo esta cura con una venda medianamente apretada.

La cura se deja aplicada, si es posible, ocho o diez días. Si la limpieza ha sido perfecta y la quemadura no se había infectado antes de hacer la cura, se encontrará entonces la piel casi por completo restaurada.

Es claro que en todos los casos de quemaduras extensas, deben quitarse al enfermo las ropas abrasadas y colocarle sobre una manta protegiéndole de la acción del frío. Después es cuando se pasa a proteger la superficie ulcerada, que en todos los grados inferiores al cuarto, es, como he dicho, muy dolorosa.

En las quemaduras de tercer grado y de los sucesivos, tienen que eliminarse las escaras, y se verifica la supuración, siendo por consiguiente de la mayor importancia, impedir la descomposición. No deben

aplicarse antisépticos de propiedades tóxicas por razón de la absorción, sino los ácidos bórico y salicílico o el aceite de eucaliptus que no son tóxicos.

Cuando faltan los materiales de cura, puede emplearse el siguiente procedimiento, que es agradable para los enfermos y que da muy buenos resultados: Se cubre toda la superficie quemada, sea cualquiera el grado de quemaduras, con harina finísima de trigo, que se vierte poco a poco cerniéndola como se hace ordinariamente hasta formar una capa gruesa y uniforme que constituyen un tópico blando y suave. Si está desprendida la epidermis, la harina formará una costra gruesa, mezclándose con la serosidad derramada en la superficie destruida. Si la piel está carbonizada, la supuración que se desarrolla al rededor de la escara, hará que la harina se adhiera a la parte, formando una cubierta impermeable al aire. Las costras formadas de este modo, no deben tocarse hasta que la supuración empiece a desprenderlas, quitándolas después. Siguiendo este procedimiento se limita la descomposición del pus, practicando curas secas.

Cuando se han desprendido las curas, la superficie granulosa debe tratarse de modo que el apósito no se pegue a la úlcera, para evitar que sangren las granulaciones cuando se cure al paciente. Con este objeto debe aplicarse directamente a la úlcera la seda protectora, colocando encima algodón salicílico. Si las granulaciones son exageradas se tocarán con nitrato de plata.

Sea cualquiera el medio que se emplee es importante cambiar las curas lo menos posible en el primer

periodo de las quemaduras. Cuando se apliquen curas secas, no deben levantarse hasta que estén empapadas por la supuración. Cada nueva cura ocasiona al paciente grandes dolores que le deprimen y retardan el restablecimiento.

La cura solar es excelente en las quemaduras atónicas, pues alivia el dolor, desinfecta y cicatriza.

En una quemadura superficial y limitada es conveniente levantar con la punta esterilizada de unas tijeras las flictenas sin arrancar la epidermis; y pincelar la piel sana próxima con tintura de yodo, haciendo cura seca. A los dos días se despegará la cura con agua oxigenada.





CAPÍTULO LXIV

LESIONES TRAUMÁTICAS.—FRACTURAS.

LUXACIONES.

Las lesiones traumáticas pueden dividirse en dos grandes grupos: Lesiones traumáticas con solución de continuidad de la piel, y lesiones traumáticas cerradas. De estas vamos a ocuparnos ligeramente, porque de las abiertas ya lo hemos hecho en la forma posible.

Las lesiones cerradas tienen la ventaja de que los procesos orgánicos de reparación siguen en ellas regularmente su curso, sin sufrir la influencia deletérea de los agentes exteriores que alteran en las abiertas su curso normal tan frecuentemente.

Las lesiones cerradas que más se observan en la práctica, son las contusiones, aplastamientos, fracturas y luxaciones.

Según el grado de intensidad de la fuerza que obró, las primeras reciben los nombres de contusión simple, chichón, magullamiento y dislaceración subcutánea. En estas lesiones se observan desgarros y extravasaciones internas, a las que se da el nombre de equimosis y cardenales.

En el tratamiento de las lesiones traumáticas cerradas, lo primero que debe tenerse en cuenta, sean de primero o segundo grado las contusiones (a pesar de que a veces se curan espontáneamente, si no vienen a estorbarlo accidentes exteriores por penetración de agentes infectivos) es dejar las partes lesionadas en completo reposo, para no aumentar la extravasación sanguínea de los vasitos dislacerados: colocar el miembro en una posición algo elevada, que favoreciendo el retroceso de la sangre en circulación, evite su estancamiento en los tejidos afectos, y aplicar fomentos frescos o tibios, no helados, de un líquido antiséptico no venenoso, que penetre fácilmente por imbibición a través de los tejidos para evitar el desarrollo o penetración de gérmenes que hayan entrado antes o que puedan entrar ahora, al través de ampollas o erosiones que pasáran desapercibidas.

El líquido que prefiere y usa el gran cirujano español Doctor D. Salvador Cardenal, es el siguiente:

De agua hervida, 1000 gramos.

De glicerina neutra. }

De alcohol rectificado. } 40 gramos.

De timol (ácido tímico puro), 1 gramo.

Mézclese; para aplicar a las lesiones por medio de compresas.

A este líquido pueden añadirse 15 a 20 gramos de extracto de Saturno si se desea darle cualidades astringentes o también de 20 a 25 gramos de alcohol alcanforado, o tintura de arnica.

Cuando existen extensas escoriaciones o rozaduras de la piel, que aunque no comuniquen con el foco traumático, dan lugar a una intensa sensación de ardor, puede sustituirse con ventaja en la misma fórmula el gramo de timol por 40 gramos de ácido bórico, que no producirá escozor ninguno y ejercerá una acción antiséptica suficientemente enérgica, sin impedir la rápida cutificación de las erosiones. La solución de ácido fénico al 3 por 100 es también útil; pero debe vigilarse, ante la posibilidad de una absorción tal que produzca síntomas de intoxicación que nunca se han observado con el timol.

Este tratamiento es más que suficiente en la inmensa mayoría de los casos de contusiones de primero y segundo grado, para favorecer, mejor que cualquier otro, la rápida reabsorción, de los materiales extravasados en el foco traumático, pues resuelve las infiltraciones ligeras y superficiales de la sangre derramada en el tejido subcutáneo, que es lo que constituye el primer grado, y las colecciones de la misma en foco, por la acción del magullamiento, que es lo que constituye el segundo. Evita además la hinchazón rápida de la parte o miembro afecto, calma considerablemente el dolor, previene la infección y apresura la reabsorción del exudado.

Estos mismos efectos se obtienen cuando v. gr. se recibe una lesión en un dedo o más de uno, por cogerle violentamente en la cerradura de una puerta, metiéndole inmediatamente en ese líquido o en agua simplemente fría que se renovará cuando se temple,

y teniéndole algunas horas así en ella en una vasija a propósito.

Las fracturas son soluciones de continuidad de los huesos, hechas de manera rápida y violenta.

La coexistencia de la desviación, de la movilidad anormal y de la crepitación basta, de ordinario, para apreciar la existencia de una fractura cuando esta es *simple*. Cuando es *compuesta* se observan con frecuencia otros signos como son, la salida de uno de los fragmentos; y si es *comminuta* suelen percibirse las esquirlas desprendidas. Cuando en el miembro fracturado hay dos huesos es más difícil conocerla. Para ello es necesario pasar el dedo por los bordes más prominentes para apreciar las desigualdades que existan y el edema de las partes, y moviendo fuertemente el hueso en el sitio donde se sospecha la existencia de la fractura puede sentirse una débil crepitación.

Cuando ocurre una fractura, no presenta grandes dificultades si se trata del miembro superior, pues bastará mantener con cuidado el miembro fracturado. Pero si se trata de los miembros inferiores, es necesario lo primero, buscar un medio de transportar al enfermo, como camilla, una escalera u otro a propósito para llevarle tendido. Y para hacerlo es preciso consolidar el miembro roto por medio de apoyos o tutores que se ponen a cada lado del miembro formando tablillas, y utilizando para ello lo que se pueda y apoyando el miembro con ropas o cualquier otra cosa; y sin quitar los vestidos; rodeando estos objetos al miembro lesionado por medio de

vendas, cintas, pañuelos o cuerdas. Para levantar al enfermo se cogerá con ambas manos el miembro fracturado, por encima y por debajo del sitio de la fractura a fin de levantar el miembro por igual. Es necesario procurar la mayor inmovilidad del miembro fracturado y de los fragmentos. Trasportado el enfermo a su domicilio, se le desnuda cortando si es preciso los vestidos; y se coloca en la cama preparada para él. En ella y bajo el colchón, suele ser conveniente poner unas tablas para evitar el demasiado hundimiento del enfermo.

En la cama ya, se quita el aparato provisional.

Si hubiera alguna gotiera de alambre, que es una media caña de hoja de lata o alambre, debe colocarse en ella el miembro fracturado guarneciéndole con capas de algodón. Si no la hubiere, lo mejor será colocarle sobre una almohada mientras se prepara todo. El miembro fracturado debe estar protegido por un arco de alambre, para evitar que le molesten las ropas de la cama. Siempre que se haya de mover el miembro, se hará en la forma dicha antes.

El tratamiento de toda fractura comprende la reducción, la contención y la restauración de las funciones del miembro. La reducción es siempre dolorosa. Por eso es conveniente para hacerla, aunque no necesario, adormecer al enfermo. En general conviene poner, lo más pronto posible, el aparato de inmovilización.

Solo hay un obstáculo para ello, que es la tumefacción considerable del miembro. Por eso es mejor poner el aparato definitivo, antes que aparezca, pues

tarda unos días. Pero si apareció ya cuando se ve al enfermo, entonces es necesario esperar a que desaparezca o por lo menos que disminuya.

Antes de proceder a la reducción de la fractura, y de aplicar el aparato definitivo que habrá de estar colocado de dos a cuatro semanas, es preciso lavar el miembro, friccionarlo con alcohol y espolvorearlo con talco. Si hay alguna flictena, debe, después de limpio el miembro, procederse a abrirlas con una aguja pasada por la llama, y aplicar enseguida una compresa esterilizada. Lo más frecuente es que no esté complicada la fractura con herida. Si lo estuviera, habría que introducir modificaciones en el tratamiento.

En las fracturas no complicadas de las extremidades superiores, sobre todo en jóvenes, es necesario que guarden cama unos cuantos días. Después pueden levantarse llevando el miembro en cabestrillo. En las fracturas de las extremidades inferiores, es necesario una estancia en cama más prolongada. En estos casos debe de ser muy moderada la alimentación. En los viejos, el largo reposo en cama y la commoción sufrida por el organismo suelen producir trastornos importantes. Aquí es necesaria una buena alimentación y la pronta aplicación del vendaje enyesado para que pueda levantarse primero. En todos los casos de fractura simple de las extremidades inferiores cuanto más pronto pueda levantarse el enfermo y andar con muletas es mejor.

Ya preparado todo, y el enfermo en cama, se procede a la reducción; es decir, a suprimir la desviación.

de los fragmentos cuando la hay. Esto debe hacerse lo antes posible: para lo cual será necesario hacer tracciones, presiones, etc., y aún ayudarse de la anestesia si se ha tardado algunos días en hacer la reducción; pues en ese tiempo se acortan los músculos y se ponen rígidos y es difícil hacerla. La anestesia también se puede hacer local inyectando en los alrededores de la fractura una solución anestésica.

El mantener la reducción es lo segundo de que ha de cuidarse el médico; porque cualquier violencia externa, el peso del miembro y las contracciones musculares son, con frecuencia, causas de producir la desviación de los fragmentos, que se deben vigilar con cuidado, durante el tiempo preciso para la consolidación. Y aunque la desviación se evita relativamente bien por medio de tablillas y férulas que consisten en unos listones de madera u otra materia a propósito de dos dedos de ancho y extremos redondeados, nada hay tan a propósito y eficaz para ello como el vendaje enyesado, lo mismo en las fracturas simples que en las complicadas. Ya hablaré luego de él y del modo de aplicarle. Pero cualquier vendaje que se aplique se tendrá cuidado de que no ejerza sobre el miembro compresión exagerada. No se colocará ningún vendaje por debajo de las tablillas. Tampoco debe colocarse ninguna venda en la parte del miembro asiento de la fractura, porque la aplicación de una venda inmediatamente por encima del sitio de la fractura, ocasiona grandes dolores y peligros de que sobrevenga gangrena.

En los primeros días es necesario examinar si el

vendaje se halla muy apretado; y si el enfermo se queja de dolor o adormecimiento, o las extremidades están frías y de color azulado, es necesario quitarle inmediatamente; porque aunque no se haya apretado mucho, puede haberse inflamado el miembro, por cualquier causa y sobrevenir la extrangulación y la gangrena.

Las tablillas y férulas se hacen no solo de madera, sino de hoja de lata, cuero, cartón.

Cuando la fractura es complicada, las tres condiciones esenciales que ha de llenar el tratamiento, son las siguientes:

Immobilización de los fragmentos.

Desinfección absoluta y sostenida de la herida o heridas.

Desagüe o evacuación facil y segura de los líquidos exhalados.

Y para mayor seguridad, dividiremos el asunto en tres casos:

1.º Fractura reciente con pequeña herida exterior.

2.º Fractura relativamente reciente con grandes heridas exteriores.

3.º Fracturas no recientes e infectadas.

En las fracturas recientes, esto es; cuando solo ha mediado un corto plazo de una o dos horas, poco más o menos, entre el momento de la lesión y la asistencia al herido, siendo la herida pequeña, y no percibiéndose en ella ninguna señal de coágulos sanguíneos, ni de infiltración de los tejidos próximos al foco, se hará una cuidadosa desinfección de la herida

y tegumentos inmediatos, seguida de su perfecta oclusión con un apósito antiséptico sin hacer exploraciones en la herida ni con el dedo, ni con sondas; ateniéndose exclusivamente a lo siguiente: después de la desinfección con una solución de ácido fénico o sublimado, de la herida cutánea, y una extensión considerable de los tegumentos inmediatos a ella, se aplicará un apósito antiséptico con numerosas capas de gasa debajo y algodón encima puros, y de un vendaje contentivo, y moderadamente compresor, con vendas de la misma gasa. En vez de la gasa fenicada y del algodón salicilado, puede aplicarse sobre la misma herida gasa yodofórmica o sublimada; y una vez protegida así la herida se procede a realizar la inmovilización de los fragmentos.

El medio mejor ya he dicho que es el vendaje enyesado, que puede aplicarse a todas las fracturas, después que haya disminuído la tumefacción, si es que sobrevino ya. Y si no vino, puede colocarse inmediatamente, siempre que se espere poca, como por ejemplo en la fractura de un hueso de la pierna; y después de aplicado, hay que vigilar atentamente en especial las puntas de los dedos; y si estas se quedan frías y azuladas, quitarle inmediatamente.

Y como dice el gran cirujano Doctor Cardenal, si no se tiene en el momento, lo necesario para poner al enfermo el aparato enyesado, se aplica sobre la herida el vendaje antiséptico, para evitar la infección y se envuelve todo el miembro entre dos almohadas arrolladas en canal o en una manta de viaje o de cama también arrollada por los dos lados en canal,

que se sujeta con correas o con pañuelos y se traslada a su casa donde podrá esperar 20 o 24 horas la aplicación de un buen vendaje enyesado.

El Doctor Cardenal preconiza como insustituibles las *medias cañas* de yeso generalizadas en Francia; y para fracturas simples o sin herida, tampoco usa nunca otro apósito que el de media caña de yeso, que describe; y que hace inútiles las férulas y tablillas.

Se prepara de la manera siguiente: Se empieza por disponer una sobre otra 15 capas de tarlatana o de tráfalgar *desengomado*, (nunca se usa el engomado del comercio); y se corta con una tijera fuerte comprendiendo las 15 capas de un patrón adaptable a la forma del miembro que se va a vendar y que puede formarle media manga o medio pantalón, según sea brazo o pierna de lo que se trate.

