1035

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERITONITIS TUBERCULOSA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO CORREA CORDERO

AYUDANTE DEL LABORATORIO DE FARMACIA

EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES (1894)

FARMACÉUTICO (1895)

1900

IMPRENTA - BOULLOSA - ENTRE RIOS 1275

BUENOS AIRES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERITONITIS TUBERCULOSA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO CORREA CORDERO

AYUDANTE DEL LABORATORIO DE FARMACIA

EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES (1894)

FARMACÉUTICO (1895)

1900

IMPRENTA - BOULLOSA - ENTRE RIOS 1275

BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniomes manifestadas en las tésis

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

DR. D. JOSÉ T. BACA

ACADÈMICOS TITULARES

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GüEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO R. CHAVES

ACADÈMICOS HONORARIOS

DR. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

SECRETARIO TITULR

DR. D. LUIS M. ACUÑA

PRO-SECRETARIO

DR. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Dr.	JUAN JOSÈ NAON
Anatomia Topográfica	„	JUVENCIO Z. ARCE
Histología teórico-práctica	„	RODOLFO DE GAINZA
Fisiología General y Humana	„	PEDRO J. CORONADO
Patología General y ejercicios clínicos	„	ROBERTO WERNICKE
Materia Médica y Terapéutica	„	JUSTINIANO LEDESMA
Higiene Pública y Privada	„	MELITON G. DEL SOLAR
Patología externa	„	OBDULIO HERNANDEZ
Patología Interna	„	JOSÈ PENNA
Anatomía Patológica	„	TELÈMACO SUSINI
Bacteriología	„	CÁRLOS MALBRAN
Medicina Operatoria	„	ADALBERTO RAMAUGÈ
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	ENRIQUE BAZTERRICA
Enfermedades de niños y su clínica	„	MANUL BLANCAS
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	PEDRO LAGLEYZE
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	JOSÈ M. RAMOS MEJIA
Enfermedades mentales y su clínica	„	DOMINGO CABRED
Enfermedades Génito urinarias	„	FEDERICO TEXO
Enfermedades venéreas y dermatologia	„	BALDOMERO SOMMER
Clínica quirúrjica	„	JULIAN AGUILAR
	„	ANTONIO C. GANDOLFO
	„	ALEJANDRO CASTRO
Clínica médica	„	GREGORIO N. CHAVES
	„	ABEL AYERZA
	„	LUIS GÚEMES
	„	FRANCISCO SICARDI
Laringologia, otología, rinologia	„	EDUARDO OBEJERO
Obstetricia y Clínica respectiva	„	SAMUEL MOLINA
Medicina legal	„	FRANCISCO DE VEYGA
Toxicología	„	JUAN B. SEÑORANS
Química aplicada á la medicina	„	PEDRO N. ARATA
Física médica	„	JAIME R. COSTA
Zoología médica	„	ELISEO CANTON
Botánica médica	„	MARTIN SPUCH
Botánica farmacéutica	„	ADOLFO MUJICA
Química analítica	„	ATANASIO QUIROGA
Farmacia teórica	„	JUAN A. BOERI
Farmacía práctica	„	J. MANUEL IRIZAR
Obstetricia para alumnas parteras	„	JUAN R. FERNANDEZ
Odontología	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA
Dentistería operatoria	„	LEON PEREYRA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr.	JUAN D. PIÑERO
	„	JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO (en ejercicio)
Patología General y ejercicios clínicos	„	G. ARAOZ ALFARO (en ejercicio)
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA
		ANGEL M. CENTENO
Higiene Pública y Privada	„	ENRIQUE REVILLA
		RICARDO SCHATZ
Patología Externa	„	PASCUAL PALMA
		DANIEL J. CRANWELL
Patología Interna	„	MARCIAL V. QUIROGA
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADIA
Medicina Operatoria	„	NICOLAS REPETTO
		ALFONSO MASI
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	ALFREDO LAGARDE
		JOSÉ F. MOLINARI
Enfermedades de niños y su clínica	„	ANTONIO F. PIÑERO
		FACUNDO LARGUIA
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	FRANCISCO BARRAZA
		TEOFILO A. MORET
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	JOSÉ A. ESTEVES
		JOSÉ R. SEMPRUM
Enfermedades mentales y su clínica	„	BENJAMIN T. SOLARI
Enfermedades Génito urinarias	„	PEDRO BENEDIT
Enfermedades venéreas y dermatología	„	M. ABERASTURY (en ejercicio)
Clínica quirúrjica	„	JUAN B. JUSTO
		DIÓGENES DECOUD
		A. POSADAS (en ejercicio)
Clínica médica	„	JULIO MENDEZ
		IGNACIO ALLENDE
		PATRICIO FLEMING
		RICARDO COLON
Laringología, otología, rinología	„	WENCESLAO TELLO
		ELISEO V. SEGURA
Obstetricia y clínica respectiva	„	LUIS F. VILA
		FANOR VELARDE
Medicina legal	„	DOMINGO S. CAVIA
		.....
Toxicología	„	J. ALBA CARRERAS (en ejercicio)
Química aplicada á la medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Física médica	„	JUAN J. GALIANO
Zoología médica	„	VACANTE
Botánica médica	„	LUCIO DURAÑONA (en ejercicio)
Botánica farmacéutica	„	VACANTE
Química analítica	„	FRANCISCO B. REYES
Farmacia teórica	SR.	J. A. DOMINGUEZ (en ejercicio)
Farmacia práctica	DR.	MIGUEL PUIGGARI
Obstetricia para alumnas parteras	„	VACANTE
Odontología	„	VACANTE
Dentisteria operatoria	„	VACANTE

PADRINO DE TÉSIS

ACADEMICO DOCTOR LUIS GÜEMES

A la memoria de mis Padres

A mi esposa

y

A mi padre político Francisco Cordero

A los mios

Señores Académicos

Señores Profesores:

Vengo en este momento á presentarme ante vosotros y entregar á vuestro justo criterio, este pequeño trabajo, parte del fruto recojido en los años en que vosotros os habeis esforzado, comunicándome vuestros sabios conocimientos á fin de formar de mí un hombre que: siguiendo por la senda del deber, del amor y la constancia en la carrera á que me dedico, sea vuestro infatigable imitador y que con la sólida enseñanza que he recibido, permanezca siempre firme en la cima á que me habeis levantado.

Doy mis votos de agradecimiento á mis inolvidables maestros, en especial á los Señores Dres. Güemes, Chaves, Ayerza, Sicardi y Posadas á cuyas clínicas asistí y más particularmente al Académico Doctor Luis Güemes que me hace el honor de ser mi padrino.

HISTORIA

Antes de hablar de la Peritonitis Tuberculosa, punto elegido como tema de mi tésis, voy á narrar una pequeña historia sobre la tuberculosis en general.

La Tuberculosis, emfermedad eminentemente contagiosa, es conocida desde la más remota antigüedad; si nos remontamos á los tiempos de Hipócrates, veremos que en sus libros se hablaba de esta enfermedad.

Hipócrates conocía ya la espectoración de los tísicos, sus hemotísis, la deformación de los dedos en palillos de tambor.

Areteo (50 años antes de J. C.) agrega los detalles á la descripcion del maestro de Cos, y el cuadro clínico que él ha trazado de la tisis, merece ser reproducido.

La tisis, dice Areteo, tiene por causa la ulceración del pulmón, sucede á una tos prolongadada, ó á la hemotisis; ella es acompañada de una fiebre con-

tinua, más marcada generalmente durante la noche, notándose al mismo tiempo debilitamiento y un adelgazamiento general.

El pulso es frecuente y depresible; el sueño turbado, la piel pálida y los esputos infinitamente variables.

A los síntomas precedentes, se agregan la opresión, el debilitamiento del pulmón, ansiedad, impaciencia, inapetencia, los piés fríos durante la noche; calientes por la mañana, los dedos se adelgazan en la parte correspondiente à las falanges, de manera que las articulaciones parecen aumentadas; la cara se adelgaza á tal extremo que los pómulos sobresalen, la nariz se afila, los ojos se excavan, de manera que dan al enfermo, el verdadero aspecto del cadavérico. Las otras partes del cuerpo sufren las mismas alteraciones.

Es en la época del renacimiento, que los médicos se aplican á la autópsia de los cadáveres, observando más directamente las lesiones tuberculosas.

Uno de los primeros franceses, Silvius, describe el tubérculo y lo toma como una lesión de las pequeñas glándulas linfáticas situadas en el pulmón, lesiones comparadas á la escrófula de las pequeñas glándulas linfáticas superficiales.

Con las experiencias anatómicas de Felice, Plater (1655) de Benedictus (1656) y de Bonet (1686) contemporáneas á las de Silvius se ha podido considerar la tisis como una lesión del pulmón.

Portal (1792) admite que la tisis es producida por el reblandecimiento del tubérculo en el pulmón, dejando tras sí la caberna.

Baillú en 1793 da una descripción por la cual hace conocer, que las granulaciones pueden ser aisladas ó confluentes y que se pueden observar fuera del pulmón, en casi todos los órganos.

Vetter (1803) compara la materia que resulta de la degeneración del tubérculo al queso, dándole el nombre de materia caseosa.

Viene después Bayle el precursor de Laennëc, que basándose sobre el resultado de 900 autopsias, describe seis especies de Tuberculosis: tuberculosis pulmonar, tuberculosis granulosa, tuberculosis melanose, tuberculosis ulcerosa, tuberculosis calculosa, tuberculosis cancerosa. Es la primera de estas variedades según Bayle, la más común.

Laënnec (1819) publica su primer tratado de auscultación del pulmón y del corazón, abriéndose con esto un ancho campo, de manera de poder apercibir por medio del oído, las alteraciones que sufre un pulmón atacado de tuberculosis.

¿Cuales son las alteraciones anátomo-potológicas de un pulmón tuberculoso?

Laënnec muestra, que las granulaciones miliares y los tubérculos, presentan dos faces de un mismo proceso, que no hay más diferencia entre ellos, las que hay entre una fruta verde y una madura, presentándose algunas veces no en forma aislada sinó en forma difusa, ó sea una infiltración tuberculosa.

Cualquiera que sea la forma que se presente dice Laënnec, la materia tuberculosa tiene en su origen el aspecto de una materia gris semi-transparente, que llegado al reblandecimiento, adquiere poco á poco una liquidez parecida al pús y que es expulsada por la tos, dejando en su puesto la cavidad conocida con el nombre de úlcera del pulmón. En esta época ya se hablaba del contagio de la tuberculosis, pero sin poder fundar bien sus creencias y no pasaban de meras sospechas; pero ellos decian que una enfermedad que no es contagiosa, podía presentarse como tal según ciertas circunstancias.

Laënnec cuenta, que practicando la autopsia de un cadáver tuberculoso, se hizo una dequeña herida en el índice, y un tubérculo se le desarrolla en dicho punto; veinte años más tarde muere tísico.

Este hecho viene á probar, que en aquella época ya se creía en su contagiosidad.

En 1840, época en que se descubrió el microscopio, el estudio de esta enfermedad toma más íncremento sobre todo en Alemania, permítiendo de esta manera á los médicos de conocer á fondo las lesiones de esta enfermedad, hasta la época en que vino Pasteur y hace conocer la naturaleza parasitaria de las enfermedes infecciosas.

En 1855 presenta Willemin su comunicación á la Academia de Medicina, de cuyo trabajo resulta que la tuberculosis humana, es fácilmente inoculable á los conejos y chanchitos de la India, siendo refractario el gato, el perro, la cabra etc.

Chauveau, demuestra en 1868 la posibilidad de la tuberculisación por la vía digestiva.

Klebs Cohnhein, màs tarde Baumgarten y H. Martín repiten las experiencias de Willemin y confirman idénticos resultados que este.

Sigue una serie de experiencias para poder cultivar y aislar el microbio de esta enfermedad, hasta que el 10 de Abril de 1882 Koch anuncia que él ha aislado y cultivado el bacilo de la tuberculosis que lleva su nombre.

PERITONITIS TUBERCULOSA

La Peritonitis Tuberculosa es una afección del peritóneo producida por la penetración del bacilo de Koch, el cual encontrando allí un terreno propicio para su desarrollo, dá lugar á esta enfermedad.

Según las estadísticas, esta enfermedad es más frecuente en los niños entre 5 y 12 años, así como en la gente jóven, ella no es rara en los adultos que viven en un estado de miseria deplorable, una alimentación insuficiente, y expuestos, á los traumatismos de la región abdominal.

¿Como emigra el bacilo para llegar á este punto?

Tres son las vías que tiene para llegar al peritóneo.

I—Vía linfática.
II— » arterial.
III—Por continuidad.

I—Por via linfática—Sabemos la gran cantidad de vasos lifáticos, que parten de la pared intestinal y atraviesan los distintos repliegues del peritóneo, y por fin se esparecen en el resto de éste, formando verdaderas mallas. Ahora bien, es precisamente por esta vía la que generalmente sigue el bacilo para dar origen á la peritonitis tuberculosa, y así, toda inflamación de la túnica intestinal, trae por consecuencia gran emigración de glóbulos linfáticos y cargándose estos del bacilo, son llevados por el torrente linfático al peritóneo y de allí pueden seguir su camino á los distintos órganos de la economía.

Así que, la inflamación del intestino, que tenga por consecuencia una pérdida de su epitelio, como sucede en los casos de diarreas crónicas, son estos los puntos por donde pasa el bacilo que se encuentra en el interior de los intestinos; sea que él haya entrado allí con los alimentos ó con otros medios, tiene las puertas abiertas para seguir su camino.

Estas opiniones encuentran su confirmación en las experiencias llevadas á cabo por Baumgten y Orth, quienes hacían notar que en aquellos animales en experiencia, que se les administraba materia tuberculosa con cuerpos duros, que podrian atacar al intestino produciendo verdaderos traumatismos, trayendo por consecuencia la inflamación de las túnicas intestinales, se tuberculizaban.

Se puede, pues, decir, que la peritonitis tuberculosa sucede á la inflamación ntestinal; lo prueban los distintos casos observados por Köënin, de peritonitis tuberculosa consecutivas á trastornos intestinales. Voy á citar un caso que prueba la penetración del bacilo por esta vía, observando por Roger y Garnier.

En una mujer atacada de tuberculosis faringea y pulmonar, que muere de granulia 17 días después del

parto, nosotros hemos constatado el bacilo de Koch en la leche, bien que esta mujer, no ha presentado ninguna lesión tuberculosa clinicamente apreciable de la glándula mamaria.

Esta leche recogida acepticamente, fue inoculada á dos chanchitos de la India. El uno recibió 4 ctms³. sobre la piel y muere al cabo de tres días, con lesiones típicas de tuberculosis generalizada; el segundo recibió 2 ctms². en el peritóneo y sobrevive. Sacrificado 10 meses después de la inoculación, este chanchito presenta lesiones cicatriceales, vanales, sin tubérculos ni bacilos de Koch.

El niño que su madre lo nutre durante dos dias solamente, muere 10 semanas después de su nacimiento, presentando granulaciones en los ganglios mesentéricos, el hígado, el baso y los riñones. En este niño, la principal vía de transmisión del bacilo ha sido el tubo digestivo. Este hecho prueba según las conclusiones de Fede, de Bonis, de Bang, que la leche de una madre tuberculosa, puede contener bacilos de Koch y servir de medio de contagio á su hijo.

Hay casos observados de peritonitis tuberculosa en que no se han encontrado lesiones intestinales, esto podría confirmar en algo de que no se necesita la solución de continuidad intestinal para la penetración del bacilo, pero esto no se puede afirmar todavia del todo; lo más probable es que sea indispensable la efoliación del intestino.

Es muy frecuente observar ganglios mesentéricos hipertrofiados, debido á las ulceraciones intestinales, y al hacer su exámen microscópico, encontramos verdaderas pruebas que afirman su afección tuberculosa.

II—Por via arterial—Esta es una vía, que sigue igualmente el bacilo, para dar origen á la afección tuberculosa. Se han visto casos en que la afección tu-

berculosa radica lejos del peritóneo, y da origen á una peritonitis tuberculosa.

Es entonces la vía linfática, que transmite el agente patógeno al medio sanguíneo, siendo su intermediario el canal torásico ó la gran vena linfática y de allí al torrente sanguíneo general, dando lugar á una infección de casi todas las serosas, no necesitándose más para esto, que una circunstancia especial y un terreno preparado para la propagación bacilar.

Una de las causas ocasionales de esta infección, pueden ser los traumatismos; y á propósito de esto, voy á citar las experiencias de Mac Schüller, quien hacía inyecciones intra venosas de culturas tuberculosas, y contusionando después una articulación, se veía desarrollar en este punto una artritis tuberculosa.

Esta forma puede bien localizarse al peritóneo y pasar al estado crónico si no se interviene, ó bien dar origen á una policerositis, caso sumamente grave.

III—Por continuidad— Todos sabemos la gran comunicación que existe entre los órganos genitales, tanto del hombre como de la mujer, con la superficie peritoneal, así es que la localización de la tuberculosis en estos órganos, puede propagarse al peritoneo, dando lugar á una peritonitis tuberculosa. Esto se observa muy frecuentemente en las muchachas, en la época de la adolescencia. Guelliot, ha mostrado que en el hombre, la envoltura fibrosa, de las vesìculas, constituye de una manera general, una barrera suficiente á la infección tuberculosa. Para las trompas y los ovarios, esta cuestión es más dificil á resolver, pero está fuera de duda que es por los linfáticos que se hace esta infección.

Mientras tanto existen dos formas de peritonitis genitales; una forma generalizada, tipo ascítico de las jóvenes mujeres, y otra circunscrita enquistada, pelviperitonitis tuberculosa; se puede admitir que la pri-

mera es de origen linfático y la segunda por propagación directa de la vagina y del cuello del útero á las trompas y al peritonéo; esta infección puede propagarse igualmente al hígado, riñones, etc.

Lo mismo se puede decir de la peritonitis tuberculosa consecutiva á una pleuresia, si se tiene en cuenta la rica red de linfáticos que unen estas dos serosas, separadas por intermedio del diafragma.

División de la Peritonitis Tuberculosa

La peritonitis tuberculosa se divide en aguda y crónica.

La forma aguda no sufre sub-division; la crónica se sub-divide en tres períodos evolutivos distintos.

I.—Período—Forma gránulo exudativa.
II— » —Ulcero caseosa.
III— » —Fibro adesiva.

Peritonitis Tuberculosa Aguda

Anatomía Patológica—A la apertura del vientre tanto su pared abdominal como su peritoneo parietal, están infiltrados de manera que su espesor ha aumentado. Siguiendo más adelante, llegando á la cavidad piritoneal, encontramos que su serosa está acribillada de granulaciones grisáseas ó rosáseas, notándose cierta consistencia al tacto; estas se observan algunas veces incrustadas en el peritonéo ó bien formándo zonas aisladas, transparentes.

Histológicamente, se nota en su centro una célula gigante rodeada de numerosos núcleos y células redondas; la serosa que la rodea está muy inflamada, ella es desfoliada y recubierta de un exudado fibrinoso, la superficie está muy espesada. La exudación se espesa algunas veces al punto de formar verdaderos copos fibrinosos transparentes, que se desprenden fácilmente.

La ascitis que se observa algunas veces, es un signo de defensa del organismo, ella falta en los casos de formas atenuadas, aquellas que oportunamente se curan y constituyen el primer paso al estado crónico. En esta forma los ganglios son poco marcados, pero no es raro que los demás órganos sean atacados, es una clase de granulia á predominancia peritoneal.

Sintomatología—En presencia de un caso de esta forma, tendremos un enfermo que por su aspecto general y su facie, se puede confundir muy bien con una fiebre tifoidea si se trata de un adulto; con una meningitis si se trata de un niño; pero examinando al enfermo con proligidad, y haciendo un minucioso interrogatorio, veremos que los síntomas que predominan son los peritoneales; el enfermo se queja de grandes dolores abdominales que son acompañados algunas veces con vómitos, hipo y diarrea; al tomar su temperatura notamos, ipo ó ipertermia. Su pulso será muy frecuente, pequeño y de poca tensión (debajo de 10), su vientre muy doloroso. Llevando el exámen más adelante, veremos que la matités hepática está disminuída á consecuencia del timpanismo abdominal.

Palpando el abdómen, notamos su resistencia á la menor presión, es decir, que se defiende. A la percusión, notamos gran timpanismo debido á la parecia intestinal; en los flancos encontramos un poco de matitéz; esta será variable según la cantidad de líquido acumulado, el cual cambia de sitio según las

distintas posíciones que se le hace dar al enfermo, signo que nos indica que su cavidad peritoneal está libre de adherencias que formarían tabiques. Al abrir los otros órganos, pulmón, meningeas, corazón, encontraremos igualmente un semillero de tubèrculos, lo que prueba que esta infección se ha generalizado, ó sea que el microbio está en la circulación general.

Si no se interviene en este estado, bien puede pasar al estado crónico ó morir; y si no muere ¿qué es lo que pasa? Los síntomas: vómitos, hipo, etc., se van disminuyendo poco á poco, su pulso disminuye en frecuencia; su temperatura baja lo mismo que la elevación del vientre, la matitéz de los flancos se hace cada vez más pequeña, indicio de que el líquido se vá reabsorbiendo; reaparece el apetito del enfermo hasta entonces perdido y poco á poco vá recobrando sus fuerzas y entra al estado crónico que más tarde trataré.

Tratamiento quirúrgico—En esta forma la abstensión es la regla, mientras tanto que los síntomas no se localicen al peritoneo, y que el estancamiento aparezca cualquiera que sea la intensidad de los fenómenos generales. Así es que, una vez bien manifiestos los síntomas peritoneales, se intervendrá.

La laparatomía es un medio de curación, que se debe aconsejar á los enfermos.

TUBERCULOSIS CRÓNICA DEL PERITONEO

I PERIODO

FORMA GRÁNULO EXUDATIVA

Anatomía Patológica—Al abrir el vientre, encontramos tanto la pared abdominal como el peritoneo paríetal infiltrados, de manera que su espesor está aumentado; siguiendo el exámen más adelante, encontramos una gran cantidad de tubérculos crudos, del tamaño de una cabeza de alfiler, que presentan â la simple vista dos zonas distintas: una blanca central y una gris periférica. Estos tubérculos están localizados tanto en el peritoneo como en la sub-mucosa del intestino. Encontramos igualmente una gran cantidad de exudado fibrinoso y líquido citrino, con copos fibrinosos que envuelven los repliegues peritoneales y los intestinos.

La ascitis generalmente es en gran cantidad de un líquido claro, fibrinoso y algunas veces sanguino-

lento. Este se acumula en la parte inferior (estando el enfermo acostado), desalojando los intestinos distendidos por parálisis, hácia la parte superior, dando así lugar á un gran timpanismo. Este es tan exagerado que la matitéz hepática está muy reducida. El líquido se disloca con las distintas posiciones que se le hace dar al enfermo, lo que prueba que no existen tabiques que dividen la cavidad peritoneal. Se encuentran también gran cantidad de ganglios hipertrofiados.

Sintomatología—En presencia de un enfermo en este período, encontramos un cuadro más ó menos parecido á la peritonitis aguda; si tomamos su temperatura, veremos que ella oscila entre 38° y 40°; sudores abundantes, éstos son localizados algunas veces al abdómen, signo que según Boulland deberá ser interpretado favorablemente á esta afección; su palidéz es extrema; su pulso frecuente y de poca tensión, vientre muy doloroso á la presión y timpanismo exagerado, se nota igualmente un poco de líquido en los flancos. Si interrogamos al enfermo nos dice: Doctor, este mismo ataque me repite cada cierto tiempo, con los mismos síntomas que Vd. me vé ahora. Si se le pregunta al enfermo si ha tenido diarreas frecuentes, casi siempre contesta por la afirmativa, pero que éstas han sido alternadas por períodos de constipación. ¿Y qué será esto? me pregunto. No es otra cosa, que verdaderos pusé de peritonitis aguda, que pasan al estado crónico. Ante un caso que presente esta forma de peritonitis, está autorizada la intervención quirúrgica.

Tratamiento quirúrgico—Practicada la laparatomía, el cirujano se limitará á desprender las adherencias, extraer los exudados y el líquido ascitico; secar la cavidad peritoneal prolijamente con gasa seca y bien esterilizada, y suturar la pared con puntos reti-

rables. La incisión de la pared abdominal debe hacerse en la línea media y por debajo del ombligo.

Caso práctico—Teodoro M. Peña, 22 años, soltero, de profesión carpintero, de nacionalidad argentino (San Juán), fecha de entrada á la sala I de Cirugía, el 9 de Junio de 1900.

Datos del enfermo —En el mes de Setiembre del año 98 estando sano y bueno, comienza á sentir dificultad al tragar los alimentos, teniendo la sensación de un abrojo que caminaba de la garganta al hepigastrio, cuando se efectúa la deglución. Simultáneamente tiene un poco de fiebre, palpitaciones fuertes, molestas y dolor precordial intenso.

Contando el período de convalecencia, esta enfermedad duró alrededor de 2 meses, pudiendo después entregarse á sus ocupaciones. Hace notar el enfermo, que con motivo de esfuerzos fisicos, reaparecen las palpitaciones y que de tiempo siente puntadas en la región precordial. En Febrero del año 99, aparece dolor en la región lumbar izquierda, inmediatamente por debajo de la última costilla, dolor que se produce con los movimientos de la respiración, y que se acompaña de ruidos que se asemejan á silbidos.

Agrega el enfermo que estos ruidos los ha sentido del lado derecho, á la misma altura, y que persistieron hasta el mes de Junio del mismo año. No tenía entonces ni fiebre ni tos; las funciones digestivas se hacían bien.

Curado de este mal, que por otra parte no le imposibilitaba para el trabajo, cae en cama en el mismo mes con fiebre intensa, cefalalgia, pérdida de apetito, malestar y decaimiento general. Conjuntamente tiene dolor en el vientre que se hace muy sensible á la presión, éste se hincha á tal extremo, que el menor movimiento le produce fatiga. Después de las comidas siente peso en el estómago. Al principio estuvo cons-

tipado durante algunos días, después las deposiciones eran regulares y normales.

Visitado por un médico, diagnosticó agua en el vientre, y sometido á un tratamiento la hinchazón disminuyó, quedando sin embargo algún abultamiento, y persistiendo los dolores y la sensibilidad del vientre hasta hoy, pero ha tenido épocas de mejoría. En el mes de Setiembre aparecen vómitos intermitentes por primera vez, que según el enfermo, se producen inmediatamente después de la ingestión de los alimentos, y que últimamente en el mes de Abril se hacen repetidos, imposibilitando la alimentación.

Desde mediados de Abril éstos han calmado. Hace cuatro días nota diarrea con 6 ó 7 deposiciones diarias, sin notar en las eses nada de particular.

En el mes de Diciembre del año pasado, tuvo una época en que las mixiones se hicieron con dificultad y dolor, siendo las orinas cargadas y en poca cantidad. Ultimamente éstas eran de color subido. Desde Junio no ha sentido fiebre, ha tenido sudores poco abundantes, tiene insomnios, la piel se ha empalidecido, se ha enflaquecido, su peso medio era de 65 kilos, hoy pesa 45.

En Diciembre último, aparecen tumores en ambas axilas, que se reabsorben. En Enero reaparecen en la axila derecha, que se inflaman y supuran. Los ha tenido también en el cuello reabsorbiéndose algunos y persistiendo otros. Ha tenido henterorragias, los alimentos que ingiere se detienen en el estómago poniéndose duro y saliente.

Antecedentes individuales y patológicos—Viruela, fiebre tifoidea, escarlatina, sarampión, reumatismo articular agudo.

Hábitos—Fuma, no da antecedentes de alcoholismo.

Antecedentes hereditarios—El padre vive y cree que es sano, la madre vive y dice tener una afección hepática. Es hijo único.

Estado actual—A la inspección el vientre aparece abultado y de forma redondeada, con ligera aparición venosa suplementaria. A la palpación, este es sensible, uniformemente resistente, la pared dura y contraída impide palpar el paquete intestinal; contracciones violentas de los intestinos con ruidos de gorgotéos, se producen frecuentemente, lo mismo que frotes peritoneales. La matités hepática y la esplénica, son las de sus límites normales. El vientre es sonoro y timpánico en toda su extensión, y no se descubre zona de matitéz alguna que cambie con las posiciones del enfermo. Hay ganglios aumentados de volúmen en el cuello y en las axilas.

Junio 14—Empuje peritoneal agudo con vientre meteorizado y saliente; timpanismo exagerado, agudos dolores, disnea intensa facie ansiosa, vómitos biliosos, constipación absoluta, pulso frecuente. Se le prescribe morfina y ópio.

Junio 15—Se practica la laparatomía mediana infra-umbilical; pared abdominal espesada, edematosa y muy vascular. Peritonéo engrosado y sembrado de tubérculos crudos, rodeados de zonas congestivas. Ansas intestinales aglutinadas entre sí, por exudaciones fibrinosas muy resistentes, que forman grandes copos blancos amarillentos. Líquido seroso ascítico amarillo claro en su mayoría, turbio en algunas regiones.

Evacuación del líquido y de los exudados, sutura de la pared con hilos retirables y en tres planos.

Junio 19—Los vómitos aunque atenuados persisten dos días; hoy aparece en la herida un líquido abundante de aspecto lechoso. Sacados dos puntos

de sutura, este líquido se halla acumulado en el peritoneo, tiene olor fecaloide y sale en gran cantidad. Drenaje peritoneal de vidrio.

El estado actual satisfactorio. Se le dá aceite de hígado de bacalao y tónicos.

II PERIODO

FORMA ULCERO-CACEOSA

Anatomía Patológica—Al practicar la apertura del vientre. nos encontramos que la pared abdominal está infiltrada, así como su peritoneo parietal, al que se adhieren los intestinos, envueltos en gran cantidad de adherencias formando verdaderas masas. En medio de éstas encontramos abcesos, ganglios hipertrofiados y algunos reblandecidos.

La cavidad peritoneal es tabicada, encontrándose escasa cantidad de líquido y se encuentran igualmente tubérculos ulcerados y caecificados, como también exudados fibrinosos.

Sintomatología—En este período de la enfermedad, los enfermos se quejan generalmente de constipación marcada, al que sucede de vez en cuando, un estado diarreico acompañado de postración, los vómitos son poco frecuentes y vienen por intérvalos irregulares, pero la inapetencia es completa. Practicando el exámen, encontramos un vientre abovedado, con su máximo de saliencia en la región del ombligo; esto es debido á la constitución anatómica del peritoneo, encontrando en este punto su mayor grado de matitéz, siendo casi timpánico en los flancos.

Palpando el abdómen, notamos que éste no es

doloroso, pero que ofrece una cierta resistencia á la presión, siendo ésta mayor en la periferia del ombligo. En este punto apercibimos que los intestinos englobados, forman un verdadero casquete que se puede abarcar con toda la mano, como sucedía en el caso que voy á describir, examinado por mí. Algunas veces estas masas se observan en las partes laterales dando lugar á verdaderos tumores.

La evolución de la peritonitis úlcero-caceosa se hace por pusé sucesivos; durante el período agudo, la curva termométrica se eleva algunos décimos; hay chuchos, vómitos alimenticios, constipación, mientras que la sensibilidad del vientre es poco marcada. Poco á poco, estos enfermos se atenúan y la enfermedad toma un curso sub-agudo hasta un nuevo pusé.

Bajo la acción de este pusé, los enfermos se caqueccian y sucumben lo más frecuentemente, sea debido á lesiones pulmonares, sea á una complicación intercurrente.

En algunos casos muy raros, la curación espontánea puede observarse, sea por la evacuación de una colección líquida á través del intestino ó hácia afuera; pero estos hechos son excepcionales. Lo más frecuente es que pasen al estado crónico.

¿Qué se debe hacer con estos enfermos? Aquí está igualmente indicada la laparatomía.

Técnica operatoria—Incisión de la pared abdominal en la parte más saliente, prefiriendo la región umbilical línea media, llegando á la cavidad peritoneal, se extraerá el líquido si lo hay, y se desprenderán en lo posible las adherencias. En caso de encontrarse abcesos, se extraerá el pus con todo cuidado; en una palabra, se hace el toillete de la cavidad peritoneal, y se cierra ésta por medio de suturas en dos planos á hilos retirables.

Caso práctico—Sala I de Cirugía, cama nº. 17.

José Romero, 30 años, jornalero; procedencia de Buenos Aires, ingresó en esta sala el 22 de Mayo y salió el 4 de Julio.

Antecedentes individuales—Sin importancia.

Antecedentes personales—Hace 5 meses el enfermo empezó á sentir dolores en el dorso y en el vientre, teniendo el máximo de predominio al rededor del ombligo; al mismo tiempo nota que el vientre se le hincha alcanzando un volúmen considerable; su temperatura oscila entre 38° y 38 y $^1/_2$°. Ingresó entonces al Hospital Rawson donde estuvo 3 días, y le pusieron hielo en el abdómen. En esa época el enfermo tenía diarreas y vómitos verdes todas las mañanas. De allí salió y fué á su casa, donde se ha tratado con medicamentos caseros, á pesar de los cuales ha seguido enfermo hasta el presente, sin embargo el vientre que según él tenía el volúmen del de una mujer embarazada, ha disminuido considerablemente.

Estado actual—Dolor al rededor del ombligo, un poco de diarrea, vómitos verdosos por la mañana y nauseas, (hay antecedentes de alcoholísmo) tiene buen apetito, ha enflaquecido bastante perdiendo 10 kilos, actualmente pesa 60.

El abdómen está un poco abultado en la región umbilical; es duro y resistente en toda su extensión, pero más particularmente en la región del ombligo; es indoloro á la presión y no hay ascitis. En toda la zona que circunscribe al ombligo, se siente un tumor difuso sin límites apreciables, consistente y sonoro á la percusión.

La masa principal del tumor peri-umbilical se extiende como á 10 centímetros á partir del ombligo, siendo su forma general redondeada.

En la fosa ilíaca derecha, existe una tumefacción en forma de placa, de bordes duros y redondeados,

completamente inmóvil lo mismo que el tumor principal. La fosa iliaca izquierda está libre. La percusión del abdómen demuestra una zona de matitez á partir de tres traveses de dedos por encima del ombligo, zona mate, cuya extensión coincide con los límites del tumor dados por la palpación. Inmediatamente debajo de la cicatriz umbilical el tumor presenta una parte mucho más dura, más saliente, dolorosa á la presión y donde el enfermo acusa dolor expontáneo, que adhiere y fija la piel á los planos aponeuróticos profundos. Desde el comienzo de su enfermedad hay bómitos biliosos y diarreas con 3 ó 4 deposiciones diarias, borborigmos intestinales acompañados de cólicos.

Junio 15—Se practica la laparatomía mediana infra-umbilical; se encuentra en la región umbilical, una masa formada por el mesenterio, los ganglios y ansas intestinales (forma úlcero caseoso) se desprenden algunas adherencias y se seca la cavidad con gasa. La pared abdominal muy bascular y edematosa, tejido grasoso sub-peritoneal infiltrado con el aspecto de epiplón, peritoneo sumamente grueso de consistencia cartilaginosa, es dificil hallar la cavidad peritoneal, y una vez abierta, se cae sobre un tumor de consistencia leñosa formado por ansas intestinales en vía de organización, con paredes delgadas y presentando de cuando en cuando tubérculos fibrosos. Mesenterio muy espesado y unido englobando una masa de ganglios igualmente aumentados de volúmen y duros. El epiplón se siente hácia arriba, retraido y extendido en cuerda de un hipocondrio al otro; se sutura la pared con puntos retirables.

Julio 4.—Consecuencias operatorias sin importancia. A los diez días se retiran los puntos y actualmente presenta una cicatriz abdominal resistente.

El estado general es bueno, y el enfermo dice sentir menos dolores que antes de operarse. Desde el

2 de Julio empieza á tomar aceite de bacalao creosotado. El 4 se le dá el alta, recomendándole de venir cada 10 días. Al salir pesa 65 kilos.

III.—PERIODO

—

FORMA FIBRO ADESIVA

Anatomia Patológica—Retracción mesentérica, tumores enormes, formados por el mesenterio infiltrado, espesado y fijo, gánglios infartados y masas intestinales adherentes, poco ó nada de líquido. La gran cantidad de tejido embrionario, que se encuentra en esta forma, favorece la reabsorción del líquido ascítico, motivo por el cual este no se encuentra, y trae mayor número de adherencias entre las vísceras, que son llevadas hácia sus inserciones normales.

Sintomatolgía — Enfermo en regular estado de nutrición, apetito conservado, los trastornos digestivos se manifiestan de vez en cuando por constipación y diarrea sin vómitos ni náuseas, su temperatura suele alcanzar á 38° por la noche.

Algunas veces el enfermo se apercibe que su vientre aumenta particularmente después de las comidas, siendo muy timpánico, (debido esto á la parecia intestinal, bajo la influencia de la flecmacia peritoneal) al mismo tiempo siente ligeros dolores abdominales.

Esta forma es la que dá mayor garantía á los enfermos para su curación, porque dá lugar á verdaderas cicatrices del proceso, igual cosa de lo que sucede en una caberna del pulmón cicatrizada, pero cuando este trabajo de cicatrización es llevado á un grado extremo, trae tal retraimiento que produce verdaderos síntomas de estangulación intestinal.

Algunas veces están comprendidas en estas estrangulaciones, vísceras importantes como ser el hígado, bazo, riñón, etc.

La persona que lleva este padecimiento tiene el vientre retraido en forma de batea como generalmente se dice, esto es debido á que la pared intestinal y los intestinos aprisionados por el exceso de tejido retráctil, son llevados hácia la columna vertebral, donde se observan á la palpación nódulos sumamente duros.

Este retraimiento es llevado á un grado tal, que los enfermos son obligados á flexionar su cuerpo hácia adelante para poder caminar.

Los enfermos en este período raras veces se observan, ó bien éstos mueren antes de ser examinados por el médico, por caqueccia, por tuberculosis generalizada ó por oclusión intestinal, complicaciones que por diversos mecanismos, se observan en todos los períodos.

FORMAS AISLADAS ó LOCALIZADAS

(TUBERCULOSIS DEL CIEGO)

Anatomía Patológica—Tuberculosis del peritoneo visceral de los órganos que han sido el punto de partida de la lesión, infartos de los gánglios linfáticos vecinos, adherencias resultantes de empujes de peritonitis vanal de vecindad.

Sintomatología—Al examinar un enfermo de esta forma, veremos que su estado general es muy pobre; si tomamos su temperatura ésta estará por debajo de la normal, solamente si nos encontramos en momentos de un verdadero pusé agudo, ésta será elevada.

Al exámen directo, notamos un tumor que se localiza en la fosa ilíaca derecha, de consistencia dura, sin límites de demarcación bien netos, y que sigue una dirección vertical.

El enfermo es molestado cada cierto tiempo, de síntomas de peritonitis aguda.

La marcha que siguen estos enfermos es á la cronicidad, trayendo las continuas repeticiones de peritonitis con que son molestados, un gran aumento de tejido hembrionario, que da por resultado mayor retraimiento de la parte del intestino atacada, de manera que la luz de éste está disminuida á tal extremo, que muy frecuentemente estos enfermos tienen síntomas de verdadera extrangulación intestinal.

Esta forma es susceptible de curación, cuando la enfermedad está bien localizada y el enfermo no ha entrado al período de caqueccia.

Caso práctico—José B. Payejó, 18 años, soltero, Capital Federal, cama 29, sala 1ª, entrada, 25 de Abril, salida 9 de Junio.

Antecedentes hereditarios—Tres hermanos del padre han muerto de afecciones tuberculosas.

Antecedentes individuales—Ha padecido de asma, haciendo 2 años que no le dan los ataques; ha tenido varias veces influenza.

Hacen seis meses empezó á sentir fuertes dolores de vientre, con diarreas y vómitos, los que cesaron al poco tiempo, aumentando sin embargo los dolores y apareciendo á los treinta días, un pequeño tumorcito en la fosa ilíaca derecha, el que desaparecía á medida que los dolores eran menos intensos.

En el intérvalo de estos seis meses últimos, ha seguido con un dolor unas veces agudo y otras veces lento, que él localiza en la fosa ilíaca derecha; el dolor aumenta con la presión. Ha padecido de tiempo en tiempo, de diarreas, varias veces ha tenido vómitos; actualmente se encuentra constipado, haciendo 3 días que no mueve el vientre. Presenta demacración general. Ha habido enterorragias pequeñas, de sangre completamente roja.

Estado actual—En la fosa ilíaca derecha existe

un tumor pastoso en forma de placa, que alcanza arriba hasta la línea ilíaca umbilical, y debajo hasta el borde externo del recto anterior del abdómen. El tumor es sensible, poco movible y poco timpánico á la percusión.

Por el tacto rectal se alcanza un tumor en la fosa ilíaca derecha, en la región del ciego y el apéndices con los mismos caracteres de pastosidad y sensibilidad. El tumor es del tamaño de un puño.

Mayo 11—Se practica la laparatomía, y se hace una resección de 6 centímetros del ciego por encima de la válvula ilio-secal. Resección de 10 centímetros de ileón con una ulceración tuberculosa; la placa de Pleyer del extremo del ileón, la válvula ilio-secal y la parte vecina del ciego, con una úlcera tuberculosa de 6 centímetros de diámetro, de bordes indurados. El peritoneo, el ciego y el ileón cubierto de exudados grisáceos. Ganglios infartados en el meso-ileón-colón. Colón atrofiado, diámetro igual al ileón. Reunión de los extremos secal é ileal con un botón de aluminio, se rodea de gasa la sutura del intestino y se drena la fosa ilíaca dejando la fosa abierta.

Mayo 20—Se esfacela una parte del intestino y se forma un ano contranatura; en estas condiciones permanece hasta el 9 de Junio, fecha en que se le da el alta, indicándosele de tomar campo.

Se le prescribe aceite de bacalao creosotado y tónico.

Tratamiento Quirúrgico

No es dudoso que la peritonitis tuberculosa, puede curarse, sobre todo en los niños, puramente poniendo en práctica el tratamiento médico; pero la mortalidad con este tratamiento es el doble que con el quirúrgico.

Este tratamiento tomó mayor importancia en 1862, época en que Spencer Well, practicando la laparatomía por un quiste del ovario, y al abrir el vientre, se encontró con que todo el peritoneo estaba lleno de granulaciones tuberculosas, y un gran estancamiento líquido, en una palabra, se trataba de un caso de peritonitis tuberculosa. El enfermo sanó y vivió 30 años después de la operación.

Para probar que este tratamiento debe ocupar la primera línea, voy á citar una série de estadísticas que ponen en evidencia los buenos resultados de él.

Estadística de Kümmel—28 operados con 2 muertos.

Estadística de Maurange—71 operados con 6 muertos después de la operación y 7 por generalización.

Estadística de Lenfors—109 operados con 8 muertos durante la operación y 17 por generalización.

Estadística de Koning—131 operados, 24 muertos después de la operación, 23 mejorados y 84 curaciones confirmadas.

¿Cuáles son las formas susceptibles de ser operadas? Toda forma que acuse movimiento febril no está contraindicada la operación, porque se ven casos febriles en que después de la laparatomía, baja la temperatura.

Pero en presencia de un caso de granulia generalizada, está contra indicada la laparatomía, hasta mientras los fenómenos no se localicen hácia el peritoneo y el estancamiento aparezca; cualquiera otra que sea la forma se está autorizado para intervenir.

Con respecto al estado general, se debe tener en cuenta la edad del sujeto; la peritonitis tuberculosa cura más frecuentemente en los niños que en los adultos. Hay que tener en cuenta los antecedentes mórbidos y la entrada en el organismo.

En los casos de concentraciones pleurales y pulmonares, se ha visto que practicando la laparatomía, todos estos síntomas sufren un cambio de mejoría franca; en los casos de enteritis persistente no está contraindicada, puesto que se han curado después de la intervención. En las formas enquistadas se intervendrá.

M. Duplay, admite que la intervención quirúrgica, puede aplicarse ventajosamente en todas las formas de peritonitis tuberculosa, salvo en los casos, cuando los enfermos son atacados de tuberculosis visceral muy avanzada, que interesa el hígado y los riñones.

Hay, mientras tanto, que hacer una excepción. En las mujeres, en quienes la tuberculosis ha atacado los órganos genitales internos, crea una condición más á laparatomía, porque permite extraer los ovarios y las trompas, donde las lesiones son frecuentemente el punto de partida de la peritonitis tuberculosa.

Complicaciones de la operación—Tuberculosis de la herida, y fístulas inagotables consecutivas. Abertura del intestino y fístula estercoral consecutiva.

La lesión puede no ser influenciada en lo màs mínimo por la intervención y seguir su curso.

Pueden mejorar cuando las funciones intestinales se hacen regulares.

Pueden curar por completo y definitivamente.

Técnica Operatoria

Punción—Hay algunos que prefieren la punción á la apertura ámplia del vientre; pero para mí aquella tiene algunos inconvenientes.

Si no es practicada por manos muy hábiles,

se puede herir muy fácilmente alguna víscera, y se han visto casos de muerte por una simple punción peritoneal (un caso en el Hospital de Aislamiento, observado por mí, en que se hizo una punción exploradora en la cavidad peritoneal cayendo sobre el hígado, causando una hemorragia mortal).

Las punciones pueden ser seguidas de inyecciones de líquidos antisépticos, con el objeto de lavar la cavidad peritoneal, y me pregunto: ¿cuál lavará mejor, una simple punción con extracción de líquido peritoneal si lo hay, y seguída de una inyección del líquido lavador, ó abrir ámpliamente el vientre y dar salida al líquido?

Otra pregunta. Si fundamos nuestro medio curador á la entrada del aire en el peritoneo, ¿cuál ofrecerá mayor entrada, una punción ó la apertura ámplia del vientre?

Y agrego que, teniendo con respecto á la manera de proceder, tanto peligro la punción como la laparatomía, cuando éstas no son practicadas con las verdaderas reglas antisépticas, ¿por qué no emplear aquella que ofrece más ámplio campo al cirujano, cuando éste es munido de todo lo necesario para evitar la infección?

Teniendo en cuenta que la curaciòn de la peritonitis tuberculosa, es debida á la penetración del oxígeno en la cavidad peritoneal, se ha ideado una série de experiencias con este objeto. (Las experiencias de Straus y T. Peisiers, que proponen de inyectar aire esterilizado en la cavidad peritoneal).

Me voy á limitar puramente á mencionar el método de nuestro distinguido profesor, el Dr. Ayerza, que practica la punción con un aparato de su invención, compuesto de tres llaves: en una coloca el trocar, en la otra el tubo que vá al frasco donde hace el vacío, y la otra en comunicación con un manómetro,

que sirve para tomar la presión de la cavidad.

Por este excelente procedimiento he visto tratar y curar varios casos de peritonitis y pluresias tuberculosas, sin tener los inconvenientes de la punción por estar provisto este aparato de trocar curbos, de manera que pueden traer la última gota de líquido.

Con este aparato se extrae todo el líquido, al mismo tiempo que se inyecta el aire.

No menciono las muchas estadísticas que tiene el Dr. Ayerza, por escribir sobre este punto mi compañero el Dr. Bunge.

Laparatomia

Para practicar la incisión se debe siempre preferir la línea media, por debajo del ombligo; solo en casos excepcionales se debe practicar la incisión lateral.

En todos los casos, la apertura del vientre debe hacerse con mucha precaución, porque algunas veces se encuentran ansas intestinales adheridas á la pared abdominal, y habiendo perdido el peritoneo parietal su colocación y aspecto moral debido á su espesamiento, este peligro se hace mayor encontrándose adherencias imposibles de separar.

Una vez en la cavidad abdominal, el cirujano se detendrá y explorará prolijamente, si encuentra líquido lo evacuará completamente, las adherencias deben de ser desprendidas en lo posible.

Si se encuentran colecciones purulentas, éstas deben de ser abiertas.

Los anexos enfermos deben de ser extraídos, porque pueden ser el punto de partida de tuberculosis peritoneal, lo mismo que los ganglios infartados.

Después de haber hecho todo esto, se hará la limpieza de la cavidad, ya sea con gasa seca ó compresas montadas sobre pinzas.

La sutura de la pared abdominal, debe hacerse en dos planos á hilos retirables.

Ligeras Indicaciones

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN GENERAL

Antes de terminar, me parece prudente indicar el tratamiento de la tuberculosis en general, dando algunas ideas acerca de las precauciones y condiciones en que hay que someter, tanto á los atacados de ésta enfermedad cualquiera que sea su localización, como para aquellos que han sido sometidos al tratamiento quirúrgico.

Empezaré por el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, siendo esta la que más ataca al género humano, por ser el pulmón el que está diariamente en contacto con el aire, donde se alberga el basilo de esta enfermedad.

La curabilidad de la tuberculosis pulmonar, no se puede poner por ahora en discusión, teniendo en cuenta los grandes adelantos de la ciencia, como lo demuestran las pruebas tanto anatómicas como clínicas.

Todos los días encontramos en los anfiteatros de nuestros hospitales, cadáveres qne se les ha practicado la autópsia por causa extraña à la tuberculosis, y al abrir el pulmón, nos encontramos con pequeños puntos cicatrizados, formados por tejido fibroso y cretáceo, que no son otra cosa, que verdaderas cavernas tuberculosas curadas.

La tuberculosis, es una neoplasía que tiende no solo á la caceificación, sinó también á la esclerósis (Grancher). Es esta esclerósis, la que determina la verdadera cicatrización de las ulceraciones tuberculosas, y provoca el enquistamiento de los focos caseosos. Lo más frecuente, los tubérculos caceificados y enquistados se incrustan de sales calcáreas, y se transforman en masas pierrosas inofensivas.

Se comprende que la tuberculosis fibrosa, que evoluciona rapidamente á la esclerósis es la màs favorable; pero la tuberculosis común, aun en el período de restablecimiento, mientras que esta tenga una marcha lenta y que el organismo esté en condiciones de defensa, es curable.

Los movimientos febriles que se observan en la tuberculosis crónica, no es un obstáculo á la curabilidad. Hay más probabilidad de curación cuando la enfermedad está en su principio, localizada á uno de los vértices del pulmón, y es apirética.

Bajo el punto de vista clínico, la curación se nota por los cambios que sufre el pulmón, notándase que el enfermo se alimenta mejor y aumenta su peso.

Tratamiento Higiénico

Ninguna enfermedad ha sufrido tantos ensayos en su tratamiento como la tuberculosis; si enumeramos la cantidad de medicamentos de las distintas farmacopéas que se han puesto en práctica, nos causará verdadero asombro.

Hasta que por fin, encontramos un medio de tratamiento, que sin hacer uso de gran cantidad de medicamentos, podemos tratar á nuestros tuberculosos: este es el tratamiento dicho racional é higiénico de la

tuberculosis; tratamiento si bien muy antiguo, pero que hace muy poco número de años que se pone en práctica, sacando resultados sorprendentes. Para que este sea eficaz, es necesario que sea bien dirijido por médicos que puedan observar directamente al enfermo. Este tratamiento encuentra su aplicación, además de la tuberculosis, en otras enfermedades morbídeas, por que fortalecienda al organismo puede este luchar contra su invasor, es decir: el microbio que produce estas enfermedades. Así es que uniendo estos estudios á los del emiente profesor Grancher, ante un caso de tuberculósis no debemos desmayar por un momento, porque sabemos que con nuestro tratamiento bien dirigido lo curaremos, á no ser, que sea un organísmo completamente debilitado, pero aún así mismo, trataremos de poner este organísmo en condiciones especiales de defensa, de manera que este no sufra exceso de combustiones, que acompañan siempre la invasión de esta enfermedad. Estos medios de defensa los obtendremos, sometiendo á los enfermos al tratamiento higiénico, que para que sea benéfico debe reunir las siguientes condiciones:—**Reposo,**—**Aire libre,**—**y Sobre alimentación,**—al que agregamos algunas reglas higiénicas.

——

I—REPOSO

—

Todo trabajo exagerado produce en el organísmo un exceso de combustiones, que se hacen en la intimidad de los tejidos, trayendo trás de sí el debilitamiento del organismo,y si este no se encuentra en condiciones de poder recuperar estas pérdidas, llegará un día en que será imposible su existencia.

¿Y que pasará en el organismo de un tuberculoso, que debido á su misma infección está perdiendo

día á día? Es necesario pues, para evitar estas pérdidas, poner á nuestro tuberculoso en completo reposo, tanto material, como físico é intelectual.

Esta prescripción se me dirá, solo la podrá poner en práctica aquella persona que goce de ciertas comodidades; en una palabra: el rico; y para el pobre que debe hacerse?

Se le indicará la misma prescripción, y que la ponga en práctica á medida de sus recursos, observando en lo posible lo arriba indicado.

Lo que importa sobre todo es evitar todo ejercicio exagerado.

A partir desde el momento en que la tuberculósis se inicia, es necesario hacer cambiar por completo de vida al enfermo, sometiéndolo al reposo; prohibiéndole en absoluto todas aquellas diversiones que traen un debilitamiento del organismo.

Es precisamente la prohibiciòn de este mètodo de vida, el punto capital y el más difícil de ponerlo en práctica, porque este cambio no se obtiene fácilmente de los enfermos y sobre todo en el momento que será más útil, es decír, en el comienzo de la enfermedad, cuando ésta es más fácilmente curable.

Pertenece, pues, al médico indicar el estado de su enfermedad, y aconsejarle de poner en práctica, el método de vida anteriormente mencionado.

II—AIRE LIBRE

El régimen de reposo, unido á la vída al aire libre, forman dos elementos inseparables para el tratamiento de la tuberculosis. El punto capital de este tratamiento es el siguiente:

Aeroterapia—El enfermo debe vivir día y noche al aire libre; en el día lo pasará en pleno aire, elejirá ciertos parajes como kioskos, extensas galerías, pero protejidas contra las grandes corrientes y las irradiaciones luminosas muy excesivas.

De noche, el enfermo dormirá en una habitación ventilada, dejará las ventanas abiertas más ó menos según el grado de la enfermedad, evitando en lo posible la demasiada corriente, con un lienzo ligero que se colocará como de pantalla en le ventana ó puerta.

Este régimen de vida tiene que hacerlo el enfermo en cualquier estación, sea en tiempo de calor, en tiempo de frío ó en tiempo de lluvia, siendo para esto necesario que el cuerpo del enfermo esté bien abrigado y se verá que con este método, que es sedante del sistema nervioso, calmará la tos, los sudores cesan, y aún la fiebre; en una palabra no tiene ninguna contraindicación aún para la tuberculosis más avanzada.

Se le permitirán en ciertos momentos ligeros paseos, es decir, según el estado de la lesión y teniendo en cuenta la temperatura del enfermo.

Un tísico que acuse ligero movimiento febril, se le debe indicar el reposo absoluto; nada de paseo.

Es necesario que el aire sea puro, desprovisto de polvo; el aire del campo, de montaña ó de mar reune estas condiciones.

Se sabe desde mucho tiempo la nocividad del aire confinado, de cuartos chicos sin ventilación, en los cuales se alojan varias personas, donde cada una respira el aire prerrespirado, nocividad que es debida á la rarefacción del oxígeno, elemento indispensable para la respiración y el exceso del ácido carbónico.

Climas—¿Cuales son los climas que convienen más á los tuberculosos? Serán esos cuyas ocilaciones de temperatura son mínimas, luz intensa y suelo seco.

Para la elección del clima, hay que tener en cuenta el estado de gravedad de las lesiones, por requerir estas, climas de más ó menos altura; así por ejemplo un clima cuya altitud sea de 1000 á 1900 tms. es fortificante y estimulante, convendrá para los individuos predispuestos á la tuberculosis ó aquellos en que la lesión está en su comienzo, siempre que no acuse movimiento febril.

Los climas de llanura debajo de 400 mts. son sedantes y calmantes, convienen á los tuberculosos febricientes, á los predispuestos á bronquitis ó neumonias, en una palabra á los tuberculosos cuyas lesiones sean avanzadas.

El clima marítimo es aconsejado por los médicos ingleses y nó sin razón, puesto que todos los días estamos viendo á tuberculosos con lesiones algo avanzadas, recomendarles un viaje por mar, y á la vuelta de él, examinándolo nuevamente veremos que todas sus lesiones han cambiado en su sintomatología, con resultados satisfactorios para el enfermo.

Pero de todos estos climas, el que más conviene es el de montaña (esto acompañado al reposo que no dejaré de aconsejar á cada paso) durante un largo tiempo, no de meses sinó de años, harán de un tuberculoso un hombre fuerte y vigoroso que se encontrará en condiciones de desempeñar sus tareas ordinarias.

III—SOBRE ALIMENTACIÓN

El régimen alimenticio de los tuberculosos es tan importante como el del reposo y la aereación contínua, es uno de los elementos más indispensables para una pronta curación.

Hay que tener en cuenta que la tuberculósis es una enfermedad consuntiva por excelencia, y es por la alimentación que se pueden reparar las pérdidas sufridas por el organismo. Así es como se vé, que la base principal de este tratamiento, es hacer alimentar á los enfermos, siendo esta alimentación abundante y metódica. Desgraciadamente los enfermos rehusan seguir este consejo, trayendo de aquí retardo en la curación.

La primera consecuencia de la enfermedad es la pérdida del apetito, de manera que los enfermos experimentan repugnancia para cualquier clase de alimento que sea.

Pero hay que hacer algunas distinciones á este respecto.

A—La mayor parte de los tuberculosos no son verdaderos dispépticos, sinó con una anoreccia tan marcada, que parecen tales; á estos enfermos se les debe obligar el alimentarse, el médico les debe hacer comprender el estado á que llegarán si siguen observando el método de la poca alimentación. Así es que se necesita, buena voluntad de parte del enfermo, y un sabio consejo del médico para que estos no llegen á un debilitamiento extremo, que más tarde sea imposible recuperar sus fuerzas perdidas.

B—Los tísicos dispépticos son en los que encontramos mayores dificultades para su tratamiento; los unos sienten después de las comidas, aunque estas sean poco copiosas, trastornos locales y generales más ó menos acentuados. En estos se notan vómitos pertinaces después de las comidas, que son acompañados con quintas de tos.

A estos enfermos hay que hacerles observar una conducta especial; aquellos en que los vómitos son provocados por la tos, se les debe aconsejar comidas poco abundantes, pero estas serán más frecuentes;

debe al mismo tiempo combatirse la tos por medios calmantes, de manera que el enfermo pueda alimentarse.

Los alimentos que convienen á estos dispépticos son los de más fácil digestión, como ser: huevos, leche etc. y debe suprimírseles todos aquellos que agravan el estado dispépsico, como ser: vino, alcoholes diversos etc.

Los tuberculosos que acusen movimientos febriles, se les debe alimentar en el momento de la apirecia, ó cuando la fiebre está en el período de declinación.

Cuando un tuberculoso come y digiere bien, es señal de buen pronóstico; y se puede decir que está en la mitad del tratamiento; se le indicará no solo las prescripciones de la alimentación, sinó también las de la sobre alimentación.

IV—ELEMENTOS DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS TUBERCULOSOS

La alimentación en estos enfermos, debe hacerse al gusto de cada uno y según la tolerancia de su estómago; esta alimentación consiste en verduras cocidas, carnes, cuerpos grasos. Todas estas comidas deben ser variadas, de manera de no enfadar á los enfermos. Este método es el que se observa en los principales sanatorios.

En cuanto á las bebidas alcohólicas, se debe preferir la cerbeza negra á todas las demás, por las propiedades tónicas que posee. El vino no debe proscribirse en absoluto; se aconsejará siempre en poca cantidad y mezclado con agua, evitando de esta manera sus propiedades irritantes para el estómago. En los

casos de dispepsia acentuada, se debe evitar toda clase de alcohol y hacer uso de agua, pero esta será en poca cantidad, porque el exceso de líquido en las comidas retarda la digestión.

¿Cuantas deben ser las comidas en los tuberculosos? El sistema francés prescribe 4 comidas por día, el alemàn 6, divididas en esta forma: á la hora del desayuno 7 a. m. como vulgarmente le llamamos nosotros, se les dá: café con leche ó chocolate y pan con manteca; á las 10, huevos, pan, manteca y leche; á la 1 p. m. alimentos múltiples y variados, á las 4 pan, manteca y leche; á las 7 alimentos múltiples y variados; á las 10 una colación, leche y vizcochos.

V—ELEMENTOS QUE FORMAN LA SOBRE ALIMENTACIÓN EN LOS TUBERCULOSOS

Se dá este nombre á todos aquellos alimentos que se agregan á las comidas normales.

A—*Carne*—Lo que entra en primera linea es la carne cruda, constituyendo un alimento de muy fácil digestión y preparada con cierta condimentación, hacen que sea tolerada aun por los estómagos más delicados.

Se emplea generalmente la carne de buey muy bien rallada, de manera que se pueda formar de ella, una masa pilular de la que se harán tantas píldoras como apetezca el enfermo; la dósis generalmente es de 100 á 300 gramos por día y aún màs.

Esta es preparada de la siguiente manera:

Se toma carne blanda, se desmenuza bien, de manera de formar una pulpa, á la que se agrega un poco de agua fría, se deja algunas horas sumergida en ella, al cabo de las cuales se aprensarà en un lien-

zo fino, ejerciendo cierta presión de manera de extraer todo el líquido, al que se le puede agregar algunos condimentos, para hacerlo más agradable. Acostumbrándose el enfermo en pocos días á éste método de alimentación, verá muy pronto los maravillosos resultados.

B—*Leche*—La leche forma otro de los elementos principales de la sobre alimentación pudiéndo ser ésta de vaca, cabra ó burra.

Cuando la leche, debido á su largo uso no sea tolerada por el enfermo, se debe preparar de cierta manera haciendo cambiar su sabor, y para esto, se puede preparar en forma de crema, ya sea agregándole huevos en forma de candial; se le variará también con café, chocolate, coñac, etc. de manera que el enfermo tome este alimento durante todo de tratamiento de la enfermedad.

C—*Huevos*—Los huevos pueden tomarse crudos, ó poco cocidos; este es un alimento cómodo, porque sin ningún sacrificio, puede el enfermo tomarlo; siendo al mismo tiempo cómodo para los viages.

Por su fácil administración, aconséjase á los enfermos que pasan sus noches desvelados, tomar un huevo batido con leche.

D—*Cuerpos grasos*—Entre los cuerpos grasos tenemos la manteca, que será aconsejada tomarla en abundancia, ya sea á la hora del café de la mañana ó en las comidas de medio día. El aceite de bacalao es un precioso alimento, porque además de poseer cuerpos grasos en abundancía, contiene otros elementos entre ellos fosforados, ferruginosos, yodados que hacen de este, el reconstituyente por excelencia. Para que el estómago lo tolere fácilmente, es conveniente hacerle sufrir un cambio en su sabor, por ser éste el que enfada á los enfermos; para esto se puede

preparar ya sea en forma de emulsión ó bien agregarle un poco de glicerina, café, jugo de naranja, de limón etc.

VI—ELEMENTOS ACCESORIOS AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Después de haber hablado del tratamiento generalde la tuberculosis, me quedan algunas reglas higiénicas, que son de práctica observar, tanto para la salud del mismo enfermo, como para los que le rodean.

A—**Medidas y reglas higiénicas relativas á la piel**-Siendo, la piel uno de los grandes emunctorios del organismo, y donde las excitaciones repercuten sobre la nutrición de los tejidos, los mejores medios de hacer funcionar esta superficie, de manera que venga á obrar sobre el sistema general, son los baños. Para que este tratamiento sea eficaz y no traiga consecuencias graves, hay que observar algunas reglas.

(a)---Baños— Estos tienen que ser tibios, por que para las personas predispuestas al reumatismo, les probaría mal el baño frío.

(b) Este baño debe ser corto, de 10 minutos más ó menos; al salir de éste, el enfermo será bien friccionado, de manera de secar su cuerpo, permaneciendo en su cuarto de baño durante 15 minutos ó más si la temperatura exterior es más baja que la de éste. Se les dará 3 baños por semana á las personas no febricientes, y á las febricientes 1 á 2 por día, eligiendo para esto el momento en que la temperatura se hace sentir (Estos serán más cortos que los baños ordinarios).

B—**Fricciones**—Estas serán eficaces para aquellas personas, que por su gran estado de postración,

es imposible prescribirles el baño, siendo como este, un poderoso medio de estimulación cutánea.

Se podrán practicar las fricciones secas ó bien las húmedas. Las secas, se practican con un guante de crin ó de franela. Las húmedas, con un guante de franela embebido en los siguientes líquidos: alcohol alcanforado, vinagre aromático, alcohol vulnerario. Ellas deben ser practicadas en los miembros y en el tronco, friccionando enérgicamente, pero sin causar dolor, hasta traer sobre la superficie frotada una rubefacción pronunciada.

La hora que generalmente se deben hacer estas, es al acostarse y al levantarse, y en los momentos en que la traspiración sea abundante. Como se vé, pues, la gran utilidad que tienen, tanto el baño, como la fricción que despojan de la superficie cutánea, una gran cantidad de productos sudorales, que si se dejaran acumulados allí, den inguna manera esa piel podría desempeñar su verdadera función.

C—**Hidroterápia**—Hay estre los fisiólogos, unanimidad de aconsejar la estimulación cutánea, por las fricciones de agua fría y por las duchas. No creo conveniente dar duchas frías cuyos efectos son tan violentos, para organismos tan debilitados como son los de los tuberculosos. Creo que este método se debe aconsejar para los tuberculosos curados, ó para aquellos en quienes se sospecha, tanto por sus antecedentes hereditario como por su constitución física, estar predispuestos à esta enfermedad.

Está igualmente indicado este tratamiento para los convalecientes, y aún para éstos, hay que empezarles á dar duchas de 23° ó 20° y hacer descender la temperatura paulatinamente, hasta 10° á medida que estos se vayan acostumbrando

---

VII—MEDICACIÓN Y REGLAS HIGIÉNICAS RELATIVAS AL APARATO RESPIRATORIO

A—**Cuidado de parte de la nariz y de la garganta.** —Una de las condiciones indispensables para el buen funcionamiento de estos dos órganos, es su libre pasaje al aire. La respiración normal debe hacerse por la nariz, por estar este órgano cubierto por delgados pelos, que al pasar el aire á los pulmones, son detenidos aquí, la gran cantidad de polvos y microbios que, sin esto, irian á la superficie pulmonar, dando por resultados infinidad de trastornos en su funcionamiento; motivo para que el bacilo de la tuberculosis, encuentre un terreno propicio para su germinación. Así es que la respiración por la nariz, debe entrar en la educación respiratoria del tuberculoso.

No es raro encontrar enfermos que padecen de rhinitis y farinjitis. La faringe está frecuentemente recubierta por la mañana de mucosidades algunas veces sanguinolentas, que molestan á los enfermos, de manera que estos hacen grandes esfuerzos para expulsarlas.

Para evitar estos esfuerzos, aconsejo á los enfermos un lavaje nazo-faringeo, con un sifón de Weber, que contiene agua boricada tibia. Este lavaje se hará por la mañana y por la noche.

También se obtienen buenos resultados con pulverizaciones calientes bucales y faríngeas. Las ventajas de estas pulverizaciones es de mantener la humedad de las fosas nasales y de la faringe, de manera que el aire al pasar por allí, se cargue de cierto grado de humedad, que yendo á ejercer sobre las superficies inflamadas y dolorosas del pulmón, hacen las veces de verdaderos medicamentos emolientes.

Al agua que sirve para las pulverizaciones, se le puede agregar algunas gotas de eucaliptol ó de algún otro balsámico.

Se abstendrá de hacer uso de líquidos irritantes, como la creosota, esencia de trementina, yodo etc. que agravarian más las superficies irritadas de la faringe, laringe, bronquios y pulmones. Se puede también hacer inhalaciones con estas mismas substancias de la siguiente manera: Se pone algunas gotas de eucaliptol ú otro balsámico, en una palangana; en seguida se cubre la cabeza el enfermo con una tohalla, se aproxima hácia la palangana, y cubre ésta con las puntas de aquella, y va echando poco á poco agua hirviendo en la palangana, haciendo después, grandes inspiraciones, de manera que pueda penetrar el vapor cargado de las esencias que se han preferido, hasta la intimidad de los bronquios, después de lo cual el enfermo siente gran alivio, se calma la tos si la hay, la espectoración se hace más fluida, y más fácil para expulsarla. (Esto se puede hacer 3 ó 6 veces al día).

B **Gimnasia respiratoria y educación relativa de la espiración**—Las lesiones tuberculosas retraen de una manera notable el campo de la ematosis, sea que ellas hagan impermeables regiones más ó menos extensas del pulmón, y particularmente en los vértices, sea que se hayan creado adherencias entre las hojas de la pleura parietal y visceral, fijando el pulmón á la pared costal, de manera que este órgano no puede llegar á su máximun de dilatación, siendo esta una causa para que el aire no pueda renovarse con facilidad, especialmente en los vértices, que por su constitución anatómica, el aire entra con más dificultad que en el resto del pulmón, motivo por el cual son generalmente, estas partes, las que primero son atacadas por esta enfermedad; para evitar esto es necesario enseñar á los enfermos, la manera de respirar

que deben adoptar, á fin de que el renovamiento del aire, sea completo; para esto se les aconsejará hacer grandes inspiraciones, seguidas de una expiración prolongada.

Esta gimnasia respiratoria será ejecutada varias veces por día, y para que sea provechosa, es necesario que el enfermo se despoje de todas aquellas prendas de vestir, que ejerciendo cierto grado de presión sobre el torax, evitan así su dilatación.

C—**Educación relativa de la tos**—Es igualmente necesario de aconsejar á estos enfermos que no deben toser, sinó en los momentos necesarios para la expulsión de los esputos. Para esto dividiré la tos en *tos útil* y *tos inútil*

Por tos útil, se entiende aquella que es llevada á cabo cuando se quiere espulsar los esputos; es precisamente la que molesta más al enfermo, por los violentos esfuerzos que hace para este acto. Debe el enfermo resistir, lo más que pueda, para no toser, dejando de esta manera que aglomerándose el esgarro, sea expulsado con màs facilidad.

La tos inútil, es aquella que no es seguida de espectoración, y que no es debida sinó á un mal hábito del enfermo, que porque siente pequeñas molestias en la garganta, trata de toser y toser á fin de librarse de esta incomodidad. Y que es lo que pasa? Que con estos contínuos esfuerzos que hace para toser, y que no espetora nada, trae consigo una congestión laringeo-faríngea agravando asi su pequeña lesión.

D—**Educación de la respiración** — Lo mismo que aconsejo la educación de la tos, me encuentro en la necesidad de recomendar la espectoración. El consejo que voy á dar es muy importante, tanto para el enfermo como para los que lo rodean. En primer lugar, estos enfermos no deben salivar en el suelo, sinó en depósitos adecuados para este objeto (los que

serán prolijamente desinfectados), porque se sabe que es en el esputo donde existe el microbio que produce esta enfermedad, y si este esputo vá al suelo, una vez seco y reducido á polvo se esparcirá en el aire, introduciéndose á los pulmones en cada movimiento respiratorio; así es que con esta precaución, se evita el enfermo de que sea mayor la fuente de contagio para él y para los que le rodean. (En los sanatorios estas reglas son estrictamente practicadas). Como digo en el párrafo anterior, que es en los esputos donde se hallan los microbios de esta enfermedad, se debe recomendar á los enfermos, que no deben tragar éstos, so pena de la auto-infección.

VIII—APARATO DIGESTIVO

Las funciones de este aparato, debe procurarse que se hagan con toda regularidad; los alimentos deben ser bien masticados, porque de esta manera se facilita más la acción de los jugos digestivos, y la digestión se hará más fácilmente. Se aconsejará como dije en un párrafo anterior, de beber poca cantidad de líquido durante las comidas, porque éstos diluyen los jugos del estómago, que de por sí en estos enfermos están disminuídos; igualmente se debe prohibir todo líquido que irrite la mucosa estomacal.

IX—HIGIENE SEXUAL

Tanto para el hombre como para la mujer, el ejercicio de las funciones sexuales, debe ser reducido lo más que sea posible. En primer lugar, por la de-

presión que sufre el sistema nervioso durante este acto, y en segundo lugar porque el embarazo, en la mujer, ejerce una influencia muy favorable para la tuberculosis, que si bien está en estado latente hasta ahora, se pondría en actividad después del parto, en la época de la lactancia, con las múltiples consecuencias tanto para la madre como para el niño, que si bien no se tuberculiza durante el tiempo que es alimentado por su madre, á lo menos se cría un niño débil, es decir, tuberculizable.

Para terminar, diré algunas palabras acerca de los consejos, que se debe dar á toda persona atacada de esta enfermedad.

Creo que todo médico, que cumple el deber de tal, debe aconsejar lo siguiente:

I—Si es jóven, no se le debe aconsejar el matrimonio.

II—Si son señoras, se les aconsejará todo lo posible no tener familia.

III—Si son madres, nada de lactancia.

Pero á todo esto hay que hacer la excepción siguiente: Si sus lesiones están bien curadas, puede el médico en este caso aconsejar el matrimonio, pero poniendo en práctica las reglas ante dichas.

X—TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Es incalculable el número de medicamentos que se han inventado y descubierto con el fin de curar la tuberculosis, y ¿qué es lo que se ha hecho con todo esto? No es otra cosa que hacer retardar la curación, no sirviendo este tratamiento sinó para curar algunos síntomas. Así es que creo que todo médico en pre-

sencia de un caso de tuberculosis, sobre todo si está en su principio, cometería un error si entretuviera á su enfermo con medicamentos paliativos, sabiendo que tiene á su disposición un tratamiento benéfico cual es el dietético é higiénico.

XI—SANATORIOS

Esta cuestión, como lo dice muy bien nuestro sabio profesor, el Dr. D. Chaves, en su trabajo sobre tuberculosis presentado á la Facultad, con motivo de su incorporación á la Academia de Medicina, está á la órden del día en toda Europa y entre nosotros. Pero no basta, como lo dice muy bien el Dr. Chaves, tener sanatorios, es preciso que éstos reunan las condiciones necesarias; es preciso, sobre todo, la elección del clima y paraje para su ubicación, de manera que éstos sean favorables á la marcha de la enfermedad hácia la curación.

Pero, no es menos cierto, que los climas apacibles, suaves, es decir, aquellos en que el equilibrio de sus condiciones físicas, constitutivas de temperatura, presión, estado higrométrico, irradiación luminosa, etc., permita que el estado flsiológico pueda mantenerse, sin que el organismo tenga que recurrir á sus resortes de su adaptación ó acomodadores, sienta bien á la mayor parte de los enfermos; estos serán, pues, los medios casi ideales.

Entonces los mejores sanatorios, dice el Dr. Chaves y me adhiero á su opinión, serán los que están ubicados en regiones que sean favorables á la conservación del estado fisiológico.

FRANCISCO CORREA CORDERO.

Buenos Aires, Julio 24 de 1900.

Nómbrase á los Señores Académico Dr. Gregorio N. Chaves, Profesor Titular Dr. Abel Ayerza y Profesor Suplente Dr. Alejandro Posadas, para que constituídos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. T. BACA.
LUIS M. ACUÑA.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Francisco Correa Cordero.

«En el local de de la Facultad, á 6 de Agosto de
« 1900, reunida la Comisión que subscribe, encar-
« gada de dictaminar respecto de la admisibilidad
« de la tésis del ex-alumno Francisco Correa Cor-
« dero, que versa sobre «Peritonitis Tuberculosa»,
« resolvió admitirla.—Con lo que terminó el acto».

Firmados:—*G. N. Chaves*,—*A. Ayerza*.—*A. Posadas*.—*Zenón Aguilar*, Pro-Secretario.

LUIS M. ACUÑA.
SECRETARIO

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. BACA.
LUIS M. ACUÑA.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En los neumónicos, la enfermedad está en el pulmón; el peligro en el corazón.

II

El diagnóstico á priori de la meningitis tuberculosa, es impesible.

III

El lavaje de la sangre, como el mejor tratamiento del envenenamiento por el óxido de carbono.