

# REVISTA MEDICÁ HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDURENA

DIRECTOR:

Dr. Salvador Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Camilo Figueroa

Dr. Manuel Larios Córdova

Dr. Ramón Valladares

SECRETARIO DE REDACCION

Dr. Tito López Pineda

ADMINISTRADOR:

Dr. Manuel Castillo Barahona

---

Año I Tegucigalpa, Honduras, C. A., Julio de 1930.

Número 3

---

## Página de la Dirección

El 20 de julio celebró la Asociación Médica Hondureña el primer aniversario de su fundación. Ardua tarea, es en estos climas de tan exaltados temperamentos y de ausencia absoluta de disciplina, compactar un grupo de hombres para encarrilarse por mejores senderos; para apoyarse mutuamente; para defender los intereses del gremio; velar por la prosperidad de la profesión; estimular los elementos sobresalientes y contrarrestar por la práctica de la moralidad el charlatanismo y la farza, prestando así al país un servicio de inapreciable valor; y sin embargo, nuestra agrupación ha logrado en su primer año de vida, realizar en parte el ideal que la creo.

Cuando algún socio ha sufrido las asperezas del camino, pronto la Sociedad ha buscado la manera de suavizarlas.

Solícita ha respondido a las denuncias que sus miembros han hecho contra los impostores.

La Sociedad lanzó en noviembre del año pasado la fórmula para integrar la Junta Directiva de la Facultad de Medicina para el bienio 1930-1931 que en las elecciones de diciembre Triunfó con brillante mayoría.

Trata actualmente de organizar un Congreso Médico Nacional cuya importancia a nadie se escapa.

Celebró sesión extraordinaria para emitir su opinión sobre la reforma, pedida en el Congreso Nacional de algunos artículos de la Ley de Farmacia.

Recibió con el mayor beneplácito la Delegación Norte Americana que iba al Congreso de Panamá; agasajándola como mejor pudo, por

la gentileza con que ellos nos obsequiaron una sesión científica y en honor a los altos méritos de sus componentes.

Al mismo tiempo la Asociación elaboraba sus Estatutos y Reglamentos y obtenía la personalidad jurídica.

Inició los trabajos hace cuatro meses, en forma de disertaciones sobre casos observados y comentados, puestos luego a discusión, dando así a las sesiones mayor realce y atractivo.

Y para coronar, publicó en el mes de mayo el primer número de esta Revista, después de vencer serias dificultades del orden material. Ahora que la revista organizada bajo firmes bases económicas, camina segura del éxito, y de la alta misión encargada de cumplir, difundiendo los nuevos conocimientos médicos y recordando los viejos por las múltiples pruebas de su valer, la Asociación Médica Hondureña se siente orgullosa de poder afirmar que se encuentra en actitud de proseguir con la obra comenzada, llena de un optimismo justo, y está dispuesta a dejar el surco trazado por donde las futuras generaciones se deslicen hacia el triunfo ansiado; dando así a la profesión médica el puesto que se merece y a la Patria, sitio de honor en la vida científica.

## Un síntoma en la Fiebre Perniciosa

Disertación leída en la Asociación Médica

Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil

No voy a hablaros sobre la evolución de una enfermedad que es **de** todos conocida, solamente voy a exponer un síntoma en **la** Fiebre Perniciosa, el cual me ha llamado la atención en mi práctica **profesional**.

**El Plasmodium Falciparum** es el que produce la forma perniciosa. **Cada** parásito estío-otoñal produce **al** esporular de veinticuatro a **treinta** y dos esporos. **Se diferencian** las formas sexuales de éste organismo de las otras especies que dan **origen** a las tercianas y cuartanas benignas en que tienen una forma de media luna; y que durante su ciclo sexual en el cuerpo del mosquito es más susceptible a las bajas temperaturas que los de los tipos cuartana y terciana y por ésta razón no abarcan una **extensión** tan grande como los **otros**, encontrándose desde luego en las **regiones** más cálidas. Los accesos febriles difieren también de los otros-, la duración del estado de delirio dura ríe veinticuatro a treinta horas, y la toxina producida por este parásito es más virulenta. El Plasmodium Falciparum es **el** responsable de la mayoría de los síntomas malignos que vemos en **el** paludismo y las defunciones ocurren en su mayor parte, por la acción de esta especie; en donde

quiera que éstos **se localicen**, resultan no solamente estados inflamatorios si no de **necrosis** de los tejidos tomados.

La fiebre perniciosa se puede repartir en tres grupos, según las tres grandes cavidades **esplénicas** en que se manifiesten los síntomas y son: perniciosa **cerebral** perniciosa torácica y perniciosa abdominal. Según el punto determinado del sistema nervioso **central** que el virus palúdico lesione, la perniciosa se traducirá por accidentes cerebrales, accidentes **bulbares** y medulares.

Ya **Laveran**, Celli y otros han demostrado que los accesos perniciosos se deben a embolias parasitarias en los vasos de la corteza cerebral y así han encontrado en las autopsias, que **han** practicado en palúdicos que los capilares **estaban** inyectados de pigmentos **melánicos** y en la sustancia blanca encontraron hemorragias puntiformes.

Se tenía antes la creencia que los accesos perniciosos solo se presentaban en individuos que habían padecido de paludismo, pero actualmente se ha comprobado que existen estos accesos, sin antes haber tenido ningún síntoma de malaria.

Hay muchas formas de accesos

perniciosos y así tenemos la forma **comatosa**, la **algida**, la **meningi-**forme, la **epileptiforme**, en cuanto sus lesiones se localizan en el cerebro; forma **disneica** cuando ataca el **bulbo** y forma **tetánica** la **médula**; y extendiéndose más a otras visceras está la forma **sinco-**pal, la **congestión pulmonar** y la **perniciosa coleriforme**.

Los casos a que me voy a referir no entran en ninguna de estas formas y cuyas observaciones presento:

A. L. de 18 años de **edad**, de Tegucigalpa, de oficios domésticos para quien he sido llamado, presenta al examen clínico: abdomen doloroso a la **palpación**, lengua **saburral ninguna** hipertrofia del bazo ni del hígado; pulmones y corazón normales; sensibilidad normal; reflejos tendinosos y cutáneos normales; temperatura axilar en la mañana 39y en la tarde 40; pulso en concordancia con la temperatura. Esta enferma presenta el síntoma que me interesa y que consiste en la dificultad para hablar (*disartria*).