Una vez cortado así el patrón se le dará un hilván por su centro con una aguja enebrada, a fin de que no tiendan a separarse las diferentes capas de tartalana. Se hace sostener el miembro fracturado por un ayudante, y si tiene mucho vello, se envuelve en un pedazo grande de papel de periódico a fin de que el vello no quede pegado al yeso y haga sufrir al enfermo al retirar el apósito.

Entonces se prepara la papilla del yeso del modo siguiente: en una palangana grande se echan tres o cuatro vasos de agua tibia o caliente, y con una cuchara, o con la misma mano se echa lentamente en ella el yeso, desparramándolo por toda la superficie del líquido, y sin agitar ni revolver este, hasta que el yeso que se va echando llegue ya a la superficie del

agua. *Solo en este momento* se introducirá la cuchara en la mezcla y se la revolverá lenta y regularmente, con lo cual se tiene una papilla enteramente homogénea enseguida; sin granos; y de la consistencia conveniente si el yeso es bueno y bien seco. Para ello es necesario que el yeso sea yeso de modelar y reciente y no aireado. Hecha ya la papilla de yeso se introduce en ella todo el patrón formado de las 15 capas de tartalana, sujetándolas siempre con la mano por uno de sus extremos para que no se separen ni enreden al mojarse y pierdan su tiesura como sucedería si se olvidase esta precaución. Una vez bien empapado el patrón de las 15 capas, se eleva lentamente por el extremo que no se ha soltado de la mano, o se hace elevar verticalmente por un ayudante, y colocándole entre las palmas de ambas manos, descienden estas mientras el ayudante eleva el patrón, con lo cual se esprime ligeramente y se hace caer el exceso de papilla que había entre sus mallas. Llegado este momento se procede con ligereza, se aplica todo el patrón enyesado, como se aplicaría una cataplasma, a toda la cara posterior, anterior o inferior del miembro, es decir, a la más conveniente, que será la más apartada de la herida, y se adapta a todas sus curvas e irregularidades, arrollando enseguida al rededor del patrón y del miembro una venda seca de la misma tartalana o de gasa desengomada. Se necesitarán para la pierna cuatro vendas de a 10 metros, y algo menos para el brazo. Se comenzará a aplicar por el extremo periférico de la extremidad, es decir, por el pie tratándose de la pierna, y con ella se irá cubriendo

todo el miembro hasta más allá del límite superior del patrón enyesado, comprendiendo dentro de este vendaje, no solo dicho patrón, sino el apósito antiséptico aplicado previamente.

Aplicada así la venda, todavía se puede reforzar, en el punto que se quiera con férulas hechas con un pedazo de tartalana doblado en forma de tablilla y compuesto de 15 a 20 capas y empapado en la papilla del yeso que habrá ido espesándose en la palangana. Son excelentes como refuerzo en la pierna, pues se adaptan en el punto que se desea con nuevas vueltas de venda que se puede hacer bastante larga, para que comenzando a aplicarla en la parte superior del muslo siga hasta abajo, pasando como un estribo por la planta del pie siguiendo otra vez hasta la parte superior del muslo.

Si hubiera herida es necesario abrir una ventana, si el apósito fuese cerrado, para curarla, pero para ello, debe hacerse antes que el apósito endurezca mucho. Con unas tijeras fuertes, o mejor cuchillo que corte bien se abre en el punto donde esté la herida un cuadro bastante mayor que la herida, para que baste para verla y curarla. Con la media caña que usa y recomienda el Doctor Cardenal no suele ser necesario.

Dislocaciones.—Son las desviaciones de los huesos de una articulación. También son sus causas directas el traumatismo y la contracción muscular. Se conoce especialmente en el cambio de forma del miembro y en la dificultad o imposibilidad de movimientos de la articulación y del dolor que producen. El tratamiento

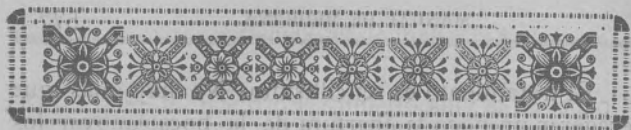
consiste en reponer el hueso en su situación normal, lo más pronto posible. Es mucho más fácil por medio de la administración de cloroformo o de eter. Cuando se administra el cloroformo no se oye chasquido ninguno al ser reducido. Para la reducción es necesario, como a veces en la fractura, hacer la extensión y la contraextensión que ayudan para hacer la coaptación, que no se puede hacer sin ellas.

Su *extensión* puede hacerse ya cogiendo con las manos el miembro que ha de reducirse y tirando de él hacia abajo, o ya por medio de una venda o una toalla retorcida sujetas a la parte con un nudo especial. Debe hacerse lenta y gradualmente. Es necesario al mismo tiempo hacer la contraextensión. Para ello, se sujeta el cuerpo del paciente y la cavidad articular de donde se haya dislocado, con una sábana hendida, una toalla retorcida o una faja, por medio de lo cual se practica la *contraextensión*. La *coaptación* se hace por manipulaciones que ayudan al hueso a entrar y encajar en la articulación. Después de la reducción se tendrá algún tiempo el miembro en reposo algunos días, aplicando compresas empapadas en la solución que he recomendado para los traumatismos cerrados. Como quiera que la luxación de la mandíbula inferior difiere bastante de las demás en su forma y reducción daré una idea de ella, pues es algo frecuente.

Luxación de la mandíbula.—Puede ocurrir por un exceso de abrir la boca, por bostezo o por otra causa. Queda la boca algo abierta, con imposibilidad de cerrarla. El cóndilo del maxilar inferior está por delante del hueso temporal.

El tratamiento es sencillísimo. No hay más que exagerar un poco la abertura de la boca; apoyar los pulgares sobre las últimas muelas del enfermo, apretando de arriba abajo de manera que se separe y descienda el condilo maxilar, e inmediatamente se empuja al maxilar a su sitio hacia atrás, a donde va naturalmente.





CAPÍTULO LXV

TRATAMIENTO HELIOTERÁPICO BAÑOS DE AIRE, LUZ Y SOL

Fué Priesnitz el fundador de la medicina natural y quien expuso con verdadera claridad el concepto de la terapéutica de los agentes naturales y su modo de acción, y su idea fundamental es que la curación se realiza por el aumento del calor animal, y que este aumento se obtiene por medio de los estimulantes vitales, como son el aire, la luz, el sol, el agua, el ejercicio, los alimentos y los medicamentos.

Entre esos agentes el agua merecía para él el primer lugar; pero añade que si no dispusiera del agua, curaría por medio del aire.

El célebre Rikli dijo que el hombre está hecho para vivir en la atmósfera, y que por consiguiente, penetra en su verdadero elemento cuando se expone a la acción de la luz, del aire y del sol; y que el agua, como agente natural no ocupa sino un segundo término. Por encima del agua, dice, está el aire, y más alto que éste, está la luz, que desempeña el principal

papel en la vida orgánica. Fortificar la piel, volviéndola a sus funciones naturales, como gozaba en el estado primitivo, cuando se la exponía desnuda al contacto directo del aire, de la luz y del sol, es el objetivo de la cura del aire, del baño del aire, luz y sol.

La helioterapia, olvidada desde la antigüedad, vuelve a ser utilizada desde hace unos veinte años; y parece llamada a cumplir una verdadera revolución en la terapéutica médica y quirúrgica.

La acción terapéutica de la luz solar es de las más importantes. El sol obra localmente, como bactericida; aumenta los cambios orgánicos, obrando como resolutivo; y es también analgesiante y eliminador.

Obra sobre el organismo todo, provocando la sudación: tonifica y produce una euforia notable, cosa interesantísima, pues la euforia no es más, en resumidas cuentas, que la facilidad para resistir una enfermedad.

La técnica de la helioterapia es fácil; se practicará una insolación prudente y progresiva, directa y general, pues se expondrá directamente al sol la totalidad del cuerpo, excepto la cabeza.

Aunque es en las tuberculosis quirúrgicas donde es especialmente utilizada la helioterapia, no debe reservarse solamente para ellas. Se puede utilizar también en varias afecciones generales tales como las anemias, el raquitismo, las úlceras atónicas y varicosas y en todas las enfermedades caracterizadas por retardo en la nutrición.

Tiene una notable eficacia en las quemaduras, las

fracturas de consolidación retardada y las osteomielitis operadas.

El baño de sol produce la resolución y la desaparición de las contracturas dolorosas, y con frecuencia logra en las artritis bacilares el retorno de la función articular.

Los resultados obtenidos en las diversas localizaciones hacen de la helioterapia el tratamiento de elección de las tuberculosis externas. Son muy numerosas las curaciones obtenidas. La helioterapia en estos tratamientos debe de estar asociada a la inmovilización obtenida por la extensión continua, vendajes enyesados u otro procedimiento adecuado.

En los niños será la helioterapia el tratamiento de elección; y en el adulto se comenzará por él, o se asociará al tratamiento quirúrgico.

En las tuberculosis pulmonares es también favorable, especialmente en las formas torpidas y en las pleurales. Pero debe rechazarse en las febriles, eréticas y hemoptoicas. Pero en todos los casos debe procederse con mucha prudencia.

La cura helioterápica o de aire, luz y sol no termina con el día; y aunque durante la noche la medicación atmosférica no puede ejercerse sobre la superficie cutánea como durante el día, tiene aplicación igual sobre la superficie pulmonar.

La prueba principal de la insalubridad de las casas es ese tufillo que se percibe cuando se entra en una habitación donde estuvieron algunas horas una o varias personas. La costumbre de tener abierta la

ventana durante la noche es de gran importancia higiénica. No hay nada mejor para robustecer la salud de los individuos; ni se podrá formar idea exacta del bien que puede producir esta saludable práctica en nuestras generaciones de intoxicados, anémicos y degenerados, que no requiere otra precaución que abrigarse con una manta más, y si es en la estación fría cerrando algo la ventana, pero nunca del todo, y procurando no colocar la cama entre una ventana abierta y una puerta mal cerrada.

La cura de aire, luz y sol puede hacerse en todas partes donde haya sol; pero que no haya ningún cristal intermedio; y se puede hacer en el domicilio. A la orilla del mar tiene algunas veces ventajas.

Según el Doctor Segard sus ventajas pueden reducirse a las siguientes: mata los microbios; aumenta los cambios orgánicos; es analgésica; elimina los sequestratos óseos; resuelve las adenitis, las osteo artritis y las peritonitis crónicas: tonifica y calma y disminuye la anemia.

Obra finalmente más sobre el estado general que sobre las lesiones aisladas. Los rayos violeta y ultravioleta de ondas cortas y vibraciones rápidas, modifican la nutrición. Los rayos rojos e infrarojos de ondas largas y vibraciones lentas, penetran más profundamente y tienen acción principalmente calórica. Los baños de sol pueden ser de grande utilidad en la peritonitis tuberculosa, en la cual puede reabsorberse, bajo su acción, la ascitis y disminuir los dolores. Se mejoran los anémicos, escrofulosos y raquíticos.

Los ganglios tuberculosos indurados se reabsor-

ben. Los reblandecidos y puncionados cicatrizan mejor.

Los tumores blancos, las osteomielitis mal cicatrizadas; las fracturas mal consolidadas; las úlceras atónicas, varicosas, sabañones, quemaduras se curan.

Se mejoran las adenopatías bronquiales de los niños y las coxalgias. Tiene peligros en los tuberculosos pulmonares, igualmente que en los niños muy pequeños.

La aplicación de los baños de sol debe hacerse científicamente y dosificarse como un medicamento; pues medicamento es y muy activo y eficaz.

Es un baño progresivo y centrípeto; pues en su aplicación se empieza por el extremo de los miembros para subir hasta la raíz de los mismos. Obra más bien sobre el estado general como tónico que sobre el estado local como resolutivo. De ahí la posibilidad de dar baños sobre los pies, aún en el caso de lesiones renales.

La temperatura exterior más apropiado y mejor es la de 30° , porque el baño de sol debe ser tibio. Pero no será mayor de 45° ni menor de 25° .

La parte expuesta al sol debe estar al descubierto; y cuando más, cubierta de una gasa ligera si la piel escuece. Como he dicho antes, no se tomará el baño de sol detrás de una vidriera, porque el cristal retiene los rayos ultravioleta. Lo mejor es en el campo, al aire libre. La mejor hora es entre las 10 de la mañana y las 3 de la tarde; siendo preferible una hora antes de la comida.

La duración varía. Al principio se harán tres se-

siones diarias de 5 minutos cada una. La cabeza estará a la sombra protegida por una sombrilla o por un sombrero bastante grande, que deberá ser de paja.

He aquí la progresión esquemática del tratamiento helioterápico; según el Doctor Monteuuis:

1.º Día.—Piés, 5 minutos.

2.º Día.—Piés, 10 minutos.

3.º Día.—Piés, 15 minutos.—Piernas, 10 minutos.—Muslos, 5 minutos.

4.º Día.—Piés, 20 minutos.—Piernas, 15 minutos.—Muslos, 10 minutos.—Abdomen subumbilical, 5 minutos.

5.º Día.—Piés, 25 minutos.—Piernas, 20 minutos.—Muslos, 15 minutos.—Abdomen subumbilical, 10 minutos.

6.º Día.—Piés, 30 minutos.—Piernas, 25 minutos.—Muslos, 20 minutos.—Abdomen subumbilical, 15 minutos.

7.º Día.—Piés, 30 minutos.—Piernas, 25 minutos.—Muslos, 25 minutos.—Abdomen subumbilical, dos veces, 10 minutos.

El torax debe protegerse con un chaleco de gasa. La insolación local puede combinarse con la general en las osteoartritis y adenitis cervicales; con una tela que descubra las lesiones. Cuando hay tuberculosis renal se expone el vientre, y no la espalda.

Es preciso tener en cuenta la intensidad solar, las nubes y la estación, pues Julio y Agosto son más luminosos, y por consiguiente la cura será más corta.

Si hay alguna herida o fistula debe limpiarse antes

del baño con suero alcoholizado al 1 por 10, y después del baño curarse con suero alcoholizado al 1 por 20.

El doctor Aimes en su *Pratique de l'Heliotherapie* expone ideas en el capítulo de la técnica general muy dignas de llamar la atención por su importancia precisión y originalidad.

No basta, dice, decir al enfermo que se exponga al sol; es necesario prescribirle su cura solar, con detalles, so pena de obtener resultados mediocres o nulos, o exponerse a accidentes. La técnica varía con las indicaciones. Pero en las afecciones generales, en las tuberculosis externas es *el baño de sol total el único que da resultados*.

Como he dicho ya, la helioterapia debe ser *directa*. Los rayos solares deben tocar directamente la piel sin interposición de cuerpos extraños como compresas, cristal, cuerpos grasos, &, que interceptan los rayos actínicos. Debe ser también *total*. Es todo el cuerpo a excepción de la cabeza lo que debe exponerse al sol. Además de las acciones locales, posee el sol una acción general tónica; pues acelera la nutrición y las oxidaciones, modifica favorablemente la fórmula sanguínea, y aumenta las excreciones tóxicas.

Cuando no sea posible la helioterapia general se hará una helioterapia regional extensa; todo lo extensa posible. Así cuando haya de someterse a ella una pierna v. gr: se someterán las dos y sobre todo los ganglios de la región verdaderos reservorios de bacilos.

En las afecciones locales no tuberculosas como

úlceras atónicas, heridas de armas de fuego, quemaduras, llagas, escaras, fracturas de consolidación lenta, lesiones de los huesos, osteomielitis operadas, perimetritis &, basta la helioterapia local.

Para someter un enfermo a la helioterapia total es necesario tomar precauciones por el peligro a congestiones viscerales, dosificando progresivamente la cura.

El Doctor Aimes opina que las horas más favorables para la cura en invierno son de 10 a 11 y media de la mañana y de 12 y media a 2 y media de la tarde; y que en verano son las horas preferibles de 7 a 10 de la mañana y de 2 a 5 de la tarde, evitando las horas más calientes del día, en especial de 11 a 2; añadiendo que no se debe someter los enfermos a la insolación al ras del suelo, porque es allí la temperatura más elevada.

El viento fuerte es una causa para disminuir la duración de los baños de sol.

