

---

---

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

---

---

Organo de la Academia Nacional de Medicina

---

---

REDACTORES

1.º, Dr. José María Lombana Barreneche—2.º, Dr. Carlos Michelsen U.

---

---

## TRABAJOS ORIGINALES

---

---

### DE LAS INDICACIONES

Y ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA URETROTOMÍA INTERNA

Por el Dr. Cuéllar Durán

Sin entrar á estudiar la historia de la uretrotomía interna, y las diversas fluctuaciones que ésta ha sufrido en el tratamiento de las estrecheces inflamatorias de la uretra, me limitaré á estudiar clínicamente sus indicaciones y algunas de sus complicaciones, basado en el análisis de siete uretrotomías internas que en mi corta práctica de cinco meses he tenido ocasión de practicar en esta ciudad.

Cuatro son, en síntesis, las grandes indicaciones que en las estrecheces uretrales, de origen inflamatorio, exige la uretrotomía interna :

#### 1.ª ESTRECHECES NO DILATABLES

En esta clase deben comprenderse aquellas estrecheces formadas por uno ó varios anillos muy duros y elásticos que, ó no permiten el paso sino de un explorador número 7,9, ó apenas de una bujía filiforme ; ó que siendo muy anchos dejan pasar un explorador número 18 ó 20. Entre estos

dos límites se encuentra una goma de intermediarios. Estas estrecheces deben uretratomizarse, porque casi todas las que provocan la consulta del cirujano, entretienen ó una uretritis posterior intensa con fenómenos infecciosos del lado de las vías digestivas y la terrible fiebre uretral precedida de gran calofrío, ó lo que es más frecuente, la gota purulenta matinal que tanto perturba el estado psíquico del paciente. En ellas, la dilatación progresiva con los beniqués de la serie de Guyón, no da nada en la generalidad de los casos, y en los otros los resultados son mediocres. El cirujano puede conducirla pacientemente y llevarla hasta los números 50 ó 54 de la serie indicada y ayudarse de las instalaciones de nitrato de plata después de cada dilatación; pero siempre la gota de pus vendrá todas las mañanas á mostrar al enfermo y al cirujano la ineficacia del tratamiento. Y esto se comprueba fácilmente: en las estrecheces en cuestión, los anillos que las forman son duros, muy fibrosos y sumamente elásticos; de manera que si bien se dejan distender por la sonda benique, apenas ésta ha dejado de obrar sobre ellos, vuelven sobre sí mismos, debido á su elasticidad, y la estrechez no ha sufrido ninguna de las modificaciones que la dilatación debía producirle.

La dilatación obra sobre las estrecheces de la uretra de dos maneras distintas: mecánica y dinámicamente. La acción mecánica prepara la segunda y ésta es la que realmente obra benéficamente sobre la estrechez, produciendo una inflamación de los tejidos; y la diapedesis que se establece allí, viene á formar un tejido embrionario, blando y flexible, opuesto en un todo al fibroso que constituía la estrechez. Esta teoría planteada y analizada con lucidez por mi maestro el Profesor Guyón, explica muy bien el que los espléndidos resultados de la dilatación, no los benefician las estrecheces anchas, duras y elásticas de que me ocupo.

En ellas la acción dinámica no se verifica, porque no es posible que esos anillos, en extremo fibrosos y elásticos, sufran la diapedesis que los ha de convertir en un tejido embrionario y flexible. Para que esto se realice, es indispensable romper con la lámina cortante del uretrótomo ese anillo en uno ó varios puntos, y es en éstos en donde vendría á formarse

un tejido de cicatriz más blando, que ensanchará la parte estrecha del canal. Estas razones me decidieron á uretrotomizar al paciente de la observación 5.ª, interesante desde otros puntos de vista que luégo analizaré, y en el cual los resultados terapéuticos han sido admirables.

## 2.ª RETENCIÓN DE ORINA

Esta puede ser completa ó incompleta. La primera puede encontrarse en todas las estrecheces, aun en aquellas que ceden fácilmente á la dilatación; y por lo mismo por sí sola no es una indicación de la uretrotomía, porque la retención completa en los estrechos no depende del grado de la estrechez sino de los fenómenos congestivos, que ceden fácilmente otros tratamientos. Pero cuando la retención completa se ha presentado ya otra ú otras veces en un individuo estrecho, que viene acompañada de fenómenos de infección general ó local, y especialmente de la retención incompleta, porque ésta precede siempre en los estrechos á aquélla, entonces no hay que pensar en dilatación, sino intervenir lo más pronto posible con la lámina cortante. En mis observaciones 1.ª y 3.ª, los enfermos se me presentaron en plena retención completa con estrecheces, la primera franqueable por el explorador número 11; y la segunda, apenas por una bujía filiforme, y con antecedentes de haber sufrido ya otros ataques de retención. En el 1.º los fenómenos de infección local y general estaban en su apogeo, orina muy turbia, gran depósito purulento en el fondo del vaso, micciones frecuentes, cada media hora, y accesos febriles. En el 2.º, si los fenómenos de la infección local no eran muy marcados, los de la infección general eran alarmantes: lengua muy sucia y un poco seca, malas digestiones, accesos febriles y tinte terroso pálido de la cara. ¿Qué habría sido de estos enfermos si yo en vez de drenar aprisa su vejiga distendida dándole á la uretra el calibre suficiente, me hubiera decidido por la dilatación lenta y progresiva? Seguramente ellos habrían tenido nuevas retenciones con sus terribles dolores consecutivos, la infección vesical se habría hecho ascendente muy pronto, y ésta y la general los habrían minado antes de que la vejiga hubiera podido vaciarse libremente.

La retención incompleta, más que la completa, es una indicación apremiante de la uretrotomía interna, en las estrecheces de la uretra, siempre que la infección local y la infección general amenacen al enfermo, y que el drenaje de la vejiga no pueda establecerse rápidamente por medio de la dilatación. A esta última indicación obedecí operando el enfermo de la observación 7.<sup>a</sup> que había sufrido ya un ataque de retención completa, pero que, gracias á la buena higiene que él observó después, logró colocarse en estado de retención incompleta. En él apenas se mostraban algunos signos de la infección: malas digestiones, accesos febriles de tarde en tarde, pero las micciones eran frecuentes y las hacía por regurgitamiento algunas veces (pues la estrechez sólo admitió una bujía filiforme), y los dolores al hipogastro indicaban que la vejiga estaba ya muy distendida.

### 3.<sup>a</sup> INFECCIÓN GENERAL

Cuando las estrecheces uretrales se acompañan de fenómenos de infección general grave, el cirujano no debe vacilar y es sólo á la uretrotomía interna á la que debe recurrir para vencer aquéllas y éstos. El punto de partida de esta infección puede encontrarse en el riñón, la vejiga ó la uretra; pero es esta última la que da el mayor porcentaje en los casos de infección que acompañan la estrechez, y hay que penetrarse bien de la patogenia de la *terrible fiebre urinosa* que tiene su origen en la absorción, al nivel de la uretra desgarrada ó ulcerada, de las toxinas y de los microorganismos que en tanta abundancia cultivan en ella. La dilatación progresiva en estos casos produciría efectos desastrosos: por bien conducida que ella sea, siempre produciría en esas uretras infectadas, desgarraduras que por ligeras que sean, se convierten en un nuevo foco de infección que viene á agravar el estado del enfermo; por otra parte la dilatación obra muy lentamente, y en estos casos lo que se necesita es ganar tiempo, drenando ampliamente la vejiga para suprimir así la absorción que por ella se está efectuando. En las observaciones 4.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup> de este trabajo, se verá llenada esta indicación, que es quizá la de mayor urgencia de la uretrotomía interna. Los enfermos á que se

refieren estas observaciones, el uno de 45 años y el otro de 35, habían sido ambos de fuerte constitución, y cuando llegaron á mi consulta, estaban ambos minados por la infección: abscesos febriles intensos y muy frecuentes, turbaciones gástricas serias y muy enflaquecidos. En vista del estado alarmante en que se encontraban, no vacilé un momento en hacerles la uretrotomía interna, persuadido como estoy que en estos casos, es un axioma el sabio precepto de mi *maestro Guyón*, que dice: "Con el instrumento cortante es con lo que se corta la fiebre urinosa."

#### 4.ª LESIONES PERIURETRALES

Las lesiones periuretrales, abscesos, fistulas, tumores urinosos son una contraindicación formal del método de la dilatación. Ésta no hace retroceder aquéllas y antes al contrario, las agrava porque agrega á esos focos de infección, nuevas infecciones, caracterizadas por accesos de fiebre en lo general. ¿Qué hacer en estos casos? En las fistulas y pequeños abscesos periuretrales, la discusión no tiene cabida. Es á la uretrotomía interna á la que se debe recurrir, porque ella en la mayor parte de los casos puede servir de tratamiento curativo de esas lesiones, ó ayuda por lo menos á su curación evitando con la sonda permanente el contacto de ellos con la orina infectada, y más que todo esto, previene la infección general si ésta no se ha presentado todavía, ó acaba con ella si existe, por mecanismo que he señalado más arriba. En presencia de los abscesos é infiltraciones urinosas, la conducta del cirujano debe ser: abrir primero el absceso ó la infiltración y proceder después, cuando la cicatrización empiece á hacerse, al tratamiento de la uretra. En la 2ª observación se trata de un enfermo que había tenido ya dos abscesos urinosos, que habían dejado como huellas una pequeña fistula perineal por donde salía con intermitencias una pequeña cantidad de orina. La vejiga en retención incompleta, orina infectada, accesos febriles y una ligera supuración uretral no gonococcica. El caso era muy complejo, y se encontraban en él reunidas tres de las grandes indicaciones de la uretrotomía interna: la retención, la infección y las lesiones periuretrales. Por los datos que me dio el enfermo, temí la inmi-

nencia de la formación de una infiltración urínosa, pues me decía que algunas veces, al fin de la micción, sentía que algunas gotas de orina bajaban al periné, cosa que él había sentido antes de formarse los abscesos anteriores. No había, pues, tiempo que perder, y con la esperanza de evitar la formación de un nuevo absceso, decidí la uretrotomía interna. Veinticuatro horas después la temperatura se eleva á 39° y yo ya, preocupado con la idea de un absceso, busco en el periné y encuentro una ligera tumefacción que abro al día siguiente por una profunda incisión que me condujo á una pequeña cavidad purulenta. Por los detalles de la observación se verán los brillantes resultados de las dos operaciones consecutivas; y no hay duda que la uretrotomía interna era la operación indicada aquí, y que ella evitó la formación de una infiltración urínosa y la fistulización consecutiva.

Antes de entrar á estudiar la segunda parte de este trabajo, describiré detalladamente las observaciones que me han servido para su elaboración.

#### *Observación primera*

Sr. R., de Anolaima, 24 años, profesión militar. A. P. ha sufrido tres cólicos nefríticos, de los cuales el segundo se terminó por la expulsión de un pequeño cálculo. Muy á menudo la orina se encuentra cargada de arenillas. Ha sido tratado para su litiasis renal. Dos blenorragias anteriores, la primera hace seis años, y la segunda tres meses. Desde hace dos años, sus orinas son turbias, dejan un sedimento en el fondo del vaso, sufre de dolores á la micción y ésta ha ido acortándose en sus intervalos.

Dilatado hace un año hasta el número 42 de la serie benigné de Guyón, pero sin *desinfección uretral por medio de las instilaciones de nitrato de plata*.

Retención de orinas hace dos meses, tratada por baños calientes.

Se presenta el 7 de Septiembre de 1900 á mi consulta en retención completa. Dolores terribles al hipogastrio, y me dice que desde hace doce horas no puede orinar. Al examen encuentro el globo vesical muy pronunciado, la compresión uretral da salida por el meato á una secreción purulenta.

Testículos y elementos del cordón, normales. Próstata ligeramente aumentando el volumen, y dolorosa al tacto rectal. La exploración uretral demuestra la presencia de las estrecheces, la primera localizada en la región peneana, formada por un anillo ancho que permite el paso del explorador número 18; y la segunda localizada en la región vulvar, formada por un anillo estrecho, que permite solamente el paso del explorador número 11. El paso de este explorador permitió la salida de unos 60 gramos de orina, que es muy turbia, y analizada después al microscopio, indica la presencia de glóbulos purulentos, células uretrales degeneradas y gran número de microorganismos, de los cuales ninguno específico.

Uretra muy dolorosa á la exploración, y sangra fácilmente. Desde hace quince días, el enfermo sufre accesos febriles muy fuertes, precedidos de grandes calofríos y acompañados de turbaciones gástricas.

Dejo una bujía filiforme en la vejiga, con el objeto de suprimir la retención de orina y de preparar el canal para la uretrotomía interna, que practico al día siguiente, 8 de Septiembre. Ningún incidente digno de notar en el acto operatorio, que fue seguido de un lavado vesical con una solución de nitrato de plata al 1 por 1000, y después otro lavado con solución boricada al 4%. Septiembre 9. Noche del 8, buena, salvo la incomodidad producida por la sonda permanente. Temp. 37°. La sonda funciona bien. Supuración uretral abundante.—Toilette del Glande, meato y de la parte externa de la sonda. Septiembre 10. Gran calofrío á las 9 de la mañana, media hora después de una micción en que parte de la orina salió por entre la sonda y la uretra. A las 10  $\frac{1}{2}$  temperatura 39°. Lavado vesical como ayer. A las 5 de la tarde temperatura 37 $\frac{1}{2}$ . Septiembre 11. Temperatura 37 $\frac{1}{2}$ . Buen apetito, estado general, bueno. Septiembre 12. Temperatura 36 $\frac{1}{2}$ . Lavado vesical y quitada de la sonda. Septiembre 13. El enfermo se levantó y continuó su vida habitual, orinando bien, pero con la orina todavía turbia. El 19 de Septiembre continuó el tratamiento consecutivo, dilatación é instalaciones de nitrato de plata al 1%. La dilatación empezó en el número 38 de los beniqués, serie de Guyón, y la llevé hasta el número 50. La orina se modificó progresivamente, hasta

que quedó completamente clara, y con esta modificación desaparecieron los fenómenos de infección local y general. El 1.º de Octubre el enfermo se fue de Bogotá en perfecto estado de salud.

### *Observación segunda*

Sr. T., de Campoalegre, 25 años de edad, se presenta á mi consulta el 25 de Septiembre de 1900. A. P. Tres blenorragias anteriores, la primera data de 5 años. Absceso urinoso hace 1 año, abierto espontáneamente. Hace dos meses y medio, viruela que fue tratada en el Hospital de Los Alisos de esta ciudad y en la convalecencia, 2.º absceso urinoso abierto espontáneamente también. El enfermo viene á consultarme para una recrudescencia de su superación uretral, creyéndose atacado de una nueva blenorragia. Después del examen subjetivo del paciente, que me hizo presente lo grave de su situación, tomo una gota de pus coloreada, que examino al microscopio, y no encontrando el gonococo, continúo el examen objetivo que me revela lo siguiente: orina sumamente turbia, con gruesos filamentos en el primer vaso y otros más pequeños en el segundo. El chorro es pequeño y aun cuando el enfermo hace grandes esfuerzos para vaciar la vejiga, no lo consigue, porque el tacto rectal hecho después me revela esto. Al examen de la uretra encuentro dos estrecheces localizadas en la región peneana, que permiten el paso del explorador número 16, y una en la región vulvar que permite el del explorador número 11.

En el periné se encuentran las huellas de los dos abscesos anteriores constituídos por induraciones colocadas al lado izquierdo, casi al nivel del escroto, y en una de ellas, la inferior, se encuentra una pequeña depresión que me hace temer la existencia de una fistula. A la exploración con un estilete delgado, no se consigue hacerlo penetrar, pero al creer los datos del enfermo, éste ha visto salir, en las micciones hechas con esfuerzo, ligeras gotas de orina. El tacto rectal revela una próstata normal y por la doble palpación hipogástrica, la vejiga todavía con líquido. Testículos normales. El enfermo dice sentir desde hace dos días en algunas de sus micciones que algunas gotas de orina descienden al periné. Interrogado



el enfermo, desde el punto de vista de la fiebre urinosa, me dice haber sufrido hace un mes un absceso febril precedido de un fuerte calofrío, y después algunos días por las tardes un ligero movimiento febril. Propongo la uretrotomía interna para el día siguiente. Acto continuo, el enfermo toma un purgante, y en la noche, previa la antisepsia del meato y del canal, pongo y dejo á permanencia la bujía conductora del uretrótomo. La operación, ejecutada el 26 á las 9½ de la mañana, no presentó otro incidente digno de mención que la fuerza que hubo que hacer á la lámina de uretrótomo para cortar los dos anillos que constituían las estrecheces penneanas, y que dieron lugar á una hemorragia sin importancia. Termino la operación con los lavados vesicales y con la fijada de la sonda.

El enfermo ha pasado bien el día. En la tarde el termómetro marca 37°.

Septiembre 27. A las 9 de la mañana encuentro al enfermo con un calofrío terrible, que lo hacía tiritar de la cabeza á los pies y que había empezado una hora antes. Pulso 110. Temperatura 39°. Inmediatamente me dirijo al periné que está un poco doloroso á la presión y en donde el enfermo dice haber sentido algunas picadas en la noche. Lavados vesical y toilette del Glunde y de la sonda. Cambio de curación.

A las 5 de la tarde temperatura 39°,4. Pulso 108. El enfermo dice haber sentido ligeros calofríos en el día. Periné más doloroso á la palpación y ésta revela una ligera tumefacción. Convencido de que el absceso estaba ya formado, decido operarlo al día siguiente.

Septiembre 27. Temperatura 39°, noche muy agitada, picadas y lancetazos en la región perineal. Previa cloroformización, antisepsia del campo operatorio y de mis manos, hago una incisión en el rafé mediano del periné, que comenzó al nivel del escroto y vino á terminarse cerca del ano (sin tocar el esfínter). Una vez cortado el tejido fibroso, con ayuda de la sonda de Nelatón y de uno de mis dedos índices, me fui profundamente hasta que di con una pequeña cavidad, de donde salieron unos diez gramos de pus. Prolongué esta cavidad hasta el cuerno izquierdo, con el que estaba la

comunicación; y una vez limpia y tocada con una solución fenicada fuerte, puse un dren grueso, llevando su extremidad superior hasta la cima del cuerno izquierdo, para hacer lo que el Profesor Guyón llama *drainage au plafond*. Rodée el dren de gasa yodoformizada para completar el drenaje de la cavidad y puse una curación algedonada.

Lavado vesical y sonda permanente. A las 6 de la tarde temperatura 38°,7.

Septiembre 28. Temperatura 37° á las 10 a. m. Curación y lavado vesical; sonda permanente.

Septiembre 29. Temperatura 37°. Curación y lavado vesical; sonda permanente.

Septiembre 30. Temperatura 37° á las 9 a. m.; misma curación. A las 2 de la tarde gran calofrío después de una micción en que gran parte de la orina salió entre la sonda y la uretra; á las 4 p. m., temperatura 39° 8. Pequeño lavado vesical para hacer funcionar la sonda.

Octubre 1.º Temperatura 37°; misma curación.

Octubre 2. Temperatura 37°; misma curación y quité la sonda después de un lavado vesical. La herida perineal presentó muy buen aspecto, el fondo y los bordes son rojos y cubiertos de abundantes botones carnosos; poca supuración.

Octubre 3. Temperatura 36½°. Curación.

Octubre 4. Temperatura 37°; herida, muy bien; quité el dren y continué el drenaje con la gasa únicamente.

Octubre 5. Temperatura 36½°. Curación.

Octubre 6. Temperatura 36½°. Curación. La temperatura continuó siempre normal y la cicatrización de la herida avanzando de manera que el 1.º de Noviembre estaba ya completamente cicatrizada. El día 8 de Noviembre empecé el tratamiento consecutivo por la dilatación, desde el número 38 beniqué y las instilaciones de nitrato de plata al 1% y 2%. La dilatación fue conducida hasta el número 50 de los beníqués, serie de Guyón. A medida que el estado local mejoraba, el general mejoraba también, y el enfermo abandonó la consulta el 28 de Noviembre, con la orina clara, buen chorro, vaciando su vejiga, la herida cicatrizada y la pequeña fístula cerrada.

*Observación tercera.*

Sr. F., de Cartagena, 45 años de edad. A. P. Una blenorragia hace 15 años, tratada por balsámicos. Se presenta á mi consulta el 7 de Octubre de 1900, á las 7 de la mañana, en retención completa y con todas las angustias que estas retenciones acarrear. Hombre de pequeña estatura, semblante físico fatigado, que revela el sufrimiento, pues desde las 8 de la noche del día anterior no ha podido orinar. Desde hace 8 años ha notado dificultad para orinar, disminución en el calibre del chorro y micciones frecuentes; pero desde hace dos años ha sufrido varios ataques de retención (no puedo precisar el número). Se queja de inapetencia, malas digestiones, constipación, accesos febriles, precedidos de calofrío, accidentes que lo vienen agotando desde hace cerca de 4 años; y en efecto, el aspecto general del enfermo es el de un caquético: tinte amarillo terroso, lengua seca, enflaquecido y muy deprimido moralmente. El examen objetivo demuestra: globo vesical producido por la vejiga distendida por la orina; nada del lado de los riñones; hidrocele de la túnica vaginal izquierda, próstata normal. En la uretra se encuentra una estrechez localizada en la región del vulvo, infranqueable por los exploradores: sólo admite una bujía filiforme que dejó en permanencia. La orina empieza á salir por gotas continuadas, y después de algunos minutos se establece un chorro, que á la media hora ha terminado la evacuación de la vejiga. Orina apenas turbia, reacción ácida, contiene albúmina en cantidad. Propongo la uretrotomía interna para el día siguiente. En el día, expulsión de la bujía filiforme con los esfuerzos de una micción. Por la noche coloco en la vejiga la bujía conductora del uretrótomo. Octubre 8, á las 10 de la mañana practico la uretrotomía interna, sin otro incidente que la dureza de la estrechez, que me obligó á forzar la lámina cortante. Lavado vesical y sonda permanente.

El enfermo ha tenido en el día ligeros calofríos, y á las 7 de la noche la temperatura es 38°. Octubre 9. Temperatura 37°. Noche anterior, buena. No hay dolores. Lavado vesical. En la noche del 9, expulsión de la sonda en una micción. La volví á colocar en la vejiga. Octubre 10, temperatura 37°.

Lavado vesical. Quité la sonda. Octubre 11, á las 3 de la mañana, gran calofrío; á las 7, temperatura 39°. Volví á colocar la sonda; lavado vesical; á las 7 p. m., temperatura 38°. Octubre 12, temperatura 36°, 4. Octubre 13, temperatura 36½°. Lavado vesical y quité la sonda. Octubre 14, instilación de nitrato de plata al 1%. Continué estas instilaciones hasta el 20 de Octubre, y el 22 comencé la dilatación progresiva, desde el beniqué número 38, seguida de instilación, y la conduje hasta el número 44, sin poderla llevar más adelante por resistencia del enfermo. Pero desde que su vejiga pudo vaciarse, el estado del paciente empezó á mejorar, á tal punto, que el 28 de Octubre, cuando abandonó la consulta, sus funciones digestivas eran normales, había engordado, su semblante era otro, y vaciaba completamente su vejiga. Lo veo de cuándo en cuándo, y me dice que su salud no deja nada que desear.

DR. CUELLAR DURAN

(Continuará)

---

## REPRODUCCIONES

---

### INMUNIDAD DE LA VACUNA

#### PROFILAXIA DE LA VIRUELA

No obstante los adelantos de la profilaxia de la viruela, esta enfermedad reaparece siempre que hay circunstancias que le son favorables; por esto el estudio de las condiciones relativas á la receptividad variolosa, á la inmunidad para la vacuna y á la profilaxia de la viruela, es de verdadero interés general. A este respecto pocas obras se leerán con tanto provecho como la memoria recientemente consagrada al estudio de estas cuestiones por el Dr. Maurice Coste, médico de los hospitales de Marsella, ciudad en la cual, como se sabe,

hace la viruela grandes devastaciones; este trabajo se basa en el estudio de más de ochocientos casos, y encierra número considerable de documentos; sólo insistiremos sobre algunas de las deducciones que se desprenden de él, tanto desde el punto de vista clínico como profiláctico. (1)

Las observaciones recogidas por el Dr. Coste, principalmente durante la epidemia de 1895 - 96, le han demostrado que, en general, de 100 individuos con viruela que no hayan sido vacunados, 4 tienen viruela discreta, 19 viruela media, 65 viruela confluyente y 11 viruela hemorrágica; mientras que 100 virulentos vacunados una vez con éxito, 52 tienen viruela discreta, 14 viruela media, 25 viruela confluyente y 5 viruela hemorrágica; de manera que los que han sido vacunados una vez con éxito, tienen 13 veces más viruelas discretas, 5 por 100 menos viruelas medias, 3 veces menos viruelas confluentes, y más de la mitad menos viruelas hemorrágicas que los no vacunados. Por término medio, los no vacunados sucumben 11 veces más á menudo á la viruela (41 por 100) que los vacunados una vez con éxito (11 por 100); á partir de 25 años, casi la mitad de los virulentos no vacunados mueren, el número de muertos aumenta con la edad hasta llegar á los  $\frac{3}{4}$ , mientras que de los vacunados una vez con éxito apenas mueren á los 25 años el 8 por 100, mortalidad que va aumentando también con los años, pero que es siempre, aun en edades muy avanzadas, bien inferior á la mitad de los enfermos (40 por 100); de viruela confluyente mueren casi la mitad de los no vacunados (47 por 100); de los vacunados una vez con éxito apenas mueren la cuarta parte (27 por 100); por último, los no vacunados atacados de viruelas hemorrágicas primitivas ó secundarias mueren todos, mientras que los vacunados una vez con éxito, sucumben todos cuando el carácter hemorrágico es primitivo, pero se curan la mitad de los que padecen de viruela hemorrágica secundaria; en cuanto á las viruelas hemorrágicas terciarias, se curan lo mismo en los vacunados y en los que no lo han sido.

En caso de viruela de 100 individuos vacunados y reva-

---

(1) In. 8.º Chez J. B. Bailliere,

vacunados una vez con éxito, 66 tienen viruela discreta, 19 viruela media, 9 viruela confluyente y 4 viruela hemorrágica; es decir, que en estos vacunados y revacunados una vez con éxito, hay 16 veces más viruelas discretas, otro tanto de viruelas medias, 7 veces menos viruelas confluyentes, y casi 3 veces menos viruelas hemorrágicas que en los no vacunados; la mortalidad media en estos revacunados es 9 por 100, casi 5 veces menos que en los no vacunados (41 por 100), y menos también que en los vacunados con éxito una vez (11 por 100).

En caso de viruela de 100 individuos vacunados y revacunados varias veces con éxito, 70 por 100, es decir, las tres cuartas partes tienen viruelas discretas, 14 viruela media, ninguno viruela confluyente y 14 viruelas hemorrágicas; por consiguiente, salvo complicación ó formas hemorrágicas, los vacunados muchas veces con éxito no mueren de viruela.

En resumen, un individuo que haya sido revacunado muchas veces con éxito, tendrá las mayores probabilidades de tener una forma discreta de la viruela en caso de ser atacado por ella: 40 por 100 de los no vacunados, 52 por 100 de los vacunados una vez, 66 por 100 de los vacunados y revacunados una vez con éxito, 70 por 100 de los revacunados muchas veces con éxito; las probabilidades para adquirir una forma media no están en proporción con el número de vacunaciones efectivas: 19 por 100 de los no vacunados, 14 por 100 de los vacunados una vez con éxito, 19 por 100 de los vacunados y revacunados una vez con éxito, 14 por 100 de los vacunados y revacunados muchas veces con éxito; pero mientras mayor sea el número de vacunaciones efectivas, menores probabilidades habrá de contraer una viruela confluyente: 65 por 100 en los no vacunados, 21 por 100 en los vacunados una vez con éxito, 9 por 100 en los vacunados y revacunados una vez con éxito, 0 por 100 en los vacunados y revacunados muchas veces con éxito.

La viruela hemorrágica parece que obedece á leyes especiales, y la vacuna no tiene sobre ella la misma influencia que sobre las otras formas; en efecto, parece que existe en las formas hemorrágicas, además del virus virulento, un microbio especial dotado de propiedades hemorrágicas, que viene ya de un individuo atacado de viruela hemorrágica, ya

de otra fuente; parece que este microbio especial se une en las formas primitivas al virus violento, cuando éste llega al organismo contaminado, ó bien se le reúne como en los casos de Haushalter y de Etienne después que lo ha invadido para producir una viruela hemorrágica secundaria ó una viruela hemorrágica terciaria de Talamón. Cualquiera que sea el momento de su introducción, este microbio forma con el virus violento una asociación, evolucionando al mismo tiempo y cada uno por su cuenta; ó también encontrándose este microbio en el organismo, cuando lo invade el de la viruela, adquieren en un momento dado mayor virulencia: en este último caso las dos virus evolucionan como precedentemente, y por este encuentro se puede explicar la forma hemorrágica que tiene con frecuencia la viruela cuando aparece durante el período puerperal, ó cuando preexiste un estado uterino, principalmente en el momento de la menopausa.

Volviendo á la viruela ordinaria, insiste el Dr. Coste en este hecho bien demostrado, que en muchos casos de vacunación y revacunación, la inmunidad dura mucho menos de lo que se admite generalmente; y además, que si la viruela es una enfermedad de todas las edades de la vida, la aptitud para contraerla va aumentando desde la niñez hasta los 20 y 25 años, para decrecer de ahí en adelante, progresivamente hasta los límites extremos de la vida, tanto en los vacunados y revacunados una vez con éxito como en los que no han sido vacunados. Excepcionalmente, y solamente para los revacunados muchas veces, la mayor frecuencia de la viruela está entre 30 y 35 años. Por consiguiente, y contrariamente á las ideas emitidas, el máximum de receptividad violenta no existe en la niñez sino de los 20 á los 25 años.

¿Qué indicaciones se desprenden de estos hechos, desde el punto de vista profiláctico? En primer lugar, que en los países en los cuales reina la viruela al estado endémico, ó que pueda presentarse como una epidemia, para preservar á los habitantes contra un ataque de la afección, ó por lo menos para atenuar sus efectos, es necesario vacunarlos cuando niños, no tanto porque la viruela pueda contraerse entonces, sino por su gravedad cuando se adquiere en esa edad; después revacunarlos antes de los quince años, es

decir, antes de la época de la vida en que la viruela aumenta mucho de frecuencia, para reemplazar la cantidad de inmunidad que haya podido perderse con los años, ó mejor dicho, para reforzarla en el período de mayor peligro; y por último, revacunar una vez más estos individuos á los 20 años, es decir, antes del período de la existencia en que son más comúnmente atacados por la viruela, oponiendo así á la mayor receptividad virolenta, la mayor suma de inmunidad.

Ahora: cuando en la vecindad existe un foco virolento, y con mayor razón en tiempo de epidemia, se debe vacunar y revacunar en masa, como lo quería Trousseau y como prudentemente lo aconseja Hervieux; es también necesario vacunar y revacunar á los viejos, porque pueden contraer la viruela, y en los extremos de la vida ésta es una afección sumamente grave; es también necesario revacunar á los que lo han sido antes con ó sin éxito, y vacunar y revacunar á los que han tenido antes la viruela; en fin, puesto que la vacuna contiene á veces una inmunidad de pocos meses, es necesario revacunar á los que han recibido la inmunidad cinco ó seis meses antes.

Esta última medida debe aplicarse particularmente á las personas que por deber profesional ó familiar están en contacto con un virolento, así como todos los que gravitan, por decirlo así, en la atmósfera de cualquier foco virolento.

(J. L. Championnière *Journal de Médecine et de Chirurgie*).



## TRATAMIENTO DE LA COREA POR EL ARSENICO

### ASOCIADO Á LOS CUERPOS GRASOS

El Dr. Lucien Levy acaba de publicar sobre este asunto un trabajo, tanto más interesante cuanto que el método de administración del arsénico que preconiza, puede utilizarse en todos los casos en que sea necesario administrarlo á altas dosis.



Desde los trabajos de Asari y Fr. Siredey se sabe que el arsénico tomado en altas dosis, en solución de Fowler ó de Boudin, cura generalmente y con rapidez la corea; desgraciadamente no se toleran bien estas dosis, y se producen con frecuencia diarrea y vómitos. Con los experimentos hechos en 1879 por el Dr. Chapuis, se ha demostrado que asociado el arsénico con la mantequilla es infinitamente menos tóxico que en solución; el Dr. Weill ha repetido estos ensayos y el Dr. Levy ha hecho en su servicio numerosas investigaciones sobre su modo de acción; sin entrar á discurrir la interpretación de estos hechos, nos limitamos á hacer algunas indicaciones sobre el empleo y los efectos terapéuticos de la mantequilla arsenical.

Diez gramos de mantequilla, es la cantidad que debe emplearse invariablemente, cualquiera que sea la proporción de arsénico que se incorpore. Para preparar la mezcla se toma la cantidad de ácido arsenioso que se va á administrar durante el tratamiento, sean 0,18 gramos, y se les agrega cloruro de sodio en la proporción de 0,10 gramos por cada cinco miligramos de arsénico, es decir, 3,60 gramos á los 0,18 gramos, lo que da una mezcla de 3,78 gramos; esta mezcla será muy íntima y sobre todo muy uniforme, y tiene por objeto aumentar el peso y por consiguiente el volumen del principio activo, facilitando así las ulteriores divisiones y disminuyendo el error inherente á toda pesada; el cloruro de sodio, además de su papel de cuerpo inerte, sirve para salar la mantequilla, y hacer la preparación de un sabor más agradable.

Hecha la preparación en las proporciones indicadas, 0,005 gramos de ácido arsenioso corresponden á 0,105 gramos de la mezcla, y como las dosis sucesivas del principio activo son: 5, 10, 15, 20, 25 y 30 miligramos, para bajar después en una curva análoga pero inversa hasta 5 miligramos; de la mezcla se tomarán sucesivamente los siguientes pesos: 105, 210, 315, 420, 525 y 360 miligramos, después se bajará hasta 105 miligramos; cada una de estas cantidades de la mezcla se tritura en el momento oportuno con 10 gramos de mantequilla fresca, con la cual se mezclan perfectamente el ácido arsenioso y el cloruro de sodio; la mantequilla arseni-

cal, preparada como se ha dicho, se administra con pan ó extendida sobre tostadas, que los niños toman con mucha facilidad.

Jamás se hará tomar el medicamento en ayunas; la *experimentación* con los perros, enseña que siempre que toman la mezcla de mantequilla y arsénico en ayunas sufren accidentes que no se observan con las mismas dosis administradas en medio de los alimentos, obteniéndose la mayor tolerancia en estas circunstancias. En el servicio del Profesor Weill se administra el medicamento durante la comida ó al terminarla.

La dosis se hace tomar de una sola vez cada dos días; por este sistema se evita con mayor seguridad toda complicación; sin embargo, en algunos casos se ha podido darla todos los días, casi á las mismas dosis, sin ningún inconveniente.

Con este método no es necesario el reposo en la cama, ni una alimentación especial (régimen lacteo), que debe ser tan abundante como se pueda.

La falta de fenómenos de intoxicación, aun de los más ligeros, es la regla general; por lo cual no es indispensable la presencia diaria del médico, como sucede cuando se usa el licor de Bondín; el tratamiento puede encargarse á personas incompetentes, puesto que no se teme ninguna complicación.

Por último, debe saberse que las mismas dosis se administran á los niños de todas las edades; un niño de 4 años tomó 0,18 gramos de ácido arsenioso, siguiendo la curva ordinaria.

Los efectos de las primeras dosis de mantequilla arsenical no son generalmente apreciables; cuando se llega á 25 ó 30 miligramos de ácido arsenioso la mejoría es notable, y á partir de ella se acentúa de día en día, de tal manera que cuando se ha bajado hasta 15 y 10 miligramos, está terminada la curación.

Las numerosas observaciones recogidas por el Dr. Levy, muestran que los resultados obtenidos así, sin ningún inconveniente, son sensiblemente iguales á los que dan los otros métodos de empleo del arsénico á altas dosis.

## TRATAMIENTO DE LAS LARINGITIS

## POR ASPIRACIONES LARÍNGEAS

El Profesor Leduc (de Nantes) preconiza en los *Archives provinciales de médecine*, un tratamiento aplicable á todas las laringitis, y particularmente á las tuberculosas, procedimiento que habilita á los enfermos para introducir en las vías respiratorias polvos y líquidos medicamentosos con la frecuencia necesaria y con perfección, facilidad y seguridad, sin tener que servirse del laringoscopio, y sin la cooperación del médico.

El polvo llevado por la corriente de aire aspirado cubre la mucosa de la laringe, las cuerdas vocales y la traquea, como si hubiera sido extendido con un tamiz; sólo las partes externas de las cuerdas vocales que durante la inspiración están en adducción, no quedan cubiertas.

El instrumento que se necesita es un tubo de vidrio de seis milímetros, poco más ó menos de diámetro interior, y de veinte á veinticinco centímetros de largo, con una curvatura en una de sus extremidades, de un centímetro de largo y que forme un ángulo de  $100^{\circ}$  con el cuerpo del tubo; á cuatro centímetros de la otra hay una curvatura de  $145^{\circ}$ .

Para usar este tubo, se extiende sobre una superficie limpia (un plato) el polvo que debe aspirarse, de manera que no haya pequeños grumos; el enfermo introduce el tubo en la boca, con el orificio del pequeño cayado dirigido hacia abajo, hacia la laringe, aplicándolo contra la pared posterior de la faringe, ó cerca de ella; cerrados los labios sobre el tubo, se aplica la extremidad de la gran curvatura sobre el polvo que se aspira por el tubo; el polvo arrastrado por la corriente de aire penetra profundamente en las vías respiratorias, y si la operación se ha ejecutado bien, no se le encuentra ni en la boca ni en la faringe; no debe apoyarse el tubo sobre la base de la lengua para evitar las ansias de vomitar; si se escoge el polvo convenientemente, *si es muy fino y se le disemina bien*, la operación, que por lo demás se ejecuta fácilmente, no provoca ninguna incomodidad, ni aun siquiera tos laríngea.

Las aspiraciones pueden repetirse tan frecuentemente como se las crea útiles; el enfermo puede cargar en el bolsillo el tubo y el polvo, y practicar su tratamiento en medio de sus ocupaciones.

Los resultados son absolutamente excelentes, incomparablemente mejores, más rápidos y completos que por cualquiera otro de los procedimientos de tratamiento de las laringitis.

Para introducir en las vías respiratorias los líquidos medicamentosos, aceites mentolados, fenicados, gaiacolados, yodoformados, etc., se pone una cucharadita en una copita, se sumerge la extremidad de la gran curvatura y se aspira como con los polvos; es ventajoso para asegurar la dirección y la penetración del líquido y para obtener fácilmente la tolerancia de la laringe, intercalar en el tubo gotas de líquido y y burbujas de aire, sacando é introduciendo alternativamente dentro del líquido la extremidad del tubo; el líquido se aspira, por decirlo así, gota á gota en las vías respiratorias, se extiende bien y es mejor tolerado.

Todas las laringitis ceden á este método de tratamiento, que es un nuevo medio de introducir en la laringe sustancias medicamentosas, polvos y líquidos, mucho más perfecto que los empleados hasta hoy.

Contra la laringitis catarral aguda, el polvo siguiente ha dado magníficos resultados:

(1) Acido bórico .....	} a a 4 gramos
Borato de soda .....	
Salol .....	

Mentol .....	0.12 gramos
--------------	-------------

Clorhidrato de cocaína .....	0.08 gramos
------------------------------	-------------

En polvo impalpable. Dos ó tres pulgaradas para aspirar cada dos horas.

Inmediatamente la ronquedad se atenúa, y el enfermo vuelve á su voz; la tos tan penosa para los que, á pesar de una laringitis aguda, necesitan hablar, se calma inmediatamente. La laringe tolera muy bien este polvo, que no sólo no excita la tos en el momento de la aspiración, sino que produce una mejoría inmediata. Este polvo sólo se conserva por pocos días; en frasco de vidrio se vuelve masa y se altera; en caja de cartón pierde el mentol por evaporación y apenas conserva una parte de su eficacia; no debe usarse el

polvo cuando tiene más de diez días de haber sido preparado. Cuando se aspira solo el ácido bórico, se produce irritación y tos; el ortoformo produce una sensación de quemadura.

El polvo de la fórmula (1) produce igualmente muy buenos resultados en la laringitis crónica, pero cuando el catarro se extiende hasta la mucosa de la traquea, con sensación de peso, irritación preesternal, secreción catarral crónica y tenaz, que provoca y mantiene la tos, para desprender y expulsar las mucosidades adherentes; entonces es mejor emplear las aspiraciones líquidas de aceites medicamentosos, mucho más eficaces, porque los polvos detenidos en la laringe no bajan á la traquea, mientras que los aceites bajan y cubren toda la superficie enferma. M. Leduc usa en estos casos la fórmula siguiente :

(2) Acido féénico nevoso. (neigeux)...	1 gramo.
Mentol.....	0.40 gramos.
Clorhidrato de cocaína.....	0.10 gramos.
Aceite de almendras dulces.....	40 gramos.

Para aspirar una cucharadita cada dos ó tres horas. Con esta medicación, laringitis y traqueitis que habían resistido muchos meses á otros tratamientos locales y generales, curaron en pocos días.

En las laringitis sífilíticas el método no es menos eficaz; en estos casos se pueden emplear los diversos polvos que contienen yodo entre sus elementos constitutivos : aristol, traumatol, etc. ; M. Leduc usa el diiodoformo solo ó asociado á la cocaína (fórmulas 3 y 4); estas aspiraciones pueden usarse tanto contra las laringitis del período terciario como contra las laringitis del período secundario.

En el cáncer de la laringe, la aspiración de polvos anti-sépticos y calmantes es el tratamiento que produce con mayor seguridad la mejoría y el alivio del enfermo.

En la laringitis tuberculosa este tratamiento da, sobre todo, resultados muy satisfactorios; entre todos los medicamentos el diiodoformo da excelentes resultados y parece que tiene, cuando se le emplea de esta manera, una verdadera acción específica sobre la tuberculosis laríngea. En el primer período—período congestivo—cuando sólo existe alguna rubicundez de la mucosa laríngea, congestión de las cuerdas vocales y ronquera, con la aspiración del diiodoformo puro se obtiene la curación.

(3) Diiodoformo en polvo impalpable..... 8 gramos.

Dos ó tres pulgaradas para aspirar cada dos ó tres horas.

El diiodoformo bien empleado es perfectamente tolerado por la laringe; no produce ni incomodidad ni irritación ni tos laríngea, aun cuando cubra casi completamente la mucosa, como se ve con el laringoscopio; permanece por largo tiempo en la cavidad; muchas horas después de la aplicación se le encuentra en los esputos, y con el laringoscopio se ve sobre la mucosa una ó dos horas después de la aspiración; así, pues, el método realiza una curación permanente de la laringe; el diiodoformo no tiene el inconveniente del olor desagradable del yodoformo, que llega hasta quitar el apetito á los enfermos.

En el período secundario de la laringitis tuberculosa, cuando existen ulceraciones, disfagia, disnea y edema, los resultados son igualmente satisfactorios, y las curaciones permanentes de la laringe con el diiodoformo, por el método de las aspiraciones, dan rápidamente la curación, siempre que lo permita el estado general.

En fin, en el tercer período de la tisis laríngea, cuando la laringe está profundamente alterada por la ulceración, cuando los dolores son constantes, la deglución imposible y que nada calma á estos enfermos amenazados de morir de inanición, el método de las aspiraciones laríngeas calma estos sufrimientos y los suprime, por decirlo así, inmediatamente, haciendo posible la alimentación. Cuando hay dolores, se asocia con ventaja la cocaína al diiodoformo, y si son muy vivos, se agrega á las dos sustancias anteriores la morfina en proporción que se varía á voluntad; se prescribe este polvo.

(4) Diiodoformo ..... 8 gramos

Clorhidrato de cocaína..... 0,08 gramos

en polvo impalpable para aspirar dos ó tres pulgaradas siempre que reaparezca el dolor.

(5) Diiodoformo..... 8 gramos

Clorhidrato de cocaína..... 0,08 gramos

Clorhidrato de morfina..... 0,04 gramos

en polvo impalpable para usarlo como el anterior.

*(Journal de Médecine et de Chirurgie).*

## LA FORMALINA

## CONTRA LOS SUDORES FÉTIDOS DE LOS PIES

El Sr. Frocher publica en la *Presse Médicale*, detalles minuciosos sobre un nuevo tratamiento del sudor fétido de los pies, que ha dado muy buenos resultados en el ejército alemán.

El Dr. Gerdeck ha publicado los resultados obtenidos en 60 casos, con el uso de la formalina, que ha empleado cuando la hiperhidrosis ha sido intensa, ó de mediana fuerza, del modo siguiente: 1.º formalina concentrada ó en soluciones acuosas al 30, al 10, al 7½, al 5, al 3, ó al 2½ por 100, como barniz ó en baños de pies; 2.º vapores de formaldehida, desprendidos con el calor, usando pastillas con 1 gramo de trioximetile; 3.º el polvo de formalina al 20 por 100.

El empleo de este polvo no es práctico, porque es muy difícil extenderlo bien sobre las partes enfermas, pero es muy cómodo como desinfectante, poniéndole dentro de las medias en mezclas hasta 3.5 por 100, quita completamente el olor.

Los vapores no son prácticos, porque no ejercen igual acción sobre todas las partes de la piel.

La mejor preparación es la solución concentrada de formalina y las soluciones acuosas.

Cuando se barniza un pie, que suda abundantemente, con la solución concentrada á razón de 1.50 gramos de formalina por pie, ejecutando la operación por la mañana, al medio día, por la tarde y al día siguiente por la mañana, es decir, cuatro veces; se ve que la secreción sudoral desaparece con frecuencia á la tercera aplicación y el mal olor desde el principio; la mejoría es tan notable que los soldados pueden estar en las maniobras militares durante catorce días, sin mudarse las medias de lana que usan, no reapareciendo ni el sudor ni el mal olor. Cuando la epidermis está macerada hasta el punto de impedir la marcha, con dos veces que se la barnice desaparece el inconveniente.

Tres semanas después de haber sido barnizada la piel, cuando ésta se escama, reaparece un ligero sudor sin olor; tres meses después, según la gravedad de la enfermedad,

hay una reincidencia siempre más fácil para tratar que la enfermedad primitiva.

En lugar de la solución concentrada se pueden usar otras menos fuertes, teniendo en cuenta que mientras más débiles sean, mayor será el número de veces que será necesario barnizar; al 30 por 100 se necesitará hacerlo 6 á 7 veces; al 10 por 100, 10 á 12; el mal olor desaparece con la solución al 3 por 100; la secreción comienza á desaparecer con baños de pies al 5 por 100, en los casos más graves se empleará la solución concentrada.

Debe tenerse en cuenta que como la piel es poco gruesa en los espacios interdigitales y del lado de la extensión de los dedos del pie, sólo se barnizarán estas partes dos veces en lugar de cuatro con la solución concentrada; si el olor persistiese bastará aplicar sobre tales puntos una ó dos veces más la solución al 10 por 100.

Para quitar rápidamente el mal olor á los botines, se pondrán cuatro á seis gotas de formalina dentro de ellos, el olor de esta sustancia sólo persiste por pocos días.

Después de 10 ó 14 días de terminado el tratamiento, se pueden hacer largas caminadas sin que los pies sufran, conservándose secos y sin olor; algunos, por excepción, necesitan una nueva aplicación al 10 por 100 para conseguir el mismo resultado; en los casos más graves persistieron los efectos hasta por dos meses; en vista, pues, de los resultados anteriores, el autor reemplaza el ácido crómico que se usaba antes por la formalina en solución concentrada.

El sudor de los pies contiene pequeñísimas cantidades de albúmina, leucina, tirosina, ácido valeriánico y amoníaco que reemplaza la urea; se considera generalmente que son los ácidos grasos volátiles isovaleriánico, caproico y caprílico, y tal vez bases amoníacales de la serie grasa, los que producen el mal olor.

La formalina presenta otras ventajas: los hombres que se hieren los pies haciendo largas jornadas, pueden continuarlas sin ningún peligro, barnizándose una ó dos veces la planta de los pies con la solución concentrada de formalina. A los soldados que se les pelan los pies durante las marchas, basta barnizarles la región afectada y la circunferen-



cia una ó dos veces con la formalina concentrada, para endu-  
recerles la piel, al día siguiente pueden caminar sin venda-  
je; aun cuando la operación es dolorosa, puede prescindirse  
del uso de la cocaína.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie*).

---

## LA LUCHA CONTRA LA LEPROA

### EN LAS COLONIAS INGLESAS

Por *E. Jeanselme*

Médico de los Hospitales de París, encargado de la misión en el Extremo-Oriente.

La lepra se propaga por vía de contagio.

Esta noción fundamental, casi universalmente aceptada  
entre los leprólogos, á pesar de algunas protestas aisladas,  
debe dominar el conjunto de las disposiciones, que rigen en  
todo país, la profilaxia de la lepra.

Los ingleses que poseen en el más alto grado el dón de  
administrar las razas conquistadas, lo mismo que los roma-  
nos, ya desde hace largo tiempo han tomado importantes  
medidas para combatir la epidemia leprosa que desola su  
vasto imperio colonial. Los numerosos textos legislativos  
que han impuesto á sus súbditos desde hace quince años,  
atestiguan el celo que han puesto para luchar contra el azo-  
te. Obrando de esta manera han obedecido tanto á preocu-  
paciones de orden económico como á un pensamiento filán-  
tropo.

Cada vida humana representa un capital.

Ahora bien: todo leproso se vuelve tarde ó temprano  
improductivo y queda á cargo de la colectividad.

Además, el renombre de insalubridad que tienen los  
países infectados de lepra, lo sustrae de las transacciones  
comerciales y compromete el porvenir de la colonización.  
Todas estas pérdidas sumadas dan cifras de centenares de  
millones.

Aunque estas nociones sean evidentes y muy sencillas, no es inútil enunciarlas. El médico descuida muy á menudo considerar este punto económico de policía sanitaria, y cuando solicita de los poderes públicos que hagan grandes sacrificios de dinero, es de su deber mostrarles el provecho pecuniario que deben esperar si adoptan las medidas propuestas. Estos argumentos en favor del interés bien entendido, tienen más fuerza que las consideraciones sentimentales.

Como observadores prácticos, los ingleses se han guardado muy bien de someter todas sus posesiones á una legislación uniforme y simétrica. Siempre, y en toda materia, han respetado el principio de la autonomía, no restringiéndolo sino en la medida necesaria para asegurar su dominio y guardar sus intereses materiales.

Este principio de la menor intervención, que tiene por corolario la descentralización, lo han aplicado á la solución del problema de la profilaxia de la lepra. No en las oficinas de la Metrópoli se han elaborado los diversos "Actos" destinados á combatir la lepra, sino en los lugares mismos donde ésta existe. Cada Gobernador ha tenido amplias facultades para dictar leyes, teniendo en cuenta las múltiples necesidades de tiempos y de lugares, de razas, de costumbres y aun de preocupaciones sociales. De ahí ha salido una legislación quizá incoherente en la forma, pero maravillosamente adoptada á los territorios que debe regir.

Dos principios fundamentales dominan la profilaxia de la lepra:

1.º Destruir los focos de endemia leprosa.

2.º Prevenir la importación á la colonia de los casos nacidos fuera de ella.

La experiencia demuestra que si esta última condición puede ser realizada sin gran dificultad, no sucede lo mismo con la primera.

El aislamiento ideal exigiría el confinamiento de todos los enfermos á un territorio privado de comunicaciones con el resto de la colonia.

Una es la marítima, distante de las costas, vasta, fértil y abundantemente provista de agua, sería la que convendría mejor para el internamiento de los leprosos. Construirían

allí aldeas y podrían entregarse al cultivo del suelo. Con excepción de residir en la isla, guardarían todos los atributos de la libertad.

Siendo imposible toda tentativa de evasión, no necesitarían de ninguna medida vejatoria de vigilancia. La unión de los sexos podría ser permitida, pero con la condición expresa de que los hijos fueran separados de sus padres desde el nacimiento. La lepra, en efecto, no parece ser hereditaria en el sentido exacto de la palabra, es decir, que la transmisión del agente patógeno de los generadores al producto no ha sido jamás comprobada.

En la práctica, obstáculos insuperables se oponen á la aplicación completa de estas medidas. En algunas colonias el número de leprosos es tal, que no se puede pensar en hospitalizarlos, y los gastos de sustento de estos enfermos, en su mayor parte indigentes, estarían muy por encima de los recursos del presupuesto colonial. Por otra parte, los ensayos de secuestro riguroso que nuestros sentimientos de humanidad reprueban, no alcanzan siempre su objeto. En el Cabo, así como en las islas Hawai, los desgraciados perseguidos por la Policía se escapan á menudo á las investigaciones más activas, gracias á la complicidad de sus familias y de sus amigos.

Ahora bien: en la práctica es necesario estar de acuerdo con los principios.

Las colonias inglesas están formadas de elementos heterogéneos. Las unas están situadas en la región intertropical; la raza anglosajona se aclimata allí difícilmente, son, propiamente hablando, colonias de explotación; las otras gozan de un clima más templado, y los blancos se sustituyen poco á poco á los naturales de allí, son colonias de población. En las unas como en las otras, el número de leprosos es variable, y las medidas que se deban tomar difieren necesariamente, según la intensidad de la endemia leprosa.

Desde este punto de vista se pueden distinguir cuatro grupos en las posesiones inglesas:

a) El primero comprende los Estados de Australia y las posesiones mediterráneas de Chipre y de Malta. Los Estados australianos son el tipo de la colonia de población. El clima

y las producciones del suelo permiten al europeo vivir en ellas como en su madre patria.

La población blanca no crece solamente por inmigración, puede arraigarse allí, mientras que el elemento indígena está en vía de desaparición rápida. En estas colonias prósperas, el número de leproso es mínimo; no hay, propiamente hablando, endemia leprosa. La legislación debe, por consiguiente, aplicarse principalmente á impedir el establecimiento de focos.

Las tres medidas que se imponen son, pues: la declaración obligatoria de todos los casos de lepra; el aislamiento inmediato y riguroso de los leproso; la vigilancia de los inmigrantes.

Los "Actos" de la Nueva Gales del Sud y del *Queensland* (1892) son casi idénticos. Hé aquí, en sustancia, las principales disposiciones de este última:

Art. 4.º Cuando haya razones para creer que una persona está atacada de la lepra, el propietario ó el inquilino de la casa deberá dar cuenta inmediatamente del caso por escrito al magistrado de Policía más próximo, quien hará al Ministro una relación, de la cual enviará copia á la Oficina Central de Salud. Cuando un médico práctico observe un caso de lepra, está obligado á las mismas formalidades. Toda infracción á esta orden se castigará con una multa que no exceda de 100 libras esterlinas (2,500 francos).

Art. 5.º El Ministro hará examinar al individuo sospechoso por uno ó varios médicos prácticos, y si el diagnóstico de lepra se confirma, hará enviar el leproso al Lazareto.

Si éste rehusa obedecer, se escapa ó tiende á hacerlo, puede ser detenido por la fuerza que el caso requiera y conducido al Lazareto.

Art. 9.º Toda persona que desobedezca voluntariamente, impida la ejecución de una orden, penetre en los límites del Lazareto, se comuniqué con un detenido ó intervenga sin motivo, podrá ser condenado á una multa de 10 á 20 libras esterlinas (250 á 500 francos).

Los "Actos" de la Nueva Gales del Sur y del *Queensland* no contienen ninguna disposición contra los inmigrantes leproso. Pero esta omisión ha sido en parte reparada.

Los Parlamentos de la Nueva Gales y de Victoria han impedido con un derecho de 100 libras la entrada de los chinos á estos Estados.

Esta medida ha sido tomada desde el punto de vista económico, pero, en el curso de la discusión del proyecto, se ha hecho valer en su favor el peligro que la entrada de los chinos, sin obstáculo, hacía correr á estas colonias.

b) Las posesiones sudafricanas (El Cabo, el Natal y el Bechuanaland) están situadas en gran parte entre 30° y 35° de latitud austral. Gozan de un clima templado. Son como los Estados de Australia, colonias de población, pero á la inversa de éstas últimas, son desoladas por la lepra.

La Comisión reunida en el Cabo en 1894-95, publicó una relación muy importante. Llegó á esta conclusión: "que no hay otros métodos diferentes de aislamiento completo ó modificado por los cuales la extensión de la lepra pueda ser detenida de un modo efectivo." Recomienda, pues, la declaración obligatoria en todos los casos. Es de opinión, sin embargo, que el aislamiento en un solo establecimiento, el de Roben Island, conduce al ocultamiento de muchos casos y pide que el aislamiento se asegure, según las circunstancias, en casas autorizadas (*licensed houses*), de habitaciones privadas (*private dwellings*) ó leproserías (*locations*) establecidas en el territorio. Si no, añade, el aislamiento obligatorio será difícil en extremo y se hará, sin necesidad, impopular. (*Unnecessarily repugnant to the people*).

La ley sobre la profilaxia de la lepra, promulgada en el Natal en 1890, no contiene menos de 42 artículos.

Ordena el aislamiento forzoso después del examen médico de todos los enfermos atacados de lepra infecciosa (*Infectious Leprosy*), denominación que se aplica á todos los casos que han llegado á un estado avanzado y caracterizados por la pérdida de un miembro ó por cualquiera otra marca evidente de la enfermedad.

Pero, en realidad, no se aíslan sino los enfermos que lo solicitan ó los que llegan al conocimiento del Magistrado. Esta ley es, pues, defectuosa en la aplicación.

La entrada al territorio está prohibida á los inmigrantes hindues ó negros atacados de lepra.

(Concluirá).

## BIBLIOGRAFÍA

## NOUVEAU FORMULAIRE

## DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

composition, indication thérapeutiques, mode d'emploi et dosages à l'usage des médecins par le docteur M. Gautier, ancien interne des hôpitaux et F. Renault, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe. 1 Vol. in 16 de 372 pages cartonné. Librairie T. B. Baillière et Fils, 19 rue Hantefeuille, à Paris. 3 francs.

Las especialidades farmacéuticas se recetan más y más por los médicos; en ellas encuentra el práctico un medicamento fácil de prescribir sin fórmula complicada, siempre igual, sin que esté expuesto á las dificultades y á los errores de las preparaciones officinales.

Si el número de los medicamentos nuevos aumenta sin cesar, el de las especialidades crece en proporción todavía mayor, porque para cada medicamento nuevo surgen inmediatamente muchas especialidades nuevas.

Era, pues, útil reunir en forma científica y práctica, los datos que necesita el médico para guiarse en su elección y para prescribir con perfecto conocimiento un vino, un elixir, un jarabe, obleas, píldoras, etc.

Este formulario comprende tres partes:

En la primera parte se estudian en el nombre de los medicamentos usuales, las especialidades que corresponden á la medicación que se quiere aplicar; los autores publican la composición, las indicaciones terapéuticas, el modo de administrarlos y las dosis.

En la segunda parte, *memorial terapéutico*, se enumeran las diferentes especialidades que corresponden á cada enfermedad.

En la tercera parte, *memorial farmacéutico*, se encuentra la nomenclatura de las especialidades y sus fabricantes.

Este formulario está precedido por el comentario que el profesor Cornil, informante sobre la ley del ejercicio de la farmacia, hizo del artículo relativo á las especialidades farmacéuticas.

Este comentario pone de manifiesto las dificultades inherentes á esta compleja cuestión, que se roza á la vez con los derechos del fabricante, del detallador, y sobre todo con la protección de la salud pública, que debe ser particularmente querida al médico.

---

## ANATOMIE GÉNÉRALE

### APLIQUÉE Á LA PHYSIOLOGIE ET Á LA MÉDECINE

par Xavier Bichat, Première partie, un beau volume in 8.<sup>o</sup>, de 525 pages, bien imprimé édité á 3 francos 50. Paris, 1900. Librairie G. Steinheil, rue Casimir, Delavigne, 2.

Esta reedición de la obra de Bichat en el cuadro de la *Biblioteca positivista*, tiene la ventaja de estar enteramente de acuerdo en la ortografía, la puntuación, etc., con la edición de 1801; tanto por el cuidado que se ha tenido en su ejecución, como por su precio excepcionalmente bajo, merece, como la edición análoga de Condorcet, que se la acorja favorablemente, no sólo por los positivistas de los dos mundos, sino también por los médicos y estudiantes, que comprendan, que la lectura de los manuales en ningún caso puede reemplazar el estudio directo de los grandes espíritus á quienes la biología debe su constitución. Todos ellos, y son muchos, se alegrarán de poder obtener fácilmente las obras del hombre de genio, que instituyó el primero el estudio de los seres vivos como ciencia positiva, distinta y autónoma, aplicando sistemáticamente el método positivo á la explotación del dominio biológico y separando definitivamente,—por una parte como ociosas é inútiles, las quiméricas explicaciones de los espiritualistas metafísicos de la Escuela de Stahl,—por otra parte como demasiado sencillas y notoriamente insuficientes las explicaciones mecánico-físico-químicas de los metafísicos materialistas de la Escuela de Boerhaave.

Esta edición aparece cuando termina el siglo, que vio nacer y tomar prodigioso vuelo á la Biología positivista y en víspera del centenario de la muerte de Bichat, su glorioso fundador; razones son las anteriores para que se le dé una cordial bienvenida.

## FORMULARIO DE LOS MEDICAMENTOS NUEVOS EN 1901

por H. Bocquillon-Limousin, farmacéuta de 1.<sup>a</sup> clase; laureado en la Escuela de Farmacia de París. Introducción por el Dr. Huchard, médico de los Hospitales. 1 vol. in-18, con 322 páginas, empastado, 3 francos. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19 rue Hautefeuille, París).

En el año de 1900 han surgido un gran número de medicamentos nuevos, que sólo registra el Formulario de Bocquillon-Limousin que recoge estas novedades á medida que aparecen.

La edición de 1901 contiene gran número de artículos sobre los medicamentos nuevos últimamente introducidos en la terapéutica; de los cuales todavía no se ha hecho mención en otros formularios, aun cuando sean recientes.

Citemos los siguientes: *Acetopirina, Aniodol, Bascicina, Berberina, Cacodilato de guaiacol, Cassaripa, Cloretone, Elosina, Epicarina, Eumenol, Fluoroformo, Guiakinol, Globone, Guaiamar, Gujasanol, Ginocárdico (ácido), Girgol, Hedonal, Honthin, Ibil, Igazol, Liantrat, Mentofenol, Mercurial, Persodina, Petrolan, Petrosulfol, Resaldol, Sacarato de Soda, Saponal, Silberal, Spleniferrina, Traumatol*, y gran número de plantas coloniales y exóticas.

Además de estas novedades, se encuentran artículos sobre algunos medicamentos importantes de los últimos años, tales como:

*Airol, Benzacelina, Cacodilato de soda, Cafeína, Cloralos, Cocaína, Eucaína, Formol, Glicerofosfato, Ictiol, Iodol, Kola, Levadura de cerveza, Mentol, Piperazina, Resorsina, Salipirina, Salofene, Somatosa, Strofantus, Trional, Urotropina, Vanadato de Soda, Xeroformo, etc.*

El Formulario Bocquillon-Limousin, está arreglado con método riguroso; cada artículo está dividido en partes distintas con los títulos siguientes: sinonimia, descripción, composición, propiedades terapéuticas, modo de usarlo y dosis; de esta manera el práctico tiene seguridad de encontrar el dato que necesita.