No es un estado comatoso, puesto que la enferma comprende perfectamente bien lo que le preguntamos y por señas y monosílabos contesta; y si es verdad que se han encontrado casos en la fiebre perniciosa de afasia, pero los enfermos han tenido también dificultad **para** deglutir y además trismus los casos He mis observaciones no **presentan** estos dos últimos síntomas y no hay parálisis de los músculos de la laringe ni del cuello y la lengua está en su estado normal en cuanto a su posición.

Diagnóstico: Perniciosa. —Tratamiento: procedí a prescribir un purgante de calomel y a inyectarle medio gramo de quinina intramuscular en la mañana y medio gramo en la tarde. Por espacio de dos días persistieron los síntomas, con alta temperatura, hasta el tercero que inyecté una dosis más fuerte alcanzando dos gramos diarios, *fa* enferma empezó a mejorar bajando la temperatura a 38 grados en la mañana y 38'4 en la tarde pronunciando al mismo tiempo más palabras; dos días

**después** con este mismo tratamiento la paciente hablaba perfectamente bien y su temperatura **normal, 37 grados.**

Berta C. **Ingresa** a la cama N° 21 del Servicio de Medicina de Mujeres a cargo del Dr. Héctor Valenzuela en el Hospital **General.** Examen clínico: Mujer bien constituida. Tiene la lengua saburral, hipertrofia del bazo y del hígado; pulmones y corazón normales; abdomen doloroso a la palpación; sensibilidad y reflejos normales; temperatura axilar 39 grados en la mañana y 40,4 por la tarde; pulso oscilando con la **temperatura.**

Examen de orina: normal.

Examen de materias fecales: positivo por ascárides.

Examen de sangre: presencia **del Plasmodium Falciparum.** Esta enferma como la anterior, comprende lo que se le dice, pero tiene *disartria*. Instituyéndosele el tratamiento de un purgante contra el parasitismo intestinal y quinina intravenosa a la dosis de 0.65 diarios y electrargol intramuscular la enferma pide su alta a los seis días completamente curada.

Angelina M. ingresa al Hospital General a ocupar la cama N° 13 **del** Servicio de Medicina de Mujeres.

Examen clínico: raquítica, tinte sub-ictérico; hipertrofia del bazo y del hígado; abdomen doloroso a la palpación; lengua saburral; pulmones y corazón normales; sensibilidad y reflejos norma-

les; temperatura axilar 40 grados por la mañana y 40 por la tarde; pulso en relación con la temperatura.

Examen de orina: normal.

Examen de materias fecales; negativo por parásitos intestinales.

Examen de sangre: positivo por **Plasmodium Falciparum.**

Presentando sin estar en estado comatoso la dificultad para la articulación de la palabra (*disartria*).

**Diagnóstico:** Fiebre Perniciosa.

Tratamiento: se ordenó inyectarle quinina intravenosa y electrargol intramuscular a grandes dosis, dando magníficos resultados curando la enferma a los diez días.

Dolores Duran de 16 años, de Tegucigalpa, entra al Hospital General el día 30 de junio, con una temperatura axilar de **37 grados,** pulso 80; bazo normal; hígado normal; pulmones y corazón normales; sensibilidad y reflejos tendinosos y cutáneos normales; lengua saburral, gorgoteo en la fosa ilíaca **derecha.**

Examen de orina: trazas de albúmina y pigmentos biliares.

Examen de materias fecales: positivo por ascárides, tricocéfalos y uncinarias.

Examen de sangre, presencia de **P. Falciparum.**

Tiene dificultad **para** hablar, un poco aletargada.

Se le prescribe un purgante antihelmíntico y se le **Inyectó** una ampolla de quinina por la vía intravenosa, con electrargol intramuscular; al **siguiente día** baja la

temperatura a 37 en la mañana ascendiendo a 38 por la tarde, continuando con dosis más fuertes de quinina se logra que la enferma mejore al quinto día, pudiendo desde luego hablar correctamente. Como se verá en esta última observación, esta enferma con una temperatura poro elevada de medio grado a un grado, tenía sin embargo tendencia al letargo y *disartria*, cediendo todos los síntomas con el tratamiento quinínico. En cuanto a la causa de esa **disartria**, es de sospechar que

sea debida a un estado congestivo o a embolias parasitarias en la zona de Broca, dadas las teorías de Laveran y otros, que he hecho referencia en **párrafos** anteriores. No pretendo ser el primero en haber encontrado este síntoma, pero hasta la fecha no he leído ningún artículo, ni observación que se refieran a él, por este motivo he querido presentarles este **pequeño** trabajo que **podrá** servir de base para un estudio más detenido, que me empeñaré en llevarlo a cabo.

Julio de 1930.

## EL SIGNO DEL EDEMA DEL PÁRPADO INFERIOR EN LOS RETENCIONISTAS

Por M FEDERE.

Boletín de la Academia de Medicina

De las numerosas observaciones **que** hemos recogido **resulta, que el edema del párpado inferior** en un individuo en estado de buena salud **aparente**, es el **índice de una ligera retención ureo-clorurada**, sin **albúmina** y sin otros trastornos.

**El abultamiento del párpado inferior** que ha sido observado en el hombre y la mujer cerca de 50 años, pero más frecuente en el hombre, reconoce siempre por causa una retención de urea **sanguínea**.

Fuera de toda **manifestación de hipertensión arterial**] este signo único tiene un valor patognómico.

Teniendo cuenta del **síntoma**, se puede, en tiempo oportuno, hacer **una** sangría, **prescribir** un régimen, un purgante, a fin de impedir los accidentes graves.

El signo ha sido observado, a **exclusión** de otros, en individuos bien constituidos **que murieron súbitamente**. Es objetivo y fácil de constatar, mientras que los pequeños signos del **brightismo escapan algunas** veces a la sagacidad del médico mis instruido.

**El edema** característico de los párpados, que los **novelistas** han **dado muchas** veces a sus personajes cerno estigma de intemperan-

cia, no es necesariamente la expresión de fatigas sexuales y lanchas de nuez del viejo **andarín**, son también la herencia del **trabajador**, del agotado, del gran comedor, cuyo régimen hipoazoado hará desaparecer los trastornos latentes; **esta infiltración** del párpado inferior siendo la sola y discreta manifestación de la retención.