Una temperatura de 20° al sol es indispensable para la helioterapia total; y una mayor de 50 debe rechazarse. El sugeto debe estar acostado si se quiere hacer una cura seria.

La duración de las sesiones no es posible fijarla de un modo absoluto. Debe variar según la estación, la afección tratada y la resistencia del sugeto. A continuación va la indicación de un programa cotidiano que puede servir de modelo, teniendo en cuenta las consideraciones que acabo de indicar.

Al principio pueden hacerse tres sesiones por día espaciadas una hora, por lo menos, una de otra, y de la duración siguiente, según el Doctor Aimes:

1.º Día.—5 minutos sobre las piernas y los antebrazos.

2.º Día.—10 minutos sobre las piernas y los antebrazos; y 5 minutos sobre los muslos y los brazos.

3.º Día.—15 minutos sobre las piernas y los antebrazos; 10 minutos sobre los muslos y los brazos; 5 minutos sobre el abdomen.

4.º Día.—20 minutos sobre las piernas y los antebrazos; 15 minutos sobre los muslos y los brazos; 10 minutos sobre el abdomen.

5.º Día.—30 minutos sobre los miembros; 20 minutos sobre el abdomen; 5 minutos sobre el torax.

6.º Día.—3 cuartos de hora sobre los miembros; 30 minutos sobre el abdomen; 10 minutos sobre el torax; 5 minutos sobre el cuello.

7.º Día.—Una hora sobre los miembros; 3 cuartos de hora sobre el abdomen; 10 minutos sobre el torax; 10 minutos sobre el cuello.

8.º Día.—Una hora sobre los miembros; 3 cuartos de hora sobre el abdomen; 20 minutos sobre el torax; 15 minutos sobre el cuello.

Se llega así progresivamente a someter el enfermo al baño solar durante muchas horas por día, en una sola sesión. En principio: no se llegará a la insolación total más que entre el 6.º y 10.º día. En verano se disminuye la longitud de las sesiones. En la insolación local la progresión es más rápida; y la duración de las sesiones puede ser más larga.

Es conveniente para comenzar la cura solar tantear la susceptibilidad del enfermo y su resistencia

física descubriéndole progresivamente durante algunos días sin someterle a la acción del sol.

La alimentación durante la insolación será moderada; pero las bebidas abundantes.

Será conveniente dar fricciones alcohólicas a la piel a intervalos variables. Son escasas las contraindicaciones absolutas del baño de sol.

No debe emplearse en los casos de tuberculosis agudas pulmonares ni pleurales en plena evolución; ni cuando exista una afección general febril intercurrente. Alguno, sin embargo, no teme someterlas a ella.

Las fistulas en los tuberculosos pueden someterse a la insolación.

Puede ser nociva la insolación en los cardiacos; y también en los muy nerviosos si no se hace con prudencia y cuidados; esto es, si no se hacen al principio insolaciones de corta duración.

El eritema solar debido a una exposición de larga duración sin estar el enfermo acostumbrado, aunque es un accidente benigno que cura sin dificultades, debe atenderse. Su tratamiento se reduce a colocar sobre la región eritematosa un paño mojado en una solución acuosa de acetato de alúmina al medio por 100 dejándole aplicado dos horas y haciendo después una aplicación de polvo de talco.





CAPÍTULO LXVI

CUIDADOS QUE DEBEN PRESTARSE A LOS ENFERMOS.—PRECAUCIONES ANTE LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.—CUIDADOS Y LIMPIEZA DURANTE LA ENFERMEDAD.—CUIDADOS EN CASOS DE SÍNCOPE Y A LOS ASFIXIADOS Y ENVENENADOS

Aunque de varios de estos detalles ya me he ocupado en el principio no estará demás amplificarlo un poco.

Cuando ocurre la necesidad de atender un enfermo, lo primero que hay que hacer es desnudarle con cuidado, descosiendo o cortando la ropa si es preciso.

Si no existen heridas ni fracturas, fiebre, disnea ni tendencia al síncope, puede, y será muy conveniente, lavar al enfermo con paños mojados en agua jabonosa templada. Si existen piojos, liendres, o algún otro parásito, se envolverá al enfermo con una gran com-

presa o sábana empapada en vinagre o en una solución de sublimado y se le pondrá un gorro que se le dejará puesto varias horas.

Después de aseado el enfermo se le pondrá una camisa limpia y se le meterá en cama.

Cuando los enfermos hayan de estar mucho tiempo acostados, es conveniente, para evitar las escaras, llagas y roces de la espalda friccionarle un par de veces al día con alcohol, y espolvorearle después con polvo de talco. Debe tomársele la temperatura todos los días dos veces. Alguna vez es necesario más de dos. Conviene anotarla en una gráfica para ver con facilidad su marcha. Deberá tomarse en la axila, y si el enfermo suda es conveniente secar la axila antes de colocarle el termómetro; y se hará que cruce el brazo sobre el pecho, mientras está colocado; y si se trata-se de un niño o de persona muy debilitada deberá otra tener aplicado el brazo del enfermo al pecho; y se mantendrá puesto el termómetro cinco minutos.

La temperatura normal es de 37° . Pero oscila entre $36^{\circ},5$ y $37^{\circ},5$. Cuando la temperatura no pasa de $38^{\circ},5$ es ligera fiebre. Alta cuando excede de 39° y toca en los 40° y 41° . Yo la he visto llegar a 44° y medio en una intermitente pernicioso. En la fiebre continua se mantiene elevada casi todo el día con ligera remisión. En la intermitente se presenta en forma de accesos, entre los cuales es completa la apirexia.

En la remitente la diferencia entre el máximo y y el mínimo no baja de un grado. El pulso es, como la temperatura, un importante elemento de diagnóstico. Se toma ordinariamente sobre la arteria

radial; y su frecuencia constituye uno de los síntomas más seguros de la fiebre. El pulso filiforme es señal de muerte próxima. El pulso en las infecciones generales graves es pequeño, blando y frecuente.

Al célebre Doctor Pasteur se debe el descubrimiento de que las enfermedades infecciosas y contagiosas son provocadas por microbios. Y para librarse de ellos, es lo principal no permitir al lado del enfermo más personas que las necesarias para su asistencia; y cuidar que cuantos se pongan en relación con él adopten rigurosamente las debidas precauciones para no ser portadores del contagio.

Pero es importantísimo conocer el modo como se propagan los gérmenes.

La limpieza de los enfermos debe ser escrupulosa. Se vigilará muy especialmente la de los pies, manos y cabeza, cuidando la de las manos y cabeza dos veces al día, por lo menos. Debe cuidarse también la de la boca, y usar blusa blanca para entrar en la habitación del enfermo. No se comerá en la habitación de éste; y médicos y enfermeros cuidarán de lavarse las manos al dejar la habitación del enfermo.

La desinfección de las deposiciones y vasos en que se contiene es importantísima en los casos de enfermos infecciosos, y lo mismo las orinas aunque no tan peligrosas; y debe hacerse esa desinfección con lechada de cal o cloruro de calcio, antes de arrojarlas a los escusados o alcantarillas. Modernamente han empezado a incinerarse.

La lechada de cal se prepara tomando cal de buena calidad. Se apaga añadiéndole, poco a poco, la

mitad de su peso de agua; después de lo cual se tiene metida en un frasco o recipiente grande, perfectamente tapado en sitio seco. Cuando haya de usarse se diluye el polvo en dos veces su volúmen de agua. Y así se obtiene una lechada de cal que puede conservarse varios días en una vasija bien tapada.

Para la desinfección se vierte en el recipiente que contenga las heces una proporción de lechada equivalente a 10 por 100 de su volúmen. Para la preparación del cloruro de calcio se diluyen 100 gramos de él en 1200 de agua. Y así se obtiene una papilla blanca que se deja reposar durante una hora, filtrándola después. Esta solución, aún diluida al décimo, es excelente para la desinfección de las materias fecales. El líquido desinfectante deberá dejarse por algún tiempo, en contacto con las materias fecales, para que sea eficaz. En la desinfección de las orinas puede emplearse la solución de sublimado al 1 por 1000 o de formol a 4 por 100.

La desinfección de los esputos se hará vertiendo en las escupideras una solución de sosa al 10 por 100, o la anterior de formol.

A veces conviene hervir las escupideras.

Las ropas de cama y las personales, como camisas y calzoncillos, se pueden sumergir en una solución de formol en la proporción de 40 gramos por 1000.

La desinfección de los vestidos debe hacerse por el formol. Para ello se encierran las ropas en una habitación, tendidas en cuerdas, y se hacen desprender vapores de formol, bien pulverizando una solución de aldehído fórmico al 5 por 100, o bien mediante la

vaporización de 10 centímetros cúbicos del aldehído, añadidos a 20 centímetros de agua por cada metro cúbico de espacio donde se hallen contenidas las prendas que se trata de desinfectar. La desinfección es completa a las 10 o 12 horas; pero deberá mantenerse 24 cerrada la habitación.

El agua que se utilice para los baños se desinfecta por medio de la lechada de cal en la proporción de 2 por 100.

Después de la curación o muerte del enfermo se desinfectará la habitación. Para ello se dejarán abiertas las ventanas, por que el sol mata los microbios. Deberá lavarse el suelo con una solución de potasa al 1 por 50; o bien con una solución de sublimado salada. Se hervirán vasos de noche y escupideras en una solución sódica.

La habitación se desinfectará como la ropa, y al mismo tiempo, procurando tender las ropas en ella en cuerdas.

Convendrá además, para más seguridad, a la par de la evaporización, pulverizar la solución de formol sobre muebles y sobre todos los objetos sospechosos. Deben emplearse 4 gramos de aldehído fórmico por metro cúbico de espacio.

Una vez terminada la desinfección, se abren ampliamente las ventanas. Todas estas precauciones se hallarán indicadas en todas las enfermedades infecciosas cuyo elemento de contagio reside en las materias fecales y orinas como en la fiebre tifoidea, en la disentería y en el cólera morbo. En este también se hallan en el vómito. Reside en los productos buco-

faríngeos y nasobronquiales, en la difteria, en la gripe, en la pneumonía y bronco-pneumonía, en la peste pneumónica, en el sarampión, en la escarlatina, en las meningitis cerebro espinal epidémica, tuberculosis pulmonar y otras.

En lo tocante a la alimentación de los enfermos, hay que cuidar de dos extremos; el defecto y el exceso de la misma.

Algunas veces será necesario emplear el hielo al interior para combatir las nauseas y los vómitos, o para combatir una hemorragia de boca, estómago o pulmón. Para ello debe prepararse el hielo en pequeños terroncitos; y a fin de que no se funda demasiado pronto se colocan los trocitos de hielo sobre un pedazo de franela estendido sobre una fuente de loza o sobre una bandeja.

Las tisanas sea hechas por infusión o por cocimiento, sirven con frecuencia de bebida habitual a los enfermos. Entre ellas es importante la de legumbres, que también se llama caldo de legumbres. Muy empleado en los niños de pecho y en los dispépticos, se prepara del siguiente modo:

Agua, 1 litro.

Patatas, 65 gramos.

Zanahorias, 65 gramos.

Nabos, 25 gramos.

Judías y guisantes secos, 25 gramos.

Se cuece durante tres horas, y se añaden cinco gramos de sal, teniendo cuidado de reducir la canti-

dad del líquido por ebullición, a menos de un litro. Se cuele el caldo así obtenido. Enseguida se añade una cucharada de las de café, de harina de arroz, por cada 100 gramos de caldo, y se cuece durante un cuarto de hora. La provisión se renovará cada día y se conservará al fresco.

La limonada es una bebida excelente para los enfermos y se prepara así:

Limón, 1.

Agua, 500 gramos.

Azúcar, 25 gramos.

Se corta el limón en rabanadas delgadas, separando las simientes que comunican a la limonada sabor amargo. Esprímase y cuélese.

También se puede componer una bebida muy útil y agradable con medio limón, el jugo de dos naranjas, y 25 gramos de azúcar que se colará por un lienzo fino.

En la administración de los medicamentos es necesario la mayor exactitud y cuidado. Los aceites se tomarán más fácilmente mezclados con vino, aguardiente o café.

La vejiga llena de hielo se aplica interponiendo un pedazo de franela y se recomienda aplicarla sobre el corazón, para hacer descender la temperatura del enfermo y moderar el ritmo cardíaco.

En las meningitis agudas, y en la congestión cerebral se aplicará también la vejiga de hielo sobre el cráneo; y sobre el vientre en las apendicitis y peritonitis agudas. La franela se cambiará con frecuencia a

fin de que esté siempre seca. La bolsa de hielo se retirará cuando el hielo se funda, porque cesando la aplicación del frío, se opera la reacción consiguiente, y produce un efecto contrario. Debe conservarse el hielo en trozos grandes envueltos en franela partien-dolos en el momento de usarlos.

Lociones frías.—La técnica de la loción fría es muy sencilla. Estando acostado el enfermo, y cubierta su cabeza con un paño mojado en agua fría, se van descubriendo los miembros y el tronco; se pasa por cada una de estas partes una esponja grande o toalla empapada en agua a la temperatura ordinaria; empezando por el brazo; luego el pecho; después la espalda y por último en los miembros inferiores. En seguida y con un lienzo seco se frota y seca. No es necesario emplear para todo esto más de cuatro a cinco minutos.

Sábana mojada fría.—Se emplea la envoltura húmeda y fría, como antipirética en las enfermedades infecciosas agudas, con muy buen resultado. Para aplicarla, se quitan las sábanas de la cama y se colocan dos mantas debajo del enfermo. Este, después de mojada con agua fría la cabeza y el nacimiento del pecho y la espalda, se coloca extendido y con los brazos a lo largo del cuerpo sobre una sábana mojada cuyos bordes se cruzan por delante del pecho, y van a parar a la espalda. El sobrante por la parte inferior se dobla sobre los pies. Las mantas de lana se disponen de la misma manera, con el fin de arropar al enfermo. Este puede permanecer así durante 30, 40 minutos y aún más si conviene.

Las lociones y la sábana fría se emplean mucho en las enfermedades infecciosas febriles; y obran por la sustracción de calórico, originando tendencia al descenso de la temperatura, y por acción térmica sobre el sistema nervioso, merced a la excitación térmica del agua fría.

Compresas calientes.—Llenan muchas indicaciones. Colocadas sobre el abdomen o región renal, alivian el dolor de los cólicos. Sobre el pecho en los casos de afecciones pulmonares o pleurales, alivian las toses y la disnea y facilitan la expectoración. Sobre la garganta alivian los accesos del falso crup. Las aplicaciones de estas compresas se hacen con gasas muselinas y aún pedazos de mantas inútiles. Se sumergen en agua todo lo caliente posible, esprimiéndolas para que no chorreen el líquido, y se aplican cubriéndolas con una tela impermeable, de modo que quede bien cubierta la compresa. Sobre la tela impermeable se colocará un pedazo de tejido de lana o franela, para que las compresas conserven más tiempo el calor. Deben cambiarse muy amenudo. Las cataplasmas deben aplicarse lo más caliente que sea posible y pueda tolerar el enfermo. La cataplasma sinapizada se prepara espolvoreando con mostaza recién molida, la superficie de la cataplasma de modo que esté bien cubierta la parte que va a aplicarse.

El baño general se usa como medio de tratamiento de enfermedades y como medio de limpieza. Como medio de tratamiento presta inestimables servicios; en especial en las fiebres y enfermedades infecciosas cuando la temperatura se mantiene por sobre 39°.

El baño tibio ejerce una acción sedante sobre el sistema nervioso, en especial si se prolonga por media o una hora. Se emplea mucho y con grandes resultados en el insomnio nervioso; en las formas eréticas de la neurastenia e histerismo y en los dolores de la polineuritis.

Los lavados se practicarán con un irrigador y una cánula de cristal. En cada lavado se empleará un litro de agua hervida tibia a la que se añadirán 50 o 100 gramos de agua oxigenada.

Si algún enfermo tuviese algún padecimiento por el cual no le fuese posible tomar la alimentación por la boca puede darsele por medio de una sonda que se introduzca al estómago por las narices. Esta sonda será de un calibre de seis milímetros y su longitud de 90 a 100 centímetros.

El síncope implica pérdida súbita y momentánea del conocimiento y del movimiento con cesación más o menos completa de la acción del corazón. La respiración parece detenerse; falta el pulso, está la cara pálida, y el sudor baña casi siempre la frente y las sienes; y reclama cuidados inmediatos para evitar peligros.

Debe trasladarse inmediatamente el enfermo al aire libre, tendiéndole horizontalmente y con la cabeza más baja que los hombros. Se soltarán sus ropas, se le quitará la corbata, cuello, calzado y ligas: se le aflojará el cuerpo del vestido y la pretina del pantalón y se le aplicarán las sales inglesas.

Si se prolongase el síncope, se practicarán fricciones en el cuerpo y golpecitos con un paño mojado,

en la cara o también con la mano; se aplicarán sinapismos a las piernas y a los brazos; ladrillos y botellas de agua caliente a los pies que se renovarán a menudo. Se introducirá por la nariz las barbas de una pluma. Se pondrán inyecciones y serán estas, o una de cafeína de 25 centigramos o 5 de aceite alcanforado al 1 por 10; o mejor dos o tres de eter sulfúrico, todas ellas escalonadas. En los casos graves se acudirá a las tracciones rítmicas de la lengua. Y cuando ya respire el enfermo, y se perciba el pulso, se le dará aguardiente, coñac o vino caliente. Después que haya desaparecido el síncope, se acostará al enfermo y se le dará vino caliente en pequeñas cantidades.

En los países donde reina el paludismo suelen presentarse fiebres perniciosas de forma sincopal. En este caso, sin omitir lo dicho, debe ponerse rápidamente al enfermo una inyección hipodérmica de una sal de quinina, prefiriendo el clorhidrato; y media hora después otra.

La asfixia es la muerte aparente por falta de aire respirable.

Las personas asfixiadas presentan una coloración violacea en el rostro, más o menos pronunciada. Los auxilios a estos enfermos deben prestarse por dos horas; y no permanecerán al lado del enfermo más de tres o cuatro personas.

Los ahogados pueden volver en sí, aún después de algunas horas de cuidados. Desde que se extraen del agua, se procurará tenderles sobre el lado derecho. Se inclina ligeramente su cabeza, sosteniéndola

por la frente, y se separarán suavemente los maxilares, para facilitar la salida del agua, que se haya introducido por la boca y narices. Se le quitan enseguida los vestidos mojados, y todas las ligaduras, y se empezarán las tentativas para restablecer la respiración limpiando la boca y nariz, atrayendo con una pinza larga la lengua hasta que salga de la boca. Para procurar los movimientos respiratorios se titila el orificio de las ventanas nasales con las barbas de una pluma; se friccionará enérgicamente el pecho o se golpea el rostro con un paño mojado, y se empieza inmediatamente la respiración artificial que es lo más eficaz.

Deben combinarse los métodos de acción sobre el torax y de tracciones rítmicas de la lengua. Para lo primero se coloca al paciente sobre el dorso, sostenidos en alto los hombros; se levantan los brazos a los lados de la cabeza, dejándolos extendidos un par de segundos, se bajan entonces y se les apoya con fuerza, pero sin sacudidas, a lo largo de las paredes torácicas. El conjunto de estas maniobras debe repetirse 15 o 16 veces por minuto tirando de la lengua hacia fuera, combinando así los dos procedimientos.

En cuanto aparezcan los movimientos respiratorios, deben cesar las maniobras expresadas, y acostarse el enfermo envuelto en mantas calientes, bajo las cuales deben friccionarse los miembros. También se colocarán botellas de agua caliente bajo los brazos, entre los muslos y en la planta de los pies y se darán al enfermo a cucharaditas de las de café, agua caliente, té, vino, o café caliente.

En cualquier caso de envenenamiento ocurrido por la introducción de un veneno por la boca, es necesario evacuar el estómago; y esto se consigue mejor, que con ningún otro medio, por el lavado del estómago por medio del tubo de Faucher. Si no se dispone de éste, podrá administrarse un vomitivo o hacer la titilación de la úvula.

El vomitivo será el siguiente:

De ipecacuana en polvo, 1 gramo.

De agua, medio vaso.

Se diluirá bien el polvo en el agua, y se tomará de una vez.

El envenenamiento por los alimentos, tiene lugar con bastante frecuencia en especial cuando se hallan en mal estado. Los accidentes que se presentan en primer término son vómitos y diarrea por lo regular. Después aparecen exantemas, como urticaria y púrpura; trastornos nerviosos como cefalea, vértigos y dilatación pupilar, en casos más graves, delirio y coma.

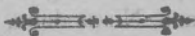
Lo primero que debe hacerse sino pasó mucho tiempo, es el lavado del estómago. Y si ha transcurrido tiempo suficiente para que la mayor parte de esos alimentos hayan pasado al intestino se administrará un purgante; y de preferencia el aceite de ricino, y se administrarán enemas repetidos y se aplicarán cataplasmas al vientre.

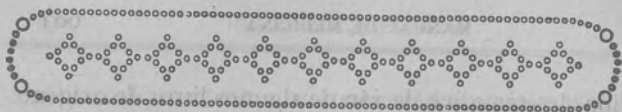
Los trastornos respiratorios y la sensación de angustia que les acompaña, se calman con la respira-

ción de eter o inhalación de algunos litros de oxígeno. Para levantar el corazón se practicarán inyecciones de eter y de aceite alcanforado al décimo.

El régimen lácteo es de rigor; y también algún vino o alcohol.

En los envenenamientos por los ácidos se administrará inmediatamente la magnesia calcinada hidratada; agua de jabón (15 gramos de jabón blanco por 2 litros de agua). Y al presentarse los vómitos se dará en seguida agua albuminosa, leche y purés espesos, después de otra administración de los antidotos. Los dolores se calmarán con la inyección hipodérmica de morfina; y se reanimará al enfermo con cataplasmas calientes en el vientre y botellas de agua caliente en los piés; y fricciones en el tronco y miembros.





CAPÍTULO LXVII

OPERACIONES DE CIRUGÍA MENOR.—CAUTERIOS.—ANESTESIA.—SUTURAS.
—AGUJAS INTRODUCIDAS EN LOS DEDOS.

La sangría es la primera. Tiene por objeto sustraer una cantidad de sangre de la circulación general. Para ello se necesitan lancetas; y debe prepararse una cinta o venda ancha para la ligadura preliminar; compresas de gasa, algodón hidrófilo, y una venda flexible para la cura. Se preparará agua hervida, jabón y alcohol para la limpieza de la piel del enfermo y manos del cirujano.

Ordinariamente para la sangría se elije una vena de la flexura del brazo. No se debe, a no haber alguna indicación urgente, hacer la sangría hasta que la digestión haya terminado.

Para que la sangre brote bien, se pone una ligadura en el brazo a dos o tres traveses de dedo del punto donde se va a hacer la sangría. Es conveniente que dé dos o tres vueltas al rededor del brazo. Una vez bien llenas las venas, se toma la lanceta con el

pulgar y el índice, y estando sentado o acostado, y sujeta la vena con el pulgar, o con éste y el dedo índice izquierdos, se clava suavemente la punta de la lanceta hasta llegar a la vena cuya pared atraviesa, y al sacarla, a fin de hacer la herida lo suficientemente ancha para que la sangre salga se eleva un poco la punta de la lanceta, con lo cual se aumenta un poco la abertura. Si el chorro de sangre no fuera suficiente, conviene que el sujeto mueva los dedos teniendo algún objeto entre ellos. Cuando se ha obtenido la cantidad de sangre que se deseaba, se afloja la venda y se aplica sobre la herida una compresa esterilizada de gasa o de otra tela de hilo blanco, sino hubiera gasa, que se sujeta con el pulgar izquierdo y encima de esta se coloca alguna más, un poco de algodón hidrófilo, y una venda ligeramente apretada. Uno de los accidentes que pueden ocurrir en la sangría es el síncope que se corrige echando al enfermo y estimulándole con aspersiones de agua fría a la cara.

Es preciso tener cuidado no herir especialmente la arteria humeral que se halla detrás de la vena, próxima y más profunda.

La sangría caída injustamente en descrédito, ha vuelto a ocupar el lugar que le corresponde. Se halla indicada, entre otros casos, en la insuficiencia mitral no complicada, y en su periodo de asistolia con congestión pulmonar y hemoptisis. Una sangría de 200 a 300 gramos aliviará al enfermo y hará posible y provechosa entonces la administración de la digital y diuréticos. En el edema agudo del pulmón es la sangría recurso decisivo a veces, y mejor dicho, casi

siempre, 400 gramos de sangre que se extraigan, hacen, por lo regular, recobrar una vida que ya se consideraba perdida. Algunas congestiones del pulmón, entre ellas la ocasionada por la pulmonía se combaten también por ella con buen éxito.

Y el mismo efecto produce en las congestiones cerebrales. En la uremia es recurso vital casi siempre; y en este y otros casos obra no solo como agente descongestionante sino como depurativa y eliminadora de toxinas. La jeringa de Pravaz es un instrumento necesario y de gran uso. Uno de los mejores modelos es la de cristal. Las agujas pueden ser de acero; pero es mucho mejor que sean de platino irideado. Los líquidos inyectables nos los facilita hoy el comercio en ampollas cerradas a la lámpara, que no ofrecen peligro de infección. Los puntos donde deben hacerse las picaduras serán en la parte externa de los brazos, la fosa retro-trocanteriana, la parte superior de la nalga, la parte antero-lateral del vientre; la fosa infraespinosa; la cara externa del muslo; y en particular la cara externa del brazo y antebrazo para las de morfina; la fosa retro trocanteriana y nalga para las que hayan de hacerse intramusculares, y la pared abdominal para los sueros. Debe tenerse presente que no se harán nunca en la cabeza, cuello, cara interna del brazo, región del codo, manos, periné, cara antero-interna del muslo, hueso poplíteo y piés.

Para las inyecciones de aceite deben emplearse agujas de más longitud y calibre para poderlas dar intramusculares; y se introduce la aguja perpendicularmente. Después de la inyección de aceite, debe

lavarse la jeringa con alcohol y eter. Las inyecciones de quinina y las de eter son bastante dolorosas.

Si se rompiese la aguja y quedase dentro, lo cual ocurre más frecuente y facilmente con las de acero, se saca si se puede; si no se deja dentro.

Para evitar el posible peligro de embolia, se introduce la aguja separada de la jeringa, y no se pone esta, hasta ver si sale sangre por la aguja. Y lo mejor será aspirar con la jeringa para ver si entra sangre en ella. En caso negativo se puede inyectar sin temor. Caso que salga sangre lo cual indica la entrada de la aguja en una vena, se retira e introduce en otro sitio. Los accidentes infecciosos no se presentarán si se toman precauciones de asepsia, siendo indispensable la desinfección rigurosa de la jeringa por la ebullición y el flameado de la aguja o su ebullición si es de acero, y el empleo de soluciones antisépticas.

No es indispensable, aunque sí conveniente, lavar la piel del enfermo si está sucia; pero debe siempre pintarse con tintura de yodo. Las inyecciones de suero fisiológico se hacen con aparato especial; aunque también puede emplearse cuando la cantidad no sea grande la jeringa Roux. La casa Cea de Valladolid prepara en ampollas especiales grandes, el suero fisiológico, y vende también los aparatos para su inyección y con ellos la instrucción para su uso. También es bueno el aparato Hallión-Carrión de París.

El sitio mejor para hacer estas inyecciones es la región trocanteriana, la parte lateral del tronco, o la pared abdominal, en las cuales es abundante el tejido celular. El enfermo debe estar acostado. Se lavará la

región con agua caliente y jabón y después con alcohol; o también simplemente pincelarla con tintura de yodo.

Debe de cuidarse desalojar bien el aire del tubo antes de dar la inyección. Se puede ayudar la absorción del líquido poniendo sobre el bulto que se forma compresas calientes.

Ventosas.—Para aplicarlas es mejor que nada hacer uso de vasos ligeros de boca bastante ancha; y tiene por objeto determinar una fuerte congestión sobre los tegumentos a que se aplican. Cuando la ventosa se aplica sobre la piel hasta hacer su efecto, es seca. Cuando va precedida o seguida de incisiones, se dice escarificada. Para aplicarla se hace con un palito y algodón en rama una especie de pincel que se moja en alcohol; se le prende fuego, y esta pequeña llama se introduce unos segundos en el vaso que ha de hacer de ventosa para que se produzca el vacío y se aplica rápidamente.

Las ventosas pueden escarificarse con lanceta, bisturí o escarificador alemán.

Las ventosas son de acción eficaz indudable contra ciertos dolores neurálgicos como el *lumbago* que se combate muy bien con cuatro o cinco ventosas escarificadas, igualmente que la relajación de los riñones de los obreros.

La pneumonía es otra de las enfermedades en las que se combate con éxito alguno de sus síntomas con las ventosas escarificadas especialmente en los adultos. En estos casos se aplican de seis a doce ventosas escarificadas sobre el sitio donde radica el soplo y la

matidez. La congestión pulmonar, de cualquier naturaleza que sea, gripal, Brigtica o de otra clase, deberá también tratarse con las ventosas secas o escarificadas.

La pleuresía, en especial la diafragmática se mejorará también con ventosas escarificadas, sobre todo cuando haya mucho dolor.

La pericarditis y endocarditis agudas requieren también las ventosas escarificadas cuantas veces la taquicardia, el dolor precordial y la disnea sean muy acentuados. Se aplicarán en número de 2 a 4 al nivel de la región precordial y se repetirán cada 2 a 4 días.

Las congestiones hepáticas y esplénicas también se tratan por las ventosas escarificadas cuando existan vivos dolores al nivel de la viscera.

La nefritis aguda igual; de 8 a 10 ventosas escarificadas en cada lado en la región lumbar son utilísimas por lo regular.

El cauterio al rojo blanco es de acción rápida y profunda.

No es tan doloroso como el rojo sombra. El termocauterio de Paquelín es de uso muy frecuente. Se emplea la punta enrojecida del termocauterio para abrir algunas colecciones purulentas, como el acné-flegmonoso, los forúnculos y el antrax.

La cauterización ignea se emplea también con fin hemostático. Se emplea igualmente en el tratamiento de verrugas y pequeños papilomas. Para la ablación de unas y otros, cogerá el operador el tumorcito con una pinza con la mano izquierda, y con la derecha secciona con el cauterio el pedículo del tumorcito, destruyendo luego el sitio de implantación del tumor.

La cauterización ignea se emplea también como revulsivo, haciendo puntas de fuego superficiales sobre la piel en las neuralgias ciática e intercostales y las congestiones de los tuberculosos. Pero no se aplicarán en los tuberculosos con fiebre. En las neuralgias intercostales será el sitio de elección, para aplicarlas, la proximidad de las vértebras al nivel del espacio intercostal y junto al esternón; y en otras neuralgias sobre el trayecto del nervio enfermo en una o varias líneas. La fiebre es una contraindicación absoluta.

En las congestiones pulmonares de la gripe, frecuentes en las formas prolongadas, pueden prestar buenos servicios. Pero siempre se tendrá presente que en las congestiones tuberculosas no deben aplicarse en enfermos que no esten apiréticos.

La anestesia puede producirse de varias maneras y por diversos medios. La anestesia por el eter se obtiene por refrigeración debida a la evaporización del mismo, producida por medio de un pulverizador. De la misma manera se produce la anestesia por el cloruro de etilo que es preferible al eter para ello. Para producir la anestesia por el cloruro de etilo, se separa el tapón con que está cerrado a tornillo el tubo, y se coge con toda la mano. Con el calor de ella se calienta el tubo y sale el vapor del cloro etilo por el pequeño orificio del tubo; se dirige sobre la superficie que se quiere anestesiar, manteniendo el tubo algo separado.

El clorhidrato de cocaína es la sal de cocaína que más se usa.

En el comercio se halla este anestésico en ampo-

llas de 1 a 2 centímetros cúbicos. También se emplea la cocaína localmente en soluciones para instilaciones y unturas. No debe emplearse la cocaína en los cardíacos, albuminúricos ni en los niños. Es de uso peligroso, y vale más reemplazarla por otro anestésico, como es la novocaína que es muy poco tóxica y se emplea mucho para la anestesia superficial y para la dentaria.

En el comercio existe también mezclada a la adrenalina que prolonga más su acción, porque aunque poderosa, es algo fugaz; y conviene usarla así. Los sitios más peligrosos para la aplicación de la cocaína son el cráneo y la cara; pero especialmente las encías y mucosa nasal.

Contra los accidentes cocainicos que pueden ocurrir, de origen lipotímico o vértigos, debe acostarse en seguida al enfermo con la cabeza baja, airearle y friccionarle con agua fresca la cabeza y administrarle una taza de café cargado y una copita de coñac o aguardiente; y practicar alguna inyección de caféina o eter. Ya he dicho que es preferible usar la novocaína que es un excelente anestésico y muy poco tóxica.

Suturas.—Toda herida reciente, de bordes limpios, debe unirse por medio de suturas. Toda herida contusa, probablemente infectada, debe curarse sin coser; libremente. Para coser una herida es preciso aguja conveniente, hilos y pinzas, todo bien esterilizado. Se empieza limpiando la herida y sus inmediaciones; quitando los coagulos sanguíneos y cuerpos extraños. Después se embadurna la herida y sus alre-

dedores con tintura de yodo, pasando una bolita de algodón, impregnada, dos veces, con cinco minutos de intervalo, o aún menos de una a otra. De punto a punto de la sutura habrá un centímetro y también un centímetro de la salida libre de la aguja al borde libre de la herida. Los puntos no se apretarán más de lo necesario; pero si lo necesario, para que confronten los labios de la herida. Los nudos de los puntos se colocarán a un lado; nunca sobre la línea de unión. Cuando no haya seguridad de la asepsia de una herida debe colocarse un tubo de drenage en el punto más declive. La sutura se dejará colocada durante cinco o siete días. En los tejidos de la cara se pueden quitar todos los hilos, o parte, por lo menos, del tercero al cuarto día.

Para separar los hilos se levantará uno, por medio de una pinza, un poco al ras de la piel, y por debajo del nudo, y se corta con la tijera tirando de la parte correspondiente al nudo, mientras con la pinza se apoya hacia el borde de la herida.

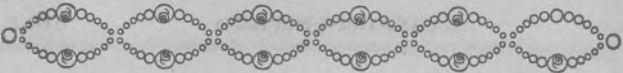
Puede darse y se da frecuentemente el caso que cosiendo a la máquina se introduce una aguja en el dedo, se rompe al nivel de la piel, y desaparece de la vista de bajo del dermis, cosa más dolorosa que peligrosa.

Se procurará asegurar en primer término la asepsia, y en segundo la isquemia o detención, en parte, de la circulación, para ver bien y que no lo estorbe la sangre. Se asegura también al paso la insensibilidad.

Para la operación es necesario agua caliente hervida, jabón, alcohol, un tubo de caucho de los que usan

para drenage de 20 a 30 centímetros de longitud, una solución de estobaina al 1 por 100, una jeringa de Pravaz, un bisturí, dos pinzas de forcipresión, una pinza de disecar, una aguja recta o curva pero fina, gasa esterilizada, alcohol o eter sulfúrico. Se procurará hacer la desinfección de los tegumentos del operador y del operado. Se embadurnará con tintura de yodo el campo operatorio o inmediaciones. Y realizada la asepsia, solo se dejará al descubierto la parte lesionada. Si la aguja está en un dedo, se tomará el tubo de drenage o parte de él y se darán con el dos o tres vueltas al rededor de la raíz del dedo, fijándose con una pinza de forcipresión los dos cabos del tubo de ligadura. Se inyectará en el dermis medio o un centímetro cúbico de la solución de estobaina en la línea media del dedo; y se espera para operar, de 8 a 10 minutos. Pasados esos minutos no se sentirá dolor ni saldrán más de algunas gotas de sangre, después de sacar la aguja se coserá la herida; y sobre ella se pondrán unas hojas de gasa esterilizada; se colocará la venda y se quitará el tubo.





CAPÍTULO LXVIII

HEMORRAGIAS.—PUNCIONES.—SUEROS.

—LAVADOS DEL ESTÓMAGO.—CURA
DE OJOS Y OIDOS.

La hemorragia puede ser arterial, venosa o capilar.

La arterial se caracteriza por un chorro de sangre que sale por sacudidas isócronas con los latidos del corazón. La venosa por un derrame de sangre en forma de chorro continuo. La hemorragia capilar se caracteriza por un derrame de sangre roja, en sábana; es poco abundante por lo regular.

Toda hemorragia que no se cohibe y contiene por sí misma, o no se detiene por cualquier otro medio, puede ocasionar la muerte.

Las hemorragias capilares, las venosas y las de pequeñas arterias pueden detenerse espontáneamente. Las de arterias y venas gruesas no se cohiben espontáneamente.

La extrema palidez de la piel y mucosas, decoloración de la cara y labios, frecuencia y pequeñez del

pulso, disnea y aceleración de los movimientos respiratorios, precipitación y debilidad de los ruidos del corazón, la sed intensa y el enfriamiento de las extremidades, son signos para reconocer una hemorragia grave, aunque sea interna.

Y como el papel del médico en este caso, es el cohibir las hemorragias, reanimar al enfermo y facilitar la reparación, a eso deben tender todos sus esfuerzos y cuidados.

Entre los procedimientos para ello, la ligadura es el mejor, y más seguro; pero antes y mientras se prepara lo necesario, será preciso recurrir a la compresión. Para la ligadura podrá servir cualquier hilo con tal que esté aséptico. Pero el mejor es el catgut por ser reabsorbible. Al practicar una ligadura deben ligarse, siempre que se pueda, los dos extremos. La ligadura no comprenderá más tejidos que el vaso herido. El nudo será perpendicular al vaso ligado, y debe atarse el hilo con dos nudos superpuestos; y al cortar no se cortará muy cerca del nudo.

La hemorragia de los pequeños vasos o de capilares se cohibirán fácilmente por medio de la compresión que se ejerza por medio de una cura seca y una venda moderadamente apretada.

En estas hemorragias es donde tienen acción los hemostáticos químicos tales como los que diremos.

La hemostasia por agentes químicos se efectúa por la coagulación espontánea de la sangre al nivel de las heridas. Se ha empleado la antipirina mucho en aplicaciones locales en las epistaxis y hemorragias capilares en general. La solución debe ser al 20 por 100.

El percloruro de hierro líquido está casi abandonado.

La gelatina es un excelente coagulante. Para la hemostasia se emplea una solución en agua salada fisiológica al 7 por 1000 y se la puede añadir cloruro de calcio en esta forma:

De gelatina, 50 gramos.

De cloruro cálcico, 10 gramos.

De agua salada al 7 por 1000, 1 litro.

Disuélvase.

Esta solución debe esterilizarse, y se empleará tibia: Para una herida de la mano se vierten simplemente unas gotas de la disolución sobre la herida, o se deja en contacto con ella, durante unos momentos, un tapón impregnado en ella.

Tratamiento de la epístaxis.—Las hemorragias nasales pueden corregirse del modo siguiente: Un buen medio consiste en comprimir las alas de la nariz contra el tabique, por medio del pulgar e índice, sosteniendo diez minutos esta compresión.

Otro medio más eficaz consiste en introducir y mantener en la entrada de las fosas nasales, un taponcito impregnado en una solución de antipirina al 10 por 100.

Si fracasan estos medios, se recurrirá al taponamiento anterior, introduciéndose, por medio de unas pinzas unas tiras de gasa esterilizada o yodofórmica, que se aprieten con suavidad, hasta rellenar la parte anterior de las fosas nasales. Este taponamiento se

deja colocado durante dos o tres días y se retirará después sin violencia. También puede evitarse este taponamiento mediante una irrigación nasal con agua a 37° y aún mejor a 38°, en la cual puede disolverse una cantidad de antipirina que no pase del 5 o 6 por 100. Esto lo hace más eficaz.

Hay hemorragias pulmonares, abundantes dependientes de lesión cardíaca. En estas el medio de tratamiento es una sangría de unos 300 gramos. Y seguidamente se darán 20 a 25 gramos de aguardiente alemán mezclados con 15 de jarabe espino cervical. Y al siguiente día se darán 20 gotas de digitalina cristaliza al 1000 y al siguiente día otras 20, juntamente con régimen lácteo puro durante 8 días.

Punciones exploradoras.—Son quequeñas operaciones que consisten en introducir en los tejidos la aguja de la jeringa de Pravaz, con objeto de comprobar la presencia de líquidos.

La punción exploradora se practicará en los siguientes casos:

- 1.° Para conocer la calidad y naturaleza del líquido.
- 2.° Para hacer el examen bacteriológico de ese líquido.
- 3.° En caso de una tumoración en cualquier región, para averiguar su naturaleza; si es sólida o líquida.

Una punción exploradora efectuada con una aguja fina y esterilizada no ofrece peligro y es casi indolora.

Toda punción exploradora debe ir precedida de los cuidados de asépsia; esterilización de la aguja y de la jeringa; lavado de la piel y embadurnamiento de tintura de yodo.

Toracentesis.—La toracentesis es una punción de la cavidad pleural que se hace con un aparato aspirador para extraer el líquido que pueda contener. Este aparato es el de Potain o el de Dieulafoy.

Producido que sea un derrame pleural, se está obligado a practicar la toracentesis cuando exista abundancia; o cuando persista mucho el derrame. Cuando la matidez a la percusión se note por detrás del omoplato, y el soplo adquiriera un timbre bronquial y se perciba en los dos tiempos de la respiración, es urgente la operación.

Cuando un derrame pleural persiste, sin crecer de 15 a 20 días, la toracentesis se halla indicada; y sobre todo, en los derrames serosos que se diagnostican con la punción exploradora.

La aguja que se elija será una fina del número 2 o 3. Se asegurará de que esté libre el tubo de la aguja; y todo se esterilizará por la ebullición en una solución alcalina.

La punción se practicará por detrás en el 7.º u 8.º espacio intercostal sobre la prolongación del ángulo superior del omoplato y por delante del borde externo del gran dorsal, que ocupa las partes laterales de espalda y pecho. El ángulo inferior del omoplato corresponde al 6.º espacio intercostal, de modo que la primera costilla que se aprecia por debajo de este ángulo es la séptima.

El enfermo puede estar sentado o echado sobre el lado sano.

Paracentesis.—Consiste la paracentesis en punccionar la cavidad abdominal para evacuar un derrame peritoneal.

Para ello se necesita un trocar ordinario, todo de metal de medianas dimensiones esterilizado, siendo preferible el número 3 del aparato de Potain o Dieulafoy. El trocar irá provisto de su tubo de caucho, esterilizado también; y antes de utilizar el instrumento, debe comprobarse su perfecto estado.

Cuando se hace una parentesis debe tenerse también lo siguiente:

Frascos grandes de cristal.

Un frasco de eter sulfúrico.

Un frasco de alcohol a 90°.

Compresas esterilizadas; algodón ordinario; algodón hidrófilo; un vendaje de cuerpo e imperdibles.

El sitio de elección para la punción es el centro de una línea que una el ombligo con la espina iliaca anterior superior; y de preferencia en el lado izquierdo, cuando sea el hígado el órgano enfermo que produce la ascitis; y a la derecha si es el bazo.

Siempre que se haya de hacer uso de estos aparatos para punción, lo mismo que de jeringas es necesario probar su funcionamiento.

Es necesario también lavar la piel del enfermo con agua y jabón; y después con alcohol; o bien se embadurna con tintura de yodo. Pero es mejor y más seguro, aunque no sea necesario, hacer las dos cosas.

Toda operación de toracentesis y de paracentesis va precedida de una punción exploradora con la jeringa de Pravaz. No debe salir rápidamente el líquido; más bien lentamente. Cuando se ha extraído el líquido en cantidad de un litro, se da por terminada, por entonces, la operación. Retirada la aguja, se malaxa un poco el orificio y se toca con tintura de yodo. Teniendo cuidado de no extraer en una sola sesión más de 1000 a 1500 gramos se evitará un peligro más terrible, que es el del edema del pulmón.

Vacunas.—Al tratar de vacunas, la primera que se viene a la mente es la preservadora de la viruela. Procede de la vaca y fué descubierta por el Doctor Jenner. También puede inocularse la procedente de un niño o adulto que esté sano. Pero se dá la preferencia a la procedente del animal. En cualquier edad se puede vacunar a los niños; pero es preferible esperar a que cumplan los dos meses; a menos que haya epidemia; pues en este caso, no se debe esperar nada. Toda enfermedad aguda es una contraindicación que obliga a esperar.

Cuando se vaya a vacunar es necesario preparar agua hervida; algodón hidrófilo; un poco de algodón y un cristal de reloj, o una capsulita. La vacuna viene en tubos, procedentes de varios centros o Institutos. Tiene mucho renombre la vacuna suiza, aunque otros varios centros la preparan buena, sin duda tan buena como la suiza; entre ellos el gran Instituto Ferrán de Barcelona.

Con los tubos de vacuna vienen actualmente instrumentos, que son, como unas plumas de acero;

para vacunar sirve igualmente una lanceta. Con la pluma es más cómoda y fácil; y se vacuna con mejor resultado con las rozaduras o pequeñas incisiones que hace la pluma que con la picadura de la lanceta. Hecha la incisión o picadura, se pone el virus sobre ella. Debe cuidarse que no sea demasiado profunda para que no dé mucha sangre que arrastre el virus.

Como el periodo de preservación producido por la vacuna es limitado debe hacerse renovación a los ocho años, cuando más.

Desde el célebre Pasteur cuenta la humanidad con un tratamiento preservativo de la rabia, y el curativo de la difteria. Ambos se fundan en sueros. En el caso de mordedura de un perro es necesario averiguar si el perro está rabioso. Para ello, lo primero que debe hacerse es encerrar al perro si es posible; y si después de tres o cuatro días, convenientemente observado, no presenta nada de particular el herido no tiene que temer. Si el perro es hidrófobo muere en el transcurso de 8 o 10 días. Si después de 10 días el perro no ha muerto, o no presenta signos de rabia, la persona mordida no tiene ya nada que temer. Si el perro no ha sido habido o ha sido muerto debe procederse a la inoculación del virus antirábico. En el hombre puede variar de 20 a 60 días entre la mordedura y la aparición de la rabia.

El suero antidiftérico es la medicación más segura y rápida contra la difteria. Realmente es la única medicación segura; y debe aplicarse cuanto antes, con la jeringa Roux. En un niño, menor de dos años, se inyecta, generalmente, 10 centímetros cúbicos. De

dos a cuatro años se emplean 20 centímetros cúbicos. Si transcurridas 24 horas, persiste la fiebre se renueva la inyección. Es conveniente practicar inyecciones preservativas cuantas veces se declare la difteria en una aglomeración de niños como en escuela o familias. Se inyecta el suero a cuantos estén en contacto con cualquier enfermo. La inmunidad dura de 12 a 28 días. La dosis que debe inyectarse, como preservativo, es de 5 a 10 centímetros cúbicos, según la edad. La inyección se dará en la pared abdominal.

La mejoría se presenta rápidamente. Los escasos fracasos parecen ser debidos a que al bacilo de Löffler productor de la difteria, se asocian otros, contra los cuales no tiene acción el suero.

La mordedura de reptiles venenosos también se combate muy bien con el suero Calmette que figura hoy en la terapéutica científica.

Así mismo se emplea con éxito en la meningoencefalitis infecciosa el suero antimeningocócico descubierto en 1905 por el Doctor Flexner. Se inyecta con jeringa de Roux. Se emplean desde el principio dosis altas: 20 a 30 centímetros cúbicos en el niño y 30 a 40 en el adulto en los casos ordinarios. Se repite la inyección en las mismas dosis tres o cuatro días seguidos.

Lavado del estómago.—El lavado del estómago es un procedimiento terapéutico y también de diagnóstico. Se hace con los tubos de Fremont, que es el más preferido; con el de Faucher, con el de Devobe y otros. El aparato de Fremont se compone de un tubo análogo al de Faucher; pero lleva una pera de cauchú.

colocada a cierta distancia de la boca; para que permita aspirar sin peligros para el enfermo cuando la cantidad de jugo o contenido gástrico es escasa, como lo es por la mañana en ayunas.

El lavado del estómago, que se hace con este aparato, igualmente que la extracción del jugo gástrico es sencilla. Tiene también para ello ventosas, el tubo de Fremont porque la terminación, que es lo que se introduce, es un poco rígida.

Veamos la técnica del lavado. Se hace sentarse al enfermo por que es la posición mejor para hacerle. Si el enfermo está acostado, es más difícil. La cabeza debe estar un poco inclinada hacia adelante. Se coloca el operador delante del paciente, el cual abrirá moderadamente la boca; se introduce el tubo lo más lejos posible hasta la pared posterior de la faringe por la que se desliza al estómago.

El tubo deberá mojarse en agua antes de introducirse. Esto facilita su deslizamiento, el cual puede ser ayudado, en el momento de la introducción, con movimientos de deglución, que se ruega al enfermo haga. Los tubos suelen tener una señal a los 50 centímetros que marca la cantidad del tubo que ha de introducirse. La ligera sensación de angustia que se nota a veces en la introducción, desaparece en el acto, con movimiento de respiración. Se recomienda al enfermo que tenga inclinada la cabeza adelante, lo cual facilita la circulación de la sangre y la respiración, y se vierte en el embudo que ya está enchufado en el tubo una cantidad de agua, que nunca debe pasar de medio litro y que, aunque lo mismo puede ser

fría que caliente, es generalmente preferible que sea bastante caliente, y cargada de principio medicamentoso.

Mientras se hecha el agua en el embudo no estará éste a mayor altura de la boca del enfermo; pero cuando se llena se eleva por encima del nivel de la cabeza del paciente. Cuando el líquido está a punto de desaparecer se baja rápidamente el embudo hasta por debajo de la cintura del enfermo. El agua sale por un simple movimienio de sifón, arrastrando las partículas alimenticias, los detritus y el moco que existía en el estómago. Se repite esto hasta que el agua salga limpia. Entonces se retira la sonda.

Puede ocurrir algún incidente desagradable que conviene conocer.

Puede haber hiperestesia de la parte superior de la faringe y que las náuseas y el vómito que se producen impidan el lavado. Dos o tres gramos de bromuro, tomados un día o dos antes, quitan esta susceptibilidad. También la quita un ligero embadurnamiento con una solución de cocaina. (Medio gramo de cocaina en 50 gramos de agua). Pero ordinariamente no se necesita nada.

Otro incidente desagradable procede de la introducción del tubo en las vías aéreas. Esto es raro; pero los enfermos se desembarazan rápidamente del tubo y desaparece el accidente que les producía fenómenos de sofocación y asfixia.

Otro incidente es el arrollamiento del tubo en el fondo de la boca. Para que no se produzca debe usarse un tubo algo grueso. No tiene peligros y se conoce fácilmente, y fácilmente puede evitarse.

El que hubiese una úlcera de estómago sería un incidente más peligroso. Por eso en este caso rara vez se introduce el tubo.

Las curas de los ojos pueden ser secas y húmedas. Se usan mucho las aplicaciones calientes especialmente en los casos de blefaritis. Se harán con agua hervida o soluciones antisépticas débiles.

El conducto auditivo sufre trastornos que requieren su lavado, especialmente en la otorrea crónica o supuración del oído, en los cuerpos extraños y en el caso de tapones de cerúmen.

Para el lavado debe de estar sentado el enfermo. Uno de los mejores aparatos para el lavado del oído es un boch de inyección, cuyo tubo de chauchú se une a una cánula de cristal. Se llena con un litro de agua hervida tibia, y se coloca a una altura de 20 a 30 centímetros, por encima de la oreja. Al final del lavado debe recomendarse al enfermo que incline la cabeza al lado para que salga bien el agua.

A veces, sobre todo por echarse en el campo, entran insectos en los oídos, donde su presencia es realmente intolerable. Para matarlos y después extraerlos, se llena el oído de aceite de olivas, y el insecto muere asfixiado, y se extrae enseguida.

Para extraer los cuerpos extraños del oído, lo mejor es el jeringazo con agua tibia. Nunca se usarán pinzas para ello; la jeringa es el medio. El emplear pinzas u otro instrumento, puede hasta acarrear la muerte.

El tapón de cerúmen es molesto, y no difícil, en grado sumo, de extraer. El tapón puede producir ra-

pidísimamente la sordera y hasta repentinamente. Es precisamente el caso de sospechar inmediatamente la presencia del tapón de cerúmen. Un signo muy exacto para diagnosticar esta sordera por tapón ceruminoso, es aplicar el reloj sobre el orificio del conducto. Apenas percibe el enfermo nada. En cambio, si se aplica sobre la apofisis mastoides se oirá. En el primer caso es interceptado el ruido por el tapón; en el segundo, se trasmite directamente al aparato receptor. El enfermo además de sordera, suele percibir zumbidos; algunas veces vértigos; y siente una sensación de cuerpo extraño. Su extracción requiere una jeringa de unos 110 gramos, poco más o menos de capacidad, provista en su extremidad de tubo de cauchú para que no hiera el oído; agua y una cubeta para recibir el líquido.

Sentado el enfermo y colocada una toalla sobre el hombro, se le recomienda incline la cabeza hacia el lado del oído afecto. Se dirige el chorro de la jeringa hacia la pared superior del conducto, para que se corra y deslice por detrás del tapón y pueda expulsarle. Se repetirá tres o cuatro veces la inyección para lograr el éxito. A veces se trata de un tapón duro y rebelde y no se consigue. Entonces es preciso reblandecerle. Para ello tres veces al día, se calienta en una cucharilla de café, y se inyecta en el oído un poco de la solución siguiente:

De carbonato de sosa, 1 gramo.

De glicerina

De agua

Mézclese.

} 20 gramos.

Deberá permanecer en el oído unos cuantos minutos. Después de esos minutos, se colocará un tapón de algodón grande en el oído.

Pasadas 48 horas, se intentan nuevas inyecciones. Casi siempre se consigue éxito. Después de separado el cerúmen, se seca el conducto auditivo y el pabellón de la oreja con algodón hidrófilo que se dejará dos o tres días.

El empleo de las inyecciones es inofensivo. Si se nota algún vértigo o dolor basta detener breves minutos la inyección. Para evitar que se reproduzca el tapón deberá el enfermo hacer inyecciones de agua tibia cada 15 días.





CAPÍTULO LXIX

MATERIAL DE CURAS.—TÉCNICA DE LAS
CURAS.—ASÉPSIA Y ANTISÉPSIA.
—ESTERILIZACIÓN.—FAJAS.—MEDIAS ELÁS-
TICAS.—SUSPENSORIOS.—CATETERISMO
Y LAVADO DE LA VEJIGA DE LA ORINA.

Para las eventualidades más apremiantes conviene que el médico lleve consigo lo siguiente:

Un par de tijeras de punta roma.

Un bisturí de botón y otro de punta.

Tres pinzas de forcipresión.

Dos pinzas de disecar; de las cuales, será:

Una de dientes de ratón.

Otra de bocados simples.

Una sonda acanalada.

Un estilete.

Una pinza de grapones.

Grapones Michel.

Una aguja Doyen o Reverdín.

Todos de metal y colocados en una caja metálica que sirve para esterilizarlos. Y aún sería mejor doblar el número, si no es fácil la reposición.

La cura de una herida debe tener por objeto su protección contra agentes perjudiciales posibles.

Los materiales de cura que más se usan son el algodón hidrófilo y la gasa. El algodón hidrófilo es la sustancia más absorbente; pero evapora mal; es el algodón lavado; y está exento de materias grasas y resinosas. Se emplea en todas las curas, pues además de ser un medio protector, sirve también para contribuir a la compresión necesaria en la cura. La gasa, en cambio, absorbe bien y evapora bien. Es el tejido de elección para ponerse en contacto directo con la herida. La gasa muselina es el tejido que se usa hoy para la confección de las compresas que se emplean en las curas. La gasa flexible, sin apresto es la apta para las necesidades quirúrgicas; y ella por sí sola puede constituir el único material de una cura completa, siendo el mejor tejido para un apósito.

Los tubos de drenage que más se emplean son los de cauchú rojo, de paredes rígidas y gruesas, con aberturas laterales no simétricas.

Cuando no es posible emplear el tubo, se emplea la gasa para el drenage. En las curas, además de compresas, se emplean vendas y piezas de tela triangular, o charpas.

Así mismo, entra como material de cura la tintura de yodo, el nitrato de plata y el cloruro de zinc. El primero es de uso corriente en cirugía, y gran anti-

séptico. Además es un excelente estimulante sobre las heridas granulosas y úlceras indolentes.

El mayor obstáculo para la reunión de las heridas es la infección.

El *staphilococcus pyogenes* y el *streptococcus* son los más frecuentes agentes de la infección de las heridas. El primero es el microbio de los fermentos, de los panadizos y de las supuraciones comunes. El segundo es el agente de las supuraciones graves, de las pioemias y de la erisipela.

La técnica moderna de las curas requiere lo siguiente en cada una.

Una capa de gasa absorbente colocada en inmediato contacto con la herida.

Una capa de algodón destinado a proteger la herida.

Una venda que sujete la cura.

Serán estos elementos, pues, los necesarios para la cura antiséptica de una herida. En una herida infectada ya, es necesario descubrir y limpiar el foco, y asegurar la exosmosis; papel que desempeñará la gasa esterilizada húmeda, introducida en los focos profundos, dispuesta al rededor de los tubos de drenaje, y extendida sobre la superficie de la herida, y recubierta con una capa de algodón kídófilo, sobre la que se extiende otra de algodón ordinario. En las heridas infectadas será conveniente hacer uso de la cura con alcohol.

En una herida reciente y ordinaria, se procede del siguiente modo:

Se practicará primero la desinfección de las ma-

nos, lavándolas y cepillándolas con agua caliente y jabón primero; luego otra vez cepillado y lavado con alcohol, y lavado con agua caliente o una solución de sublimado. El lavado debe durar cinco minutos, por lo menos. Acostado o sentado el enfermo, se limpia la herida y sus alrededores con compresas esterilizadas, ligeramente humedecidas con agua esterilizada caliente. Si se trata de personas, cuyas manos, donde radique la herida, estan sucias con sustancias grasas, es necesario, después del lavado del agua, emplear el eter o el alcohol o recurrir al embadurnamiento de yodo.

Una vez limpia y secada la herida con compresas, se reunirán sus bordes por medio de la sutura, tapando la herida con gasa aséptica y colocando tubo de drenaje. Se cubre después con varias capas de gasa, y se coloca encima una de algodón hidrófilo, sujetandolo todo con una venda.

La cura aséptica no es necesario renovarla con frecuencia. Las condiciones que exigen la renovación del apósito son; que se halle manchada de serosidad o de pus, o que la temperatura del enfermo acuse un peligro de infección o que acuse dolores. Descubierta la herida, si presenta un aspecto pálido se pasa por su superficie un taponcito de algodón impregnado en tintura de yodo o cloruro de zinc. Si los mamelones que recubren la herida son exhuberantes y blandos, se les cauteriza con el lapiz de nitrato de plata; y se practica una cura nueva.

La cura con el alcohol se practica para combatir las linfangitis. La parte inflamada se presenta cubier-

ta de líneas rojizas, sin margen definitiva y limitada, que son inflamaciones de ganglios y vasos linfáticos, y los panadizos en su principio. Es también la cura que se ha de hacer en presencia de una herida infectada. Suponiendo que se trate de una linfangitis se procede así: Se cogen unas cuantas compresas de gasa y se introducen en una cubeta que contenga alcohol de 90° a 95°, hasta que su imbibición en el alcohol sea tal, que al comprimirlas ligeramente con la mano, no se escape el alcohol que contienen. Se aplican sobre la región inflamada, de modo que cubran la totalidad de la parte enferma, y un par de centímetros más. Por encima de la compresa se coloca una capa de algodón hidrófilo de dos dedos de espesor, y se sujeta la cura con unas vueltas de venda; y se renueva cada 12, 18 o 24 horas. Siempre es de excelente resultado.

La cura con el agua oxigenada se emplea contra las lesiones sépticas. Para el uso externo se usa diluída al medio o al cuarto; y se utiliza para las curas y lavados de la boca, y con mucha utilidad.

Toda cura aséptica debe hacerse, vestido el que la haga y los que le ayuden de blusas largas de lienzo blanco, esterilizadas cuanto se pueda, y con delantal sobre ella.

Antes de proceder a la cura, se lavarán las manos y se calzarán guantes de cauchú, y se desinfectarán con más rigor si han tocado cadáveres, si han abierto flemones o focos gangrenosos, o si se han visto otros enfermos que padeciesen erisipela, septicemiá o fiebres eruptivas.

El agua que se emplee será caliente y aséptica por ebullición en vasija cerrada bajo presión; o si no puede ser así, hirviéndola varias veces después de filtrada.

Para la desinfección de las manos se utiliza la disolución de sublimado al 1 o al 2 por 1000. También se emplea el permanganato potásico al 1 o al 2 por 1000. El jabón de Marsella es un jabón excelente para este uso.

El mejor procedimiento será el siguiente: se descubre todo el antebrazo, manteniendo la camisa levantada por encima del codo. Se vestirá la blusa de mangas cortas. Se enjabonarán las manos limpiándose esmeradamente las uñas, que estarán cortadas. Es importantísima la limpieza de las manos que deberá hacerse hasta el codo, no debiendo emplearse en este enjabonamiento, que se hará con cepillo, menos de cinco o seis minutos. Después se lavan con agua pura y hervida y se meten enseguida en alcohol, frotándolas con cepillo; y luego se sumergen en una solución de sublimado al 1 por 1000, durante dos o tres minutos, frotando una con otra y no se secarán.

Es muy necesario tener para estos casos unos pares de guantes de caucho.

Análogas precauciones se adoptarán con el enfermo. El día antes de la intervención quirúrgica, se le enjabonará la piel, rasurando la región. Se enjabonará y cepillará la piel, lavándola después con alcohol, y enseguida con la solución de sublimado o con agua esterilizada; y seguidamente se aplica un apósito aséptico que estará aplicado hasta el momento de la operación.

Actualmente se usa mucho y con gran resultado, la desinfección por la tintura de yodo, sin necesidad de tantos lavados, y aún hasta sin ninguno. Pero el embadurnamiento de tintura de yodo debe ir precedido de otro con bencina que disuelva las grasas de la piel. La esterilización es importantísima para las operaciones y curas. El autoclave de Chamberland es uno de los mejores aparatos para esterilización.

Después de cualquier operación o cura, se lavarán y cepillarán con esmero todos los instrumentos que se hayan empleado, hirviéndolos después durante diez minutos en una solución de borato de sosa o carbonato de sosa, secándolos enseguida y guardándolos. La ebullición es un excelente procedimiento de esterilización de los instrumentos, especialmente si se emplea agua a la que se añada borato o carbonato de sosa al 1 o 2 por 100. Debe esperarse para introducir los instrumentos a que hierva el agua; y la ebullición durará un cuarto de hora. Pero el medio más seguro es el autoclave.

El agua que hayamos de emplear estará esterilizada por la ebullición. Un agua que hierva cinco minutos puede considerarse esterilizada.

Los bragueros son aparatos para impedir la salida de las hernias. El braguero puede ser de varios modelos. El inglés es especial para las hernias inguinales. Las crurales no las contienen con seguridad ninguna. Por eso deben operarse. En las umbilicales el braguero propio es el braguero Dolbeau.

La aplicación de todo braguero debe hacerse estando el enfermo acostado. En esa posición se redu-

ce la hernia, se oblitera el anillo con un dedo y mientras tanto, se coloca por detrás del enfermo la parte posterior del bragüero, adaptando la pelota al orificio de la hernia. Después se fija la correa a los tirantes perineales. Y luego de aplicado se manda al enfermo que se levante y se le hace toser, andar y ponerse en cuclillas, observando así si la pelota permanece bien aplicada, y si no sale la hernia por debajo de ella.

Y estos ensayos deben repetirse. Puede el enfermo quitarse el bragüero por la noche y ponerlo de nuevo por la mañana; pero siempre en posición horizontal, tendido en la cama. Es conveniente cubrir la pelota con una tela fina. En los individuos gruesos no suelen ser precisos los tirantes perineales. Aunque el bragüero al principio moleste algo, no debe causar dolores, lo cual depende ordinariamente de defectos de construcción.

Las fajas se destinan a remediar relajaciones de las paredes intestinales, y descensos del riñón.

Las medias elásticas se emplean para los casos de varices; pues la presión uniforme que ejerce de abajo arriba, remedia la falta de elasticidad de las paredes venosas.

Los suspensorios se emplean en casos de varicoceles y orquitis.

Cateterismo de la vejiga, y lavado de la misma.—El cateterismo consiste en la introducción de una sonda en la vejiga para evacuar la orina. En todo cateterismo es necesaria la asépsia más rigurosa por el grave peligro de infección. Los instrumentos metálicos son peligrosos. Es necesario utilizar sondas

blandas de cauchú rojo o en su defecto sondas de goma.

Es indispensable proveerse de sondas de cauchú rojo de los números 15, 16, 17 y 18; y también de sondas de goma de extremidad olivar de igual calibre y además de sondas de muleta muy necesarias para sondar prostáticos. Todas estas sondas llevan el nombre de Nelaton.

Las sondas de Nelaton se esterilizan hirviéndolas durante 10 minutos en agua adicionada de carbonato de sosa. Pero las sondas de goma soportan mal la ebullición. No se pueden esterilizar bien sin valerse del autoclave a la temperatura de 120°. Pero también se pueden esterilizar utilizando los vapores de formol. Es preciso proveerse de una cubeta para recoger las orinas y vaselina esterilizada para lubricar las sondas.

El cateterismo en el hombre se hará con las debidas precauciones, una de las cuales será el lavado de las manos del operador y del glande y orificio uretral en el operado. El enfermo estará acostado horizontalmente sobre el dorso, con las piernas en semiflexión y separadas, y con un orinal entre ellas. Se embadurna la sonda con vaselina esterilizada, y teniendo el operador cogido con su mano izquierda el pene, tirando de él hacia arriba, introduce la sonda que penetra facilmente unos 12 centímetros. Después se detiene bruscamente en la porción membranosa de la uretra; y manteniendo la sonda en contacto con el obstáculo se espera. Este no tarda en desaparecer, y la extremidad de la sonda sigue su camino, y llega a

la vejiga, e inmediatamente sale la orina. Después de eso, se retira la sonda. Si la vejiga se halla muy distendida, una depleción demasiado rápida, sería peligrosa. Se evitará el peligro vaciando despacio e incompletamente la vejiga. A veces es necesario dejar la sonda permanente, cuando puede haber dificultades de introducción o necesidad de tener la vejiga vacía. Hay las sondas de Malecot y Pezzer de caucho rojo que se fijan por sí mismas en la vejiga.

Lavado de ella.—El lavado de la vejiga consiste en introducir en ella un líquido destinado a expulsar los productos allí contenidos, o para modificar la mucosa de la misma.

Para el lavado de la vejiga se necesitan la jeringa de Guyón, pues es el aparato de inyección, y sondas. La sonda preferente es la de Nelaton de caucho rojo, de calibre del 16 al 18, la cual se puede mantener fácilmente aséptica.

El lavado de la vejiga está indicado en los casos de infección de la mucosa vesical; sobre todo, cuando hay retención de productos sépticos como ocurre en las cistitis crónicas de los prostáticos. Las cistitis catarrales exigen casi siempre el empleo de lavados.

También puede emplearse para los lavados de la vejiga el bock en lugar de la jeringa de Guyón; y se dice, que si se hace el lavado con la solución de nitrato de plata es preferible emplear la jeringa; y que para los demás lavados es preferible el bock, que este no se colocará a mayor altura por encima del plano de la vejiga que de 50 a 75 centímetros.

Líquidos que se emplean para el lavado.

Para el lavado mecánico el siguiente:

De borato de sosa, 5 gramos.

De ácido bórico, 40 gramos.

De agua tibia hervida, 1000 gramos.

Disuélvase.

Para los lavados modificadores:

De nitrato de plata; 1 gramo.

De agua destilada, 1000 gramos.

Disuélvase.

Se emplean siempre los lavados tibios.

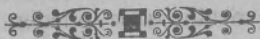
El enfermo se colocará en posición horizontal, con las nalgas elevadas por medio de una almohada. El operador tendrá lavadas las manos y se coloca a la derecha.

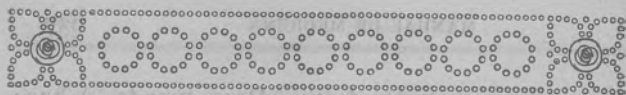
Lubrificada la sonda, e introducida en la vejiga aparece la orina por el pabellón. Entonces se suspende la introducción, bastando que el ojo de ella se ponga en contacto con el cuello de la vejiga. Cuando se ha inyectado la cantidad de líquido necesaria, se baja el pabellón de la sonda y se evacua el líquido.

La cantidad necesaria para un lavado es por lo común de 40 a 50 gramos. No debe nunca provocar dolores vivos; ni debe de ser grande para evitar la necesidad violenta de orinar. Después de hacer salir esta primera cantidad, se inyecta una nueva dosis igual; y así se continúa hasta que el líquido que se evacue salga claro. Para conseguir esto, es necesario emplear un litro o más. Lo mismo para el lavado

mecánico, que para los demás. Pero cuando se hace lavado con el nitrato de plata, es necesario hacer uso de la jeringa. Cuando se sienta, después de inyectar el líquido la necesidad de orinar, se separa la jeringa dejando correr el líquido. Pero antes que la vejiga se vacíe del todo, se inyecta otra igual cantidad. Y estas operaciones se repiten hasta hacer pasar por la vejiga de 300 a 500 o más gramos.

Según los efectos, se repiten los lavados de la vejiga cada semana, cada día o dos veces cada día. La abundancia de secreción o el estado doloroso sirven de norma por lo que se refiere al número y repetición de aquéllos.





CAPÍTULO LXX

APÓSITOS Y VENDAJES

Apósito es el material de cura que se aplica sobre una región cualquiera del cuerpo con un fin curativo; y vendajes son los medios metódicos que empleamos para fijar y sujetar las curas.

Los apósitos pueden ser metal, cartón, fieltro, celuloide, gutapercha, almidonados, silicatados, &.

Los metálicos se pueden hacer con tela metálica en forma de enrejado, hecha con hilo de hierro aleado con zinc y galvanizado, que es flexible y maleable de mallas de un centímetro apròximadamente; tales como las gotieras para inmovilizar el brazo, y las gotieras para inmovilizar la pierna.

Los apósitos metálicos se pueden hacer con tela metálica, como hemos dicho; y para cortarlos se saca un patrón en un papel, mediante medidas que se toman de la parte o bien superponiendo el papel sobre esta, y recortando aquellas porciones que sea preciso; para que quede bien amoldado sobre ella. Luego este patrón se traslada a la tela metálica y con unas tijeras fuertes se corta. Para colocarles, se recubre y acolchona bien con algodón; se aplica a la parte, sujetán-

dole convenientemente con una venda, redoblando las puntas de los alambres con unas pinzas fuertes.

Estos apósitos también pueden hacerse de gutapercha, fieltro, cartón, &c.

También hay enyesados, que son realmente más fáciles, y aún útiles.

Los vendajes con que se sujetan las curas son, como su nombre indica, los medios para sujetarlas y sostenerlas. Deben, pues, quedar, después de colocados, lo suficientemente apretados para que sostengan la cura; pero no demasiado apretados, porque eso ya puede ser peligroso.

Las vendas son piezas de tela de poca anchura y mucha longitud. El cilindro formado por la venda arrollada, lleva el nombre de globo de venda. Actualmente se usan las vendas de tela fuerte para los aparatos enyesados. Las vendas de gasa simple de muselina, las vendas de crepé, las de algodón y las de franela, para las demás aplicaciones. También se emplean en las curas las piezas triangulares, llamadas charpas.

Para hacer rápidamente una venda, se dobla sobre una mesa una pieza de tela apropósito, y con un cuchillo que corte bien, se corta pasándole por el doblez que ya se ha hecho, con arreglo al ancho que se quería dar a la venda. Los bordes de esta no se cosen. Para añadir las vendas se superpone una a otra para evitar las rozaduras de las costuras. Para arrollarla, se hace un pequeño cilindro que se sigue arrollando hasta formar el globo de venda. Solo así puede aplicarse bien. Para aplicar las vendas, se toma esta

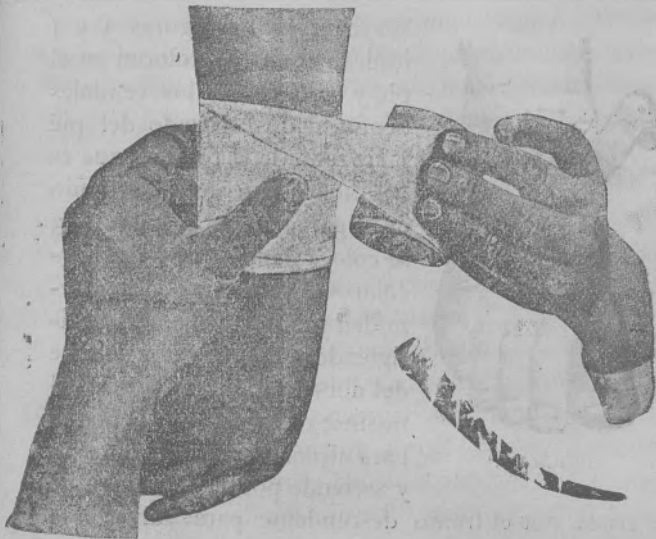
con el pulgar e índice, y sujetando el cabo inicial libre con el pulgar de la mano izquierda se aplica cubriendo la vuelta que va por encima los dos tercios de la que queda debajo, o sea de la anterior.

Cuando la venda tiene que cubrir una región más o menos cónica y pasar de una parte a otra que es más gruesa, como la pierna o el muslo, para que pueda arrollarse con perfección, amoldarse bien y que no queden bolsas, es preciso hacer *inversos* como se vé en la figura 1.^a, los cuales consisten en invertir la venda de manera que la cara externa se haga interna, y el borde superior se haga inferior. Para ello se sujeta el borde superior de la venda con el pulgar izquierdo como se vé en la figura, mientras que con la mano derecha se invierte la venda, para que venga a adoptar la posición dicha. Terminada la aplicación de la venda, se sujeta el extremo terminal con un imperdible; o incidiéndola en dos partes que se dirigen en sentido inverso, se anudan.

Las vueltas que dá una venda para recubrirse unas a otras se llaman circulares.

Cuando queda algo de la inferior sin recubrir, se llaman espirales.

El brazo es la región en la que puede decirse es más frecuente colocar el vendaje espiral que se coloca así: Teniendo la mano una forma casi aplastada, se empieza colocando unas circulares en la mano, sobre la extremidad de los dedos, y después se va recubriendo de vueltas espirales todo el miembro, procurando colocar los correspondientes inversos, sujetando el extremo terminal en la forma dicha.

FIGURA 1.^aFIGURA 2.^a

La figura 2 es el vendaje recurrente de la cabeza y barba, y se coloca empezando por unas circulares al rededor de la frente para sujetar el vendaje. Después al llegar a la oreja se dobla, y se dirige hacia la barba, dando una o más vueltas sobre la frente, donde se sujeta con un imperdible.

Los vendajes en el miembro inferior pueden colocarse



FIGURA 3.ª

sin inversos. Las figuras 3 y 4 indican como se colocan en el pié y en la rodilla los vendajes denominados cruzado del pié y cruzado de la rodilla, que es del modo siguiente: El cruzado de la garganta del pié, figura 3 se coloca dando una o dos circulares al rededor de la extremidad inferior de la pierna, dirigiéndose después por delante del dorso del pié, al borde del mismo; cruza este por la planta para alcanzar el borde opuesto y asciende por el dorso donde

se cruza por el tramo descendente para volver a la la pierna, seguir en otra vuelta el mismo recorrido y terminar; sujetándose lo mismo que los vendajes precedentes.

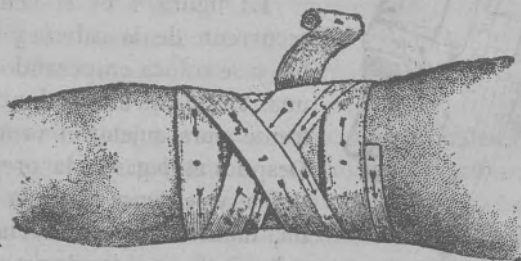


FIGURA 4.ª

El cruzado de la rodilla se coloca por procedimiento análogo a los vendajes del codo, figura 4.

El vendaje espiral de un dedo, figura 5 y el cruzado de la muñeca y de la mano, figura 6 se colocan, como se vé en las figuras. El de un dedo es espiral y se hace con una venda estrecha que se sujeta a la

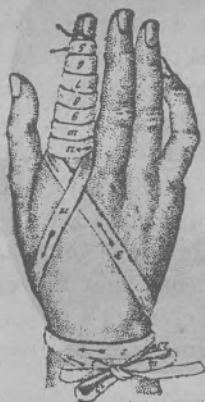


FIGURA 5.ª



FIGURA 6.ª

muñeca con tres o cuatro vueltas, dejando uno de los cabos un poco largo. Baja el otro por el dorso de la mano en espirales largas hasta la punta del dedo donde se cruzan, y sube dirigiéndose a la muñeca en la que se da otra circular, anudándose con el extremo que se había dejado largo.

Los vendajes cruzados son aquellos en que unas vueltas se cruzan con otras que van en opuesto sen-

tido. Los más importantes son el monóculo, figura 7 y binóculo, figura 8.



FIGURA 7.^a

Se hacen en la forma siguiente: Se sujeta la venda a la frente por una o dos circulares. Después se eleva esta del lado sano, para hacerla descender por encima del ojo enfermo, pasando por debajo de la oreja del lado enfermo, para subir nuevamente por las regiones occipital y temporal a la frente.

Si se limita a esto solamente se constituye un monóculo.

Pero si se continúa la vuelta, y al llegar a la región occipital, se hace descender y pasar por debajo



FIGURA 8.ª

mero una o dos vueltas al rededor de la parte superior del antebrazo.

Se dirige después por delante de la articulación del codo para llegar a la parte inferior del brazo, donde se da una circular, y desciende nuevamente al antebrazo cruzando el primer tramo ascendente. Se repiten dos o más vueltas, terminando por una o dos circulares. Lo mismo se coloca el cruzado posterior.

de la otra oreja, para ascender nuevamente por delante del otro ojo, recubriéndole, y volver a la frente, continuando con nuevas vueltas en la misma forma, para terminar con otras circulares, así resulta el binóculo.

El cruzado del codo o vendaje de la sangría, figura 9 se coloca dando pri-



FIGURA 9.ª

El de *espica del pulgar* figura 10 se coloca dando una circular al rededor de la muñeca para sujetar el vendaje.

Se conduce después por el dorso de la mano al primer espacio interdigital, rodea el borde interno, cara palmar y borde externo del pulgar; sube por la cara dorsal de la mano, donde se cruza con la porción descendente, y llega a la muñeca donde describe medio circular para recorrer de nuevo el mismo camino y terminar con una o dos vueltas circulares al rededor de la muñeca.

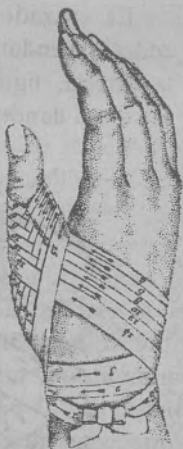


FIGURA 10



FIGURA 11

El cruzado de la cabeza, figura 11 se empieza por dos circulares al rededor de la cabeza. Después, al llegar a la nuca se dirige por bajo la oreja del lado

sano a la barbilla y mandíbula. Sube a lo largo de la mejilla enferma al vértice de la cabeza; baja por detrás de la oreja haciendo el mismo recorrido dos o tres veces dirigiéndose hacia el occipucio y la frente, terminando con dos o más circulares al rededor de la cabeza.

El cruzado o espica de la ingle se aplica dando con la venda una o dos circulares al rededor del tronco; se dirige enseguida por delante de la ingle, borde interno del muslo, cara posterior y externa del mismo, para subir otra vez al abdomen donde se cruza con el tramo descendente; y dando otra vuelta circular a la cintura, vuelve a descender en la misma forma; y dando dos o tres circulares al rededor del tronco, se sujeta el vendaje.

Vendajes anchos.—Charpas.—La base de este sistema es el empleo del pañuelo o trozo de telas que puede tener todos los lados iguales; y se llama cuadrado; o estar doblado por la mitad, y se llama largo; o estar juntas dos de sus puntas, y resulta el pañuelo triangular. Estos vendajes anchos tienen una de sus mejores aplicaciones para sostener la extremidad superior, y reciben entonces el nombre de *charpas*.

Las charpas pueden ser de varias clases: menor, mediana, grande, triangular y oblicua.

La más usada es la mediana, que consiste en tomar un pañuelo triangular en cuya parte media se coloca la mano y antebrazo puesto en flexión, y el vértice se dirige hacia el codo. Los extremos del pañuelo pasan por los lados del cuello y se anudan en la parte posterior del mismo, o sea en el pescuezo.

La charpa oblicua, figura 12 se coloca como la anterior; solo que los extremos van uno por delante y otro por la espalda a anudarse sobre el hombro sano; la punta del pañuelo se dobla sobre el codo, y por detrás del antebrazo, y se sujeta con un alfiler.



FIGURA 12

La charpa grande triangular, figura 13 se sujeta la parte media del pañuelo al rededor del tronco, por debajo de las axilas; se apoya sobre ellas el antebrazo; la punta se dirige sobre el hombro enfermo, sujetán-

dose a la porción circular, siendo preciso prolongarle con una venda, sino alcanzara.

Vendaje en T—Se componen de una venda horizontal bastante larga para dar la vuelta al cuerpo, a la cual está unida otra vertical, como de un metro de larga.

Entre otras aplicaciones para que sirve, es la más importante la llamada T de ano, que colocándose la horizontal al rededor del tronco, desciende la vertical por atrás, por el surco intergluteo y recubre el ano y el periné y sube a fijarse en la horizontal.



FIGURA 13



Capítulo adicional

MEDICACIONES URGENTES Y DE USO FRECUENTE

Como una de las primeras atenciones en toda medicación es la posología o explicación de los pesos, precederá a estas ligeras ideas de medicación o mejor de materia médica, una pequeña explicación de ellos.

La cucharada sopera contiene 18 a 20 gramos.

Una de las cucharillas de café contiene de 5 a 6 gramos.

Un gramo de agua destilada contiene 20 gotas.

Un gramo de aceite de croton contiene 44 gotas.

Un gramo de creosota contiene 42 gotas.

Un gramo de cloroformo contiene 60 gotas.

Un gramo de amoniaco contiene 24 gotas.

Un gramo de agua de Rabel contiene 55 gotas.

Un gramo de ácido clorhídrico medicinal contiene 21 gotas.

Un gramo de ácido nítrico contiene 25 gotas.

Un gramo de ácido sulfúrico contiene 26 gotas.

Un gramo de esencia de menta contiene 52 gotas.

Un gramo de esencia de trementina contiene 56 gotas.

Un gramo de laúdano de Sidenham contiene 40 gotas.

Un gramo de licor de Hoffman contiene 73 gotas.

Un gramo de tintura alcohólica de yodo contiene 62 gotas.

Un gramo de solución de cloruro férrico contiene 18 gotas.

Un gramo de tintura alcohólica de acónito contiene 58 gotas.

Un gramo de tintura alcohólica de digital contiene 58 gotas.

Un gramo de tintura de hidrastis canadensis contiene 58 gotas.

Un gramo de tintura de nuez vómica contiene 57 gotas.

Un gramo de tintura de opio contiene 58 gotas.

Un gramo de elixir paregórico contiene 53 gotas.

Un gramo de eter oficial contiene 90 gotas.

Un gramo de gotas amargas de Beaumé contiene 54 gotas.

Un gramo de licor de Fowler contiene 34 gotas.

Un gramo de tintura de belladona contiene 53 gotas.

Un gramo de tintura de valeriana contiene 54 gotas.

Todo médico debe llevar siempre en el bolsillo una jeringa de cristal de 2 centímetros cúbicos con dos agujas de platino irideado y varias ampollas de clorhidrato de morfina y de aceite alcanforado.

Es importante conocer la tabla de Gaubius para graduar las dosis de los niños. Es la siguiente:

Dosis para niños de 1 a 3 años: $\frac{1}{6}$ de la dosis del adulto.

Dosis para niños de 3 a 7 años: $\frac{1}{3}$ de la dosis del adulto.

Dosis para niños de 7 a 13 años: $\frac{1}{2}$ de la dosis del adulto.

Dosis para niños de 13 a 20 años: $\frac{2}{3}$ de la dosis del adulto.

Son medicamentos de uso frecuente los siguientes:

En la gripe, donde es frecuente el colapso, y en la pneumonía:

La poción de Todd, 120 gramos con 2 o 3 de acetato amónico para tomar a cucharadas en 24 horas.

Son inyecciones estimulantes de las que se debe estar provisto en abundancia:

Las de aceite alcanforado al $\frac{1}{10}$ y al $\frac{1}{20}$. En 24 horas se pueden dar hasta 8 o 10 si es necesario. Para cargar facilmente la jeringa, se rompen los dos extremos de la ampolla, dejando caer el aceite en la jeringa armada de su aguja, y después es cuando se introduce el émbolo.

Las de esparteina de a 5 centigramos por centímetro cúbico. Pueden ponerse hasta dos ampollas diarias.

Las de cafeína en dosis de 25 y 50 centigramos.

Las de sulfato de estricnina en dosis de 1 milígramo.

Las de suero artificial, o sea de cloruro sódico al 7,5 por 1000.

Las de suero glucosado al 47 por 1000.

El aceite de hígado de bacalo se dará a la dosis de dos, tres y aún más cucharadas de las de sopa al día.

Las gotas estimulantes tendrán aplicación en el malestar, náuseas y síncope, y son: el licor de Hoffman en dosis de 10 a 40 gotas en una poción para tomar a cucharadas, y el licor amoniaco anisado que se dá en dosis de 5 a 10 gotas, varias veces en agua azucarada.

Calmantes.—Para los dolores, agitación y tos: Clorhidrato de morfina 1 o 2 centigramos al día. Codeína, 5 centigramos al día. Heroína, 2 centigramos al día. Los polvos de Dower en dosis de 20 a 40 y 45 centigramos diarios en varias tomas.

La tintura de belladona es sedante del estómago y bronquios. Se administra en dosis de 20 a 40 gotas diarias; pero fraccionadas en dosis de 5 a 6 gotas.

La tintura etérea de valeriana se administra en dosis de 1 a 4 gramos diarios en una poción como la siguiente:

De tintura de valeriana etérea 4 gramos.

Bromuro de sodio 6 gramos.

Jarabe de menta 30 gramos.

Agua de tilo 100 gramos.

Mézclese y hágase S. A. para tomar a cucharadas.

Son píldoras calmantes las siguientes:

Las de cinoglosa. Se toman de 3 a 5 al día.

Las de Meglin. Se toman 4 al día.

Son supositorios calmantes los siguientes:

De extracto de belladona . }
De extracto de beleño . . } a a 2 centigramos.
Manteca de cacao, C. S. para un supositorio.

Son linimentos calmantes el aceite de beleño y el de belladona, mezclados a partes iguales; a los que se puede añadir el 10 por 100 de cloroformo y láudano.

HEMOSTÁTICOS

Es una excelente poción hemostática para 24 horas, a cucharadas, la siguiente:

De cloruro de calcio 4 gramos.

Agua de tilo 120 gramos.

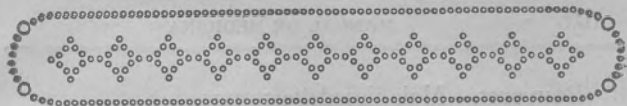
Mézclese. Deben darse las cucharadas en agua azucarada.

Puede ponerse también para dominar pronto la hemorragia, antes o después de la poción, una ampolla de ergotina de 1 c. c. y puede llegar a 2 o a 3.

En las hemoptisis se puede dar una inyección intramuscular de una ampolla de 4 centigramos de clorhidrato de emetina.

El enema hemostático en las hemorragias intestinales es una ampolla esterilizada de 250 c. c. de suero gelatinizado al 2 por 100.

Es un excelente enema nutritivo el siguiente: De peptona seca 10 gramos; yema de huevo, una; láudano de Sidenham 8 gotas; leche, 150 gramos. Para un enema. Debe ir precedido de otro enema evacuador.



BIBLIOGRAFIA

- Galet.—Le corps de l'homme.
Petrequin.—Anatomía topográfica.
Jamain.—Anatomía descriptiva.
Küs et Duval.—Fisiologie.
Magaz.—Fisiología.
Chomel.—Patología general.
Hallopeau.—Patologie generale.
Cardenal.—Cirujía antiséptica.
Ferrán.—La inoculación preventiva contra el cólera-
morbo asiático.
Réboles y Campos.—La peste bubónica.
García Muñoz.—Manual de Quirurgiterapia.
Mohr y Stahelin.—Medicina interna.
Robin.—Terapéutica aplicada.
Arnozan.—Terapéutica.
Charcot y Bouchard.—Tratado de Medicina.
Erichsen.—Patología y Clínica quirúrgica.
Madinaveitia.—Enfermedades del estómago.
Idem. Tratamiento de la fiebre tifoidea.
Pérez Ortiz.—Dermatología.
Guibout.—Enfermedades de la piel.
Boas.—Enfermedades del estómago.
Id. Enfermedades del intestino.

- Bouveret.—Maladies del'estomac.
Lemoin y Gerard.—Formulario.
O. Habb.—Enfermedades de los ojos.
Boudin.—Geographie et Statistique.
Trousseau.—Clinique medicale.
Fürbringer. — Maladies des organes genito-uri-
naires.
Colección del Siglo Médico.
Revista Le Monde Medical.
Revista Archivos de Medicina.
Combn.—Enfermedades de los niños.
Aimes.—La pratique de l'Heliotherapie.
Monteunis.—Los baños de aire, luz y sol.
Th. Tuffier.—Pequeña Cirujía práctica.
M. Segard.—Consultorio.



ÍNDICE

	<u>Páginas</u>
Dedicatoria.	5
Introducción.	9
Capítulo I.—Nociones preliminares de Anatomía y Fisiología.	15
Capítulo II.—Nociones de patología general.—Estudio de las causas.—Concepto de los síntomas.	42
Capítulo III.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamientos de las enfermedades en general.	67
Capítulo IV.—Enfermedades infecciosas.—Peste bubónica.	85
Capítulo V.—Cólera morbo asiático.	100
Capítulo VI.—Disentería.	117
Capítulo VII.—Tifus exantemático.	132
Capítulo VIII.—Fiebre tifoidea.	139
Capítulo IX.—Fiebre de Malta.	152
Capítulo X.—Beri-beri.	157
Capítulo XI.—Erisipela.	165
Capítulo XII.—Lepra.—Fa fung en China.	171
Capítulo XIII.—Sarampión.	180
Capítulo XIV.—Escarlatina.	187
Capítulo XV.—Varicela.—Varioloide.—Viruela.	195
Capítulo XVI.—Roseola.	214

Capítulo XVII.—Tifus de la Manchuria.	216
Capítulo XVIII.—Tétanos.	218
Capítulo XIX.—Difteria.	222
Capítulo XX.—Parotiditis epidémica.. . . .	227
Capítulo XXI.—Influenza o Gripe o Tran- cazo de los Españoles.	230
Capítulo XXII.—Sudor miliar.	237
Capítulo XXIII.—Tosferina.	240
Capítulo XXIV.—Reumatismo articular.. . . .	245
Capítulo XXV.—Fiebre aftosa.	253
Capítulo XXVI.—Muermo y carbunco.	256
Capítulo XXVII.—Paludismo.	261
Capítulo XXVIII.—Fiebre recurrente.. . . .	287
Capítulo XXIX.—Insolación y acaloramiento	289
Capítulo XXX.—Linfatismo y escrofulismo.	303
Capítulo XXXI.—Enfermedades de la boca.	309
Capítulo XXXII.—Anginas.	316
Capítulo XXXIII.—Enfermedades del estó- mago.—Dispepsia y sus tipos clínicos.	323
Capítulo XXXIV.—Úlcera gástrica.	331
Capítulo XXXV.—Gastritis.	339
Capítulo XXXVI.—Cáncer del estómago.	342
Capítulo XXXVII.—Catarrro y dispepsia intestinal.	344
Capítulo XXXVIII.—Diárrea de Conchin- china.	357
Capítulo XXXIX.—Apendicitis.. . . .	365
Capítulo XL.—Litiasis.—Cólicos.	370
Capítulo XLI.—Vermes intestinales.	375
Capítulo XLII.—Congestión hepática.—Ic- tericias.. . . .	379

Capítulo XLIII.—Laringitis.	387
Capítulo XLIV.—Bronquitis.	394
Capítulo XLV.—Pneumonía o pulmonía fi- brinosa.	398
Capítulo XLVI.—Bronco-pneumonía. . . .	408
Capítulo XLVII.—Pleuresía.	413
Capítulo XLVIII.—Hemoptisis.	419
Capítulo XLIX.—Tuberculosis pulmonar. .	423
Capítulo L.—Enfermedades del corazón. .	431
Capítulo LI.—Insomnio.	440
Capítulo LII.—Enfermedades nerviosas. .	443
Capítulo LIII.—Congestión y hemorragia cerebral.	447
Capítulo LIV.—Neuralgias.	453
Capítulo LV.—Corea o baile de San Vito. .	462
Capítulo LVI.—Nefritis.	466
Capítulo LVII.—Catarro vesical.	475
Capítulo LVIII.—Enfermedades venéreas y sífilíticas.	480
I.—Blenorragia y blenorrea.	481
II.—Chancro blando.	493
III.—Sífilis.	502
IV.—Sífilis infantil.—Adquirida.— Hereditaria.	516
Capítulo LIX.—Enfermedades de la piel. .	521
Capítulo LX.—Enfermedades de los ojos. .	533
Capítulo LXI.—Forúnculo y antrax. . . .	549
Capítulo LXII.—Panadizo.	553
Capítulo LXIII.—Quemaduras.	557
Capítulo LXIV.—Lesiones traumáticas.— Fracturas.—Luxaciones.	564

Capítulo LXV.—Helioterapia.—Baños de aire, luz y sol.	578
Capítulo LXVI.—Cuidados que deben pres- tarse a los enfermos.	588
Capítulo LXVII.—Operaciones de cirugía menor.	602
Capítulo LXVIII.—Hemorragias.—Puncio- nes.—Sueros.—Lavados del estómago.— Cura de ojos y oídos.	612
Capítulo LXIX.—Material y técnica de las curas.—Cateterismo y lavado de la veji- ga de la orina.	626
Capítulo LXX.—Apósitos y vendajes. . .	638
Capítulo adicional.—Medicaciones urgentes y de uso frecuente.	650
Bibliografía.	655





G 37969