**Talvez** no tendríamos que deplorar la muerte del espiritual autor del Bosque Sagrado, si el edema de los párpados *se* hubiera visto más luego. **En efecto**, Roberto de Flers, no tenía ningún signo de nefritis y la congestión pulmonar (edema pulmonar sin duda.) que mató tan repentina y prematuramente al célebre autor dramático, **había** tenido como síntoma **precursor el signo que relatamos**. Es al antiguo **asistente** del médico de Roberto de Fiera, de Vittel, que debemos esta observación que nos ha **permitida hacer** el diagnóstico retrospectivo

En presencia de **edema del párpado inferior**, será **juicioso** pensar en la insidiosa y disimulada nefritis, y en ausencia de otro síntoma, el enfermo será puesto en observación, regularmente pesado, lo que permitirá poner en eviden-

cia el periodo **de predema** de Widal y Javal. En fin, **las** investigaciones habituales: **dosificación** de la urea, constante **de Ambard**, prueba de **la** sulfo-penol-ptaleina permitirán sentar el diagnóstico de azoemia; estos diversos exámenes se imponen desde la **constatación** del síntoma. Es por **medio** de los métodos clásicos antes dichos que hemos llegado **a** verificar el valor patológico del signo.

Sin embargo hemos dado la preferencia **a** las pruebas que revelan el grado de permeabilidad renal, pues la **dosificación** sola de la urea sanguínea puede inducirnos en error: sabemos en efecto, que tal enfermo reaccionará con menos

de 0'50 gr. de urea en la sangre, **mientras que otro no** tendrá **ningún** trastorno con 0'80 gr

**Creemos** útil llamar la atención del médico sobre la **interpretación** de este pequeño signo, campanilla de alarma al alcance **de** todo práctico. Su observación permitirá un diagnóstico precoz; hará buscar sistemáticamente los **signos** subjetivos tan maravillosamente descritos por **Dieulafoy**, pero que pasan a menudo desapercibidos.

Agreguemos, para concluir, que la reabsorción de este edema local, formando bajo los ojos, una bolsa marchita, será el índice de la curación o de la mejoría **del** enfermo.

## Parálisis facial llamada a "frigori" y disfuncionamiento vascular local

Para ciertos autores la parálisis llamada "a frigore" no existe, **habría** solo parálisis facial de origen infeccioso específico en particular **para** otros el frío no sería sino un **agente** secundario en la aparición de la enfermedad que se asociaría a causas latentes pero reales para favorecer la producción del síndrome.

Sea cual sea el origen de la parálisis facial llamada a frigore su tratamiento salvo en los casos en **que** la especificidad es indiscutible se presta a vacilaciones y es decepcionante.

En la sesión del 22 de marzo de 1930 en la Sociedad de medicina de París, el señor Tarneaud comunica el caso de un enfermo joven de buena salud que no parece afectado serológicamente ni clínicamente de sífilis adquirida o hereditaria y afecto desde hace poco tiempo de parálisis facial a frigore. El enfermo ha sido tratado con una aplicación de sanguijuelas al nivel de la mastoides en el mismo lado de la parálisis. La mejoría ha sido rápida y segura.

El autor piensa que la extracción de **sangre** es aquí la causa del feliz efecto constatado. Comunica otros casos observados por él y por otros en que una intervención sangrienta sobre la mastoides ha provocado rápidamente regresiones totales de la **parálisis**. Su enfermo ha sido parcialmente curado pero solamente ha sido tratado con la aplicación de sanguijuelas siendo dado que rehusó toda intervención.

El señor Tarneaud emite la **hipótesis** basándose en este caso que se pudiera denominar parcial y según las observaciones más completas de los otros casos, que la causa de muchas parálisis faciales **a** frigore pueden ser trastornos circulatorios locales, congestiones **vasculares** capaces de repercutir sobre el funcionamiento normal del facial y que **la** extracción de sangre en cantidades importantes, hecha **al nivel** de la **mastoides por** una operación sería capaz **de restablecer** la fisiología circulatoria local normal y provocar curaciones prontas y **fáciles**.

**Informe** presentado por los doctores Tito López **Pineda** y Benjamín Guerrero, acerca de los casos sospechosos de beriberi presentados en Trinidad, Departamento de Santa **Bárbara**

**EL BERIBERI**

CASO IV

JUAN ALBERTO GUTIÉRREZ, vecino de la aldea de Las Delicias, de 35 años de edad, pesa 120 libras y mide m. 156 de estatura; es casado y ha tenido 4 hijos, de los cuales uno murió de pneumonía; su padre padece de elefantiasis y su madre goza de buena salud; su esposa es sana, lo mismo que sus hermanos, a excepción de uno, que ha padecido, en años anteriores, de una enfermedad análoga a la que él padece actualmente.

*Antecedentes personales.*—Salud fue mas o menos buena hasta hace como 10 años, época en que empezó a sentir debilidad y adormecimiento en las piernas, hasta el grado de que la marcha le fue imposible, pues al mismo tiempo se le inflamaron las piernas y los pies, extendiéndose la inflamación hasta arriba de las rodillas; al comprimirse los músculos de las piernas sentía vivo dolor, pero la inflamación no era propiamente dolorosa, sino que un tanto dura y que dejaba, al hacerse presión con el dedo, una impresión que duraba algún tiempo; también se le inflamó la cara, aunque en menos grado. La inflamación fue cediendo con medicamentos que \*e recetó el Dr. Pineda de quien

recuerda que le introducía una aguja en la piel de la cara anterior de la tibia y no sentía; cuando la inflamación cedió, los músculos de las pantorrillas se le adelgazaron demasiado y se le pusieron flácidos, doliéndole al comprimirse unos contra otros. Poco a poco fue adquiriendo fuerzas y al fin pudo caminar, primero apoyándose en un lazo asido de una viga; y después apoyándose en un bastón, recuperando su salud algunos meses después. Posteriormente ha tenido 4 ataques análogos, pero sin edemas, el último, el cual se le presentó el 24 de abril de este año, un día después de haber permanecido expuesto al sol durante todo el día. Este ataque se le inició con fiebre, la que tuvo durante 18 días, al cabo de los cuales empezó a sentir flojedad en las piernas e imposibilidad para la marcha. Las piernas se le adelgazaron y los músculos se le pusieron muy dolorosos a la presión; a] mismo tiempo sentía ambos miembros inferiores, como dormidos y pesados. Así como los miembros inferiores se le adelgazaron las manos y los antebrazos, quedando completamente impotente para levantarse. Este enfermo no ha sido alcohólico ni ha padecido enfermedades vené-

**reas.** El examen de heces dio tricocéfalos.

*Examen físico.*—Es de complejión débil y piel pálida; pulso, 88; temperatura, 36. 5; respiración, 18; tiene los dientes cariados y pálido el velo del paladar; amígdalas y faringe, normales digestión, normal; aparato respiratorio normal; hay dilatación **cardiaca** y los ruidos no tienen la tonalidad normal; el choque de la **punta** se percibe en el sexto espacio intercostal; la sensibilidad de la piel está bastante disminuida en la parte anterior de las piernas, así como en las caras laterales de las mismas; el reflejo cremasteriano está entorpecido y el patelar falta por completo. En ambas piernas la atrofia muscular bastante pronunciada, estando el soleo y los gemelos completamente flácidos y con marcada hiperestesia a la presión. Habiéndole ordenado a este enfermo, estando de pie y con las manos en la cabeza que se agachara y recogiera un alfiler colocado en el suelo, no pudo hacerlo. Asimismo se le ordenó abrocharse la camisa, lo que ejecutó con mucha dificultad. Se hizo constar, en las manos, la atrofia de los músculos de las eminencias, tenar e hipotenar; así como de los músculos del antebrazo y del brazo. La marcha de este enfermo es francamente atáxica.

#### CASO V

ROTEO BAIDK.-Vecino de la aldea de Las Delicias, tiene

62 años y pesa 125 libras; mide m. 1.65 de altura; es casado y de oficio labrador y fabricante de tejas de barro; su padre **murió** de neumonía; y su madre de fiebre cerebral; ha tenido 11 hijos que gozan de buena salud; su esposa es sana y sus parientes cercanos son también más o menos sanos.

*Antecedentes personales.* Hace algunos años **que** padeció de paludismo; en 1923 tuvo neumonía; no ha sido alcohólico ni ha padecido enfermedades **venéreas**; en **1911** tuvo una **enfermedad igual a la** que ha estado padeciendo este año y que ha **padecido** como **en** 8 ocasiones más, enfermedad que se le anuncia con dolor y flojedad en las piernas, adormecimiento y falta de sensibilidad, quedando imposibilitado para la marcha, adelgazándosele demasiado las piernas, **hasta** quedarle, los músculos de esa región, completamente flácidos, así como los de los muslos y antebrazos. Cada ataque lo ha tenido postrado como tres o cuatro meses. El Dr. Guillermo Pineda que es el médico que lo ha asistido, le introducía alfileres en la parte anterior de la tibia y no sentía. El primer **ataque** lo tuvo en la aldea de El Corral, que es de clima caliente y en donde el agua que se toma es de pozos **naturales**

*Examen físico.* Es de complejión mediana; la piel tiene coloración rosada; padece de piorrea **alveolar** y tiene **los dientes cariados**; **aparatos** digestivo, respiratorio y circulatorio, normales; orina,

normal; pulso, 60; **respiración**, 18; temperatura, 36.8; reflejos superficiales y profundos, normales, excepto el patelar que está completamente abolido; hay aún, atrofia de los músculos de la pierna, muslo y **antebrazo**; la marcha **es algo ataxica**. El último ataque lo tuvo hace 10 meses; habiendo estado en cama como tres meses, pues la **marcha** le **era** imposible por la suma **debilidad** que sentía en las piernas, las cuales se le enflaquecieron demasiado.

#### CASO VI

FELIPE PÉREZ R, vecino de la aldea de El Rodeo; de 33 años de edad, **casado, ladino**, de oficio labrador. Ha tenido 7 hijos, de los cuales han muerto 3, uno de fiebre cerebral; otro de una infección en la boca y gastroenteritis; y otro de una afección **hepática**; su padre murió de enteritis, a la **edad** de 80 años; su madre de una fiebre violenta, también ya de una edad **avanzada**.

*Antecedentes personales.*—Hace como 8 años padeció de chancros, habiendo tenido, posteriormente ulceraciones de la piel; 2 **años** antes, es decir, hace como 10, al

regresar de unos trabajos, sintió como dormidas las pantorrillas mucha flojedad en las piernas, hasta el punto de impedirle la marcha. Seguidamente simio dolores fuertes en ambos miembros inferiores, así como en las manos y antebrazos, habiéndosele inflamado los pies, las piernas y **los** muslos. El médico que lo asistió le introducía alfileres en la parte anterior de la tibia y no sentía, y cuando hacía presión con el dedo en las partes inflamadas, la impresión del dedo quedaba **por** algún tiempo. Mientras estuvo enfermo, sobre todo, cuando estuvo postrado, sentía gran opresión y muchas palpitaciones. Cuando la inflamación cedió, las **piernas** se le **adelgazaron** demasiado, **quedando** los muslos completamente **nacidos** y dolorosos a la presión.

*Examen físico.* — Complejión mediana; estatura, m. 1.58; peso, 140 libras; pulso, 38; respiración, 22; temperatura, 37. Tiene **piorrea** alveolar y el velo del paladar está enrojecido; dientes cañados; el resto del aparato digestivo, normal, lo mismo que los aparatos circulatorio y respiratorio; orina sin albúmina; esfínteres, nor-

males; reflejos superficiales y profundos, normales, excepto el patellar que es apenas manifiesto. El examen de heces **dio** únicamente huevos de ascárides. En los músculos de las piernas se **nota aún** algo **de** atrofia. Los chancros y las erupciones **cutáneas** le fueron curadas por el Dr. **Guillermo Pineda** quien le **aplicó** numerosas inyecciones **intramusculares** e intravenosas.

#### CASO VII

ESTERAN FAJARDO, vecino de la aldea de La Unión, de 41 años de edad, casado, agricultor, ha tenido 7 hijos, de los cuales han muerto 3, uno al nacer y los otros dos de gripe; su esposa, su madre y demás parientes cercanos, son más o menos sanos. **Su padre** falleció hace algunos años, de hidropesía.

*Antecedentes personales.*—*Hace* 18 años, tres días después de haber estado preparando un terreno para sembrar maíz, fue atacado de dolor y adormecimiento en las piernas y en los pies, inflamándose, en seguida, estas regiones.

La marcha le fue imposible y estuvo postrado más de una semana. Cuando la inflamación cedió, las piernas le quedaron sumamente delgadas y no fue sino como dos meses después que pudo andar sin dificultad, pues antes lo hacía como arrastrando los pies. De esta enfermedad curó por completo, pues no fue **sino** hasta abril de este año que fue atacado de neumonía y, en la convalecencia, sin-

tió adormecimiento en los pies y las piernas, luego dolor e inflamación en la misma forma que la primera vez, aunque más atenuados los síntomas. Tuvo como antes opresión precordial y **palpitaciones**. **Cuando la inflamación** cedió, las piernas le quedaron completamente enflaquecidas y los músculos de las mismas, al comprimirse unos contra otros, le producían un vivo dolor. Actualmente se nota la atrofia de los músculos de la pierna y la completa **flacidez** del soleo y los gemelos.

*Examen físico.* — Complejión, regular; temperamento, sanguíneo; pulso, 76; respiración, 24; temperatura, 37,4; aparatos digestivos, respiratorio y circulatorio, normales; hígado y **bazo**, normales; en las heces no se encontró nada anormal; orina, sin albúmina; sensibilidad, normal; reflejos, normales; esfínteres, normales; marcha ligeramente atáxica.

#### CASO VIII

MÁXIMO GUTIÉRREZ, vecino de la aldea de La Unión, de 37 años, casado, agricultor, pesa 125 libras, mide m. 1.60 de altura; ha tenido 7 hijos, habiendo fallecido uno de ellos, de liebre; su esposa padece de paludismo; su padre murió hace muchos años, de disentería; su madre es más o menos sana y lo mismo sus familiares cercanos, a excepción de uno de sus hermanos, que padece una enfermedad análoga a la que él **viene** padeciendo desde **1911**, tal como se relatará en seguida.

*Antecedentes personales.*—No ha padecido más que de paludismo y **gripe**; no ha sido alcohólico ni ha tenido enfermedades venéreas. En el mes de abril de **1911** fue a quemar un terreno preparándolo para la siembra de **maíz**, habiendo atravesado varias veces el terreno caliente; como tres días después **empezó** a sentir **adormecimiento** en las piernas, con **inflamación** y dolor, hasta el punto que se *vio obligado a tomar cama*. Poco a poco la **inflamación** fue cediendo y entonces las piernas le quedaron completamente **enflaquecidas**, lo mismo que los muslos, y los músculos de estas regiones completamente flácidos al **comprimir estos** músculos unos contra otros, se provocaba un dolor **pungitivo** que lo hacía gritar. Como dos meses estuvo en cama y, al levantarse y querer andar, sentía las **piernas** completamente, sin fuerzas y como pesadas, teniendo que andar como **arrastrando** los pies. Recuerda que el Dr. Guillermo Pineda que lo **asistió** le pinchaba las piernas con alfileres y no sentía y pudo **notar**, asimismo, **palpitaciones** fuertes y opresión en **el corazón**. **Seis** meses estuvo sin **poder** dedicarse a sus trabajos

habituales. Después de este ataque ha tenido dos más, más o menos iguales y con **algunos** años de intervalos.

*Examen Físico.* — Complejión, **delgada** y temperamento **linfático**. **Pulso**, **72**; **respiración**, **22**; **temperatura**, **37,2**; aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, normales; en las heces se encontró huevos de ascárides y tricocéfalos; orina normal; esfínteres normales; sensibilidad normal; reflejos normales; hay **aun algo de atrofia** en los músculos de las piernas.

#### CASO IX

VICTORIANO GUTIÉRREZ, vecino de la aldea de La Unión, de 45 años de edad, de oficio labrador, pesa 124 libras y mide m. 1.57 de estatura, es casado y ha tenido 7 hijos, los cuales viven todos y son más ó menos sanos; su padre murió hace 13 años de disentería, su madre y su esposa gozan de buena salud, sus parientes cercanos son también más o menos sanos, excepto un hermano que padece la misma enfermedad que a él le ha atacado.

*Antecedentes personales.* — Al cumplir 21 años fue destinado al servicio militar a la Costa Norte

del país, en donde fue atacado de paludismo y disentería; no ha sido alcohólico ni ha padecido enfermedades venéreas. En 1911 tuvo que atravesar un terreno al que se había dado fuego y estaba aún caliente, dos días después sintió flojedad en las piernas con inflamación y dolor, haciéndosele la marcha completamente imposible, también le dolían las manos y los antebrazos, habiéndosele extendido la inflamación a los muslos y parte del tronco y a la cara. Con algunos medicamentos que le recetaron, fue cediendo la inflamación y el dolor, pero la demasiada debilidad en los miembros inferiores no le permitía caminar. Tanto las piernas como los muslos y las manos se le adelgazaron quedándole los músculos de las pantorrillas completamente flácidas y muy dolorosos a la presión. Cuando empezó a andar, lo hacía con suma dificultad y como arrastrando los pies. Mientras estuvo postrado, su estado era tal que no le permitía ni alimentarse por sí mismo, pues no tenía ninguna acción en las manos y apenas podía moverse. Esta enfermedad le ha repetido cada año, en la primavera, aunque de menor intensidad los últimos ataques y; en el último, no tuvo edemas.

*Examen físico.*—Es de complejión mediana y piel pálida, ligeramente bronceada; pulso 60; respiración, 20; temperatura, 36.8; tiene los dientes cariados y el velo del paladar pálido; el resto del tubo digestivo, normal; bazo e híga-

do, normales; aparato respiratorio normal; en el examen de heces se hizo constar la presencia de algunos huevos de anquilostoma; orina sin albúmina; el corazón está dilatado y hay desdoblamiento del segundo ruido, estando los dos ruidos, separados por intervalos largos; esfínteres, normales; sensibilidad normal; reflejos, normales; excepto el patelar que está abolido. Actualmente siente cansancio y falta de voluntad para el trabajo y hay aún atrofia pronunciada en las piernas y las manos.

#### CASOX

JUAN EVANGELISTA GUTIÉRREZ, vecino de la aldea de Las Delicias, tiene 46 años de edad y pesa 127 libras, mide m. 1.60 de alto, es casado y de oficio labrador, ha tenido 9 hijos, de los cuales uno murió a consecuencia de ulceraciones en la boca y la nariz, otro que actualmente tiene 7 años de edad, padece de parálisis en ambas piernas, los demás son más o menos sanos, de sus parientes cercanos solamente uno ha padecido de inflamación y parálisis en las piernas, siendo los demás sanos.

*Antecedentes personales.*—Padece de una erupción exematosa en el pabellón de la oreja del lado derecho, desde hace 13 años; con alguna frecuencia es atacado de un dolor agudo en el costado derecho, dolor que le dura poco tiempo; hace muchos años tuvo chancros; ha tomado licor excediéndose algunas veces, pero no es vicioso; también ha padecido de paludis-

mo y gripe. Hace como 18 años después de haber caminado varias horas, fue atuendo de un fuerte dolor en el estomago, dolor que lo tuvo postrado un mes, estando en la convalecencia, sintió que se le inflamaban las piernas y que se le dormían, hasta el grado de que no sentía cuando le introducían un alfiler en la piel de la parte anterior de la tibia; la inflamación se le extendió a todo el cuerpo, con dolor y ansiedad precordial, así como palpitaciones; cuando empezó a andar lo hacía con mucha dificultad, pues sentía las piernas completamente débiles. Desde la fecha indicada, cada año en el mes de mayo, se le inflaman las piernas y los pies, con dolor y adormecimiento; esta inflamación, tal como la primera vez cede después de algún tiempo, pero en cambio las piernas y los muslos se le adelgazan de manera exagerada; siempre que le ataca esta enfermedad, siente palpitaciones cardiacas y, desde el primer ataque ha quedado como con cansancio permanente.

*Examen 'hito.*—De compleción débil, piel amarillenta y algo bronceada; temperatura, 37.2; pulso,

74; respiración, 20; dientes caria- dos; velo del paladar y faringe en- rojecidos; amígdalas, normales; esófago y demás partes del aparato digestivo, normales; hígado y bazo, normales; el examen de he- ces únicamente dio huevos de as- cárides; orina, sin albúmina; aparatos circulatorio y respiratorio, normales; esfínteres, normales; sensibilidad, normal; reflejos, nor- males; en la región escapular, hay una deformidad edematosa; los ganglios inguinales están infarta- dos, hay cicatrices de chancros en el pene, a ambos lados del frenillo y tiene la tibia de Lannelonge. En todas sus enfermedades ha sido asistido por el Dr. Guillermo Pi- neda.

#### CASO XI

AMADEO PINEDA, vecino de la aldea de La Unión, de 60 años de edad, pesa 117 libras y mide m1.56 de altura, agricultor, casado; ha tenido 7 hijos de los cuales uno murió a los siete días de nacido, de ataques nerviosos, su esposa goza de buena salud; sus **padres** murieron hace mucho tiempo; sin [i]oder precisar la causa de su muerte; sus familiares cercanos gozan, de buena salud.

*A Tile ceden I es personales.* — Ha padecido de paludismo; a la edad de 22 años sufrió un guipe en el tercio superior del esternón. Hace cerno mes y medio empezó a sentir entumecimiento en las extremidades inferiores, así como sensación de calor y dolor en las mismas. Tales síntomas se le extendieron progresivamente hasta el tronco, volviéndosele la marcha muy penosa, teniendo que arrastrar los pies para ejecutarla. En las manos y los antebrazos sintió también, los mismos fenómenos que en las extremidades inferiores. No tuvo fiebre.

*Examen físico.* Complexión débil; piel pálida, pulso, 70; respiración, 16; temperatura, 36.8; hay una deformidad manifiesta a **ambos lados de la articulación** — ester — no clavicular; en la cara anterior del antebrazo izquierdo hay una **fibromioma** del tamaño de una pera; aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, normales, aunque se nota algo de arterioesclerosis; orina normal; esfínteres normales; el examen de heces no dio más que huevos de ascárides; sensibilidad normal, excepto en los músculos de las piernas que denotan demasiada hiperestesia; los músculos de las pantorrillas están **atrofiados** y friables; y, aunque en menos grado, **participan** de atrofia los músculos de las manos y antebrazos.

#### CASO XII

ABELARDO PEREZ, vecino (le la aldea de El Rodeo, de 31

años de edad, pesa 135 libras, tiene una estatura de m. 1.60; oficio labrador, **casado** y ha tenido **tres** hijos de los cuales sólo vive uno, el cual goza de buena salud, habiendo muerto los otros dos, de enteritis y fiebre uno **de** ellos; y solo fiebre, el otro; sus padres son sanos; su esposa goza de buena salud; sus parientes cercanos, también **tienen buena** salud, en lo general, pues solo **han** padecido algunos de ellos de paludismo y algunas otras enfermedades comunes, como **gripe** y disentería.

*A tecedentes personales.* — Ha padecido de paludismo e hiperclorhidria; a la edad de 14 años sufrió **una** caída de una muía que montaba, quedando sin **conocimiento por** espacio de una hora, quedando, desde entonces, padeciendo de vértigos y trastornos visuales, consistentes en omnubilación momentánea. Hace dos años estuvo quemando un terreno preparándolo para sembrar maíz, después de lo cual alravezó varios lugares, donde había **agua** en el suelo por donde forzosamente tenía que marchar. Al siguiente día, en la mañana, **sin** <sup>ti</sup> entumecimiento en las **pantorrillas y** los pies, con dolor en los músculos de esas regiones. Estos trastornos le duraron más o menos, un mes, después de cuyo tiempo se sintió perfectamente bien, hasta el mes de abril del año próximo pasado que nuevamente sintió fenómenos análogos a los anteriores, además, perdida la sen-

sibilidad en la piel de las piernas. Sin embargo, ni esta voz ni la anterior se vio obligado a guardar cama, pues los dolores fueron de poca intensidad; pero en abril de este año, fue nuevamente atacado, siendo entonces, los síntomas indicados, más fuertes, agregándose a ellos una **inflamación** que se extendió por todos los miembros inferiores. Tuvo que guardar cama **varios** días y cuando se levantó, la marcha la hacía con dificultad, pues sentía las piernas sumamente débiles y como pesadas. La pérdida de la sensibilidad era tal, que el Dr. Guillermo Pineda le introducía agujas y le pellizcaba la piel de la parte anterior (le la tibia y de los muslos y no sentía.

*Examen físico.*—Es de compleción regular y piel rozada; temperatura, 37°; pulso, 60; respiración, 20. Tiene los dientes cariados; velo del paladar, amígdalas, faringe y esófago, normales; la región del estómago es dolorosa a la presión y hay, en el hueco epigástrico, una palpitación; aparato respiratorio, normal; al esa-

men del corazón se hace constar soplo sistólico en el orificio pulmonar y el choque de la punta, se percibe en el sexto espacio intercostal; a la simple vista se notan los latidos carotideos. Los reflejos son normales, excepto el patellar que está abolido; hay marcada hiperestesia en los músculos soleo y gemelos y atrofia pronunciada en los músculos de las piernas y los muslos. Examen de heces, negativo por uncinaria y demás parásitos intestinales; orina normal.

### CASO XIII

PABLO FAJARDO, vecino de la aldea de La Unión, de 58 años de edad; tiene m. 1.54 de estatura; pesa 125 libras; de oficio **labrador; casado**; tiene 7 hijos, de los cuales una niña padece **de** parálisis y ataques epilépticos, habiendo quedado muda desde los primeros ataques; un hijo varón padece también de parálisis de uno de los miembros inferiores, desde cuando tenía 6 años, es decir desde hace 17 años; su esposa ha padecido de ulceraciones en la

boca y la nariz y de abscesos alveolo-dentarios; también ha padecido de ulceraciones en la **vulva**; sus parientes cercanos han padecido, unos de paludismo; otros de pneumonía y otros de gripe.

*Antecedentes personales*. — Ha padecido de paludismo; reitera la **afirmación** de no haber padecido enfermedades venéreas y no fue posible descubrir cicatrices chancrosas en el pene; hay; sí, ligero infarto en los ganglios de la ingle y el pelo es ralo, pero firme; padece de palpitaciones cardíacas; ha tomado alcohol con alguna **frecuencia**, **sin** ser vicioso; el año **pasado** sufrió un ataque de pneumonía; y hace como seis años, estando ocupado en trabajos del campo, quemando un terreno para sembrar maíz, sintió adormecimiento en los pies y las piernas, dolor intenso en las pantorrillas e imposibilidad para caminar, teniendo que guardar cama por muchos días, habiéndosele enflaquecido bastante las piernas, hasta el punto de quedar los **músculos** completamente flácidos; **cuando** empezó a andar, lo hacía con mucha dificultad y como **arrastrando** los pies. De este ataque curó completamente, habiéndole asistido los Drs. Faz Barahona y Pineda; pero el año siguiente, en el mes de mayo, sintió otra vez, los mismos síntomas, **aunque con** menor intensidad, pero siempre dificultándosele la marcha, no pudiendo dedicarse a sus trabajos habituales; y así en la misma forma, cada año, ha tenido un nue-

vo ataque, restableciéndose pronto.

*Examen físico*. — Constitución débil; piel ligeramente rosada; pulso, 62; temperatura, 36.5; respiración, II; **aparatos digestivo, respiratorio** y circulatorio, normales; orina sin albúmina; esfínteres, **normales**; en las heces se encontró huevos de anquilostoma y de **tricocéfalos**; **reflejos**, normales; hay atrofia en los **músculos** de las piernas.

#### CASO XIV

ANDRÉS FERNANDEZ LÓPEZ, vecino de la aldea de El Tigre; tiene 70 años de edad; mide m. 1.53 **de altura**; **pesa 105 libras**;

de oficio labrador; viudo; ha tenido 3 hijos, habiendo muerto dos de ellos, ignorando la causa de la muerte. El que vive goza de buena salud. No recuerda la enfermedad de que murieron sus padres; sus parientes cercanos gozan más o menos de buena salud.

*Antecedentes personales*. — Ha padecido de reumatismo, paludismo y dispepsia; ha sido alcohólico; hace como 18 años que un día sintió flojedad y adormecimiento en las piernas, con incontinencia de orina y de materias fecales síntomas estos últimos que fueron desapareciendo paulatinamente, quedándole únicamente, el adormecimiento y la flojedad en las piernas, las que se le inflamaron bastante, adelgazándosele **demiado**, después, quedándole los **músculos** completamente flácidos. **Con frecuencia** ha tenido **calara\***

bros en las piernas y las manos, mientras ha estado con la enfermedad relacionada.

*Examen físico.* — Constitución **débil**, piel ligeramente **rosada**; **temperatura.** 37; respiración. 22; **pulso,** 8 ); carece de dientes; el velo del paladar y la faringe están enrojecidos y con granulaciones esta última; esófago, **normal**; estómago dilatado; hay **reacción de defensa** en el punto de Mac. lírney; dolor a la presión, en la región de la vesícula **biliar**; linzo normal; hígado **disminuido** de volumen; intestinos normales; corazón, normal; aparato respiratorio, normal, hay arterieesclerosis; esfínteres, normales; orina sin albúmina; reflejos normales; padece de insomnio. El examen de heces fue negativo por uncinaria y tricocéfalos y positivo por ascárides.

#### RESUMEN DE LOS CASOS

##### CASO IV

Ha tenido varios ataques, maso menos **análogos**, que se fe **han** caracterizado por trastornos de la

sensibilidad y de la locomoción; y por atrofias musculares y edemas, excepto en el último, en que los edemas no se presentaron, aunque sí tuvo fiebre durante algunos días. Cuando examinamos este enfermo tenia algunos meses de **estar** con su **último** ataque, sin **embargo**, no podía andar sino era con dificultades, como arrastrando los pies; tenía los músculos de las extremidades inferiores y de las manos y antebrazos, bastante atrofiados y los gemelos y el soleo dolorosos a la presión; el reflejo cremasteria-no entorpecido y el patelar, abolido por completo; también se hizo constar trastornos cardiacos, caracterizados por ruidos anormales y dilatación en el corazón.

##### CASO V

Desde 1911 viene padeciendo de una enfermedad que le ataca de manera periódica, enfermedad caracterizada por hiperestesia de los músculos de las piernas, pérdida de la sensibilidad en la piel de la región tibial anterior; paraplegia y atrofia muscular. El último ataque fue en el presente año, y

**cuando** lo examinamos tenía ya varios **meses** de sentirse bien, sin embargo, **aún presentaba** atrofia de los músculos de las piernas; bastante pronunciada; **flácidez** completa de los gemelos; y *el soleo*; algo de atrofia en los **músculos de** las manos y los antebrazos; **el** reflejo patelar abolido y su **marcha** aun era algo atáxica.

#### CASO VI

Ha padecido de chancros y ulceraciones en la piel, habiendo sido tratado, con este motivo, por el médico del lugar, Dr. Guillermo Pineda. Dos años antes de esta enfermedad estuvo en cama prostrado a consecuencia de tina enfermedad **caracterizada** por trastornos nerviosos y cardiacos y por **edemas**, seguidos de atrofia muscular. Examinamos este enfermo varios años después de su ataque y aún presentaba algo de atrofia en **los músculos** de las piernas y el reflejo patelar apenas manifiesto.

#### CASO VII

Hace 18 años fué atacado de una enfermedad que se le **Localizó** principalmente en las piernas, caracterizada por trastornos de la **sensibilidad, paraplegia, edemas y atrofia muscular.** Este año, en el mes de abril tuvo un segundo ataque análogo **al** anterior, pero que no le impidió por completo, la marcha, pero **Mí** tuvo palpitaciones cardiacas y opresión respiratoria. En el mes de agosto que examinamos este enfermo, aún conservaba algo de atrofia muscular y flacidez de los músculos de las panto-

rillas, siendo su marcha ligeramente atáxica,

#### CASO VIII

De 1911 a la fecha ha tenido tres ataques de una enfermedad que se le manifiesta por los siguientes síntomas: trastornos de la sensibilidad, paraplegia edemas y atrofia muscular, localizándose la enfermedad en las piernas; ha tenido, además, palpitaciones, cada vez que ha estado con dicha dolencia. Aún presenta atrofia de los músculos en las piernas.

#### CASO IX

Desde 1911 padece, cada año, por la primavera, de una enfermedad caracterizada por trastornos de la sensibilidad y de la locomoción, así como por edemas y atrofia muscular, faltando los edemas, en la última ocasión que estuvo enfermo, pero en los otros ataques estos edemas se le extendieron en ambos miembros inferiores hasta el tronco, así como también los tuvo en las manos, siendo siempre, los síntomas, de menor intensidad en los ataques posteriores al primero. Este enfermo presenta **aún** atrofia muscular pronunciada en la región de las piernas y de las manos; tiene abolido el reflejo patelar y hay dilatación del corazón con desdoblamiento del segundo ruido, estando los ruidos **separados por** intervalos largos.

#### CASO X

Tuvo chancros hace mucho tiempo; desde hace como tres años

padece de una erupción **exematosa** en el pabellón de la oreja del **lado** derecho. También ha padecido de paludismo y gripe. Hace como 18 años fue **atacado** de un **dolor** muy fuerte en la región correspondiente al estómago, enfermedad que lo tuvo postrado como un mes; ya convaleciente de esta dolencia, notó edema? en ambas piernas, teniendo al mismo tiempo, trastornos **nerviosos**, como sensación de adormecimiento en las pantorrillas y pérdida de **la sensibilidad** en la piel de la parte anterior de la tibia, así como paraplegia; los edemas se le generalizaron, pero cedieron algún tiempo **después**, quedándole entonces, los músculos, atrofiados. Desde la **Fecha indicada, cada** año, en la primavera, siente síntomas iguales, con dolor en los músculos de las pantorrillas al comprimir unos contra otros. Tuvo palpitaciones cardiacas desde el primer ataque y actualmente se siente con muy poca voluntad para el **trabajo**.

#### CASO A i

En junio de este año fue atacado **de** una enfermedad que se le ca-

**racterizó** por fenómenos dolorosos y sensación de entumecimiento en las extremidades inferiores, **dificultandosele** la marcha, la que se le tornó **atáxica**; en las manos **y** en los **antebrazos sintió también igual sensación** que en las extremidades inferiores. Al examinar este enfermo se notó hiperestesia en los músculos gemelos y soleo, atrofia **muscular** en las piernas, manos y antebrazos, siendo bastante pronunciada, en las piernas.

#### CASO XII

Ha sido palúdico y dispéptico. Hace dos años, un día, después de haber estado trabajando, fue **atacado** de una enfermedad caracterizada por trastornos de la sensibilidad en las regiones de los pies y las piernas, habiendo estado enfermo por espacio de un mes, quedando completamente bien; pero en abril del **año** pasado, tuvo un nuevo **ataque**, más o menos con la misma sintomatología, del que también **curó, permaneciendo** bien hasta abril de este año que tuvo un nuevo acceso, el cual fue mucho más fuerte que los anteriores, pues además de los dolores y fal-

ta de sensibilidad en la piel de la **tibia, tuvo edemas en los pies, piernas** y muslos, y **paraplegia**. Su marcha, al empezara andar, **era** atóxica. Al examinar este **enfermo**, cuatro meses después de su ataque ultimo, se hizo constar la existencia de **soplo sistólico en el orificio pulmonar, percibiéndose** el choque de lapunta en el sexto espacio **intercostal**. Los latidos de las **carótidas se notan a la simple** vista; el **reflejo patelar está** abolido; hay hiperestesia cu los músculos de las piernas y atrofia de los mismos y, aunque monos pronunciada, también en los músculos de las manos.

#### CASO XIII

Sus antecedentes no guardan relación con la enfermedad **de que** fue atacado hace como seis **años, la** cual se le inicio por fenómenos **dolorosos en** los músculos de las pantorrillas y sensación de anestesia en la piel de los pies y las **piernas, siéndole** imposible la marcha; los músculos de **las** piernas se le atrofiaron, quedándole comple-

tamente flacidos. Su marcha, al **empezar** andar, era **atáxica**. Curó de este ataque, pero desde **esa** época, cada año, en la **primavera**, ha sido víctima de nuevos ataques, aunque no muy intensos. En el mes de agosto que lo examínanos aún presentaba **algo** de **atrofia** en los músculos délas **piernas**.

#### CASO XIV

Hace como **18** años fue **atacado** de una enfermedad **caracterizada** por fenómenos nerviosos, **edemas**, atrofia muscular e incontinencia de orina y materias fecales. Los fenómenos nerviosos como **sensación** de anestesia en la piel de las piernas, **calambres, etc.**, así como los edemas, fueron **desapareciendo** poco a poco, pero en cambio noto atrofia muscular, **quedándole los músculos de las** piernas, completamente flácidos.

---

El niño pasa por **cuatro grandes edades patológicas**: la **edad** digestiva, la **edad ósea**, la **edad endocriniana** Georges Monriquand.

## Las fiebres de origen digestivo en los niños pequeños

Por el Dr. León **Tixier**, Médico  
del Hospital de la **Charité**, de

En la práctica diaria no le faltarán al médico ocasiones para tropezar con **dificultades** al querer hacer un diagnóstico cuando sea llamado cerca de un niño pequeño que desde algunos días, independientemente de toda afección determinada, presenta una temperatura elevada, o, por el contrario, una temperatura moderada, pero que lleva varias semanas de duración. Cuando rememora lo que ha leído en los tratados de patología infantil, encuentra muy bien descritas las enfermedades perfectamente caracterizadas, como las colitis, la fiebre tifoidea, la tuberculosis intestinal, las disenterías, etc., pero poca cosa o nada encuentra cuando se trata de los síndromes que vamos a esbozar y la conducta que debe observar en estos casos. Es esta laguna la que nos proponemos llenar, ateniéndonos a los hechos que hemos podido observar de unos diez años a esta parte. Diremos ya desde ahora que este asunto está rodeado de muchas obscuridades y exige investigaciones pacientes y minuciosas, sobre todo por lo que se refiere a la patogenia de dichos síndromes.

### ESTUDIO CLINICO

La edad más propicia para la aparición de las fiebres de origen digestivo es, sin duda alguna, la

época del destete, entre diez y ocho meses y dos años y medio. Trátase casi siempre de niños que durante los primeros meses de su vida no siempre han tolerado bien la leche. En algunos casos, el destete ha sido precoz, a causa de una afección maternal, y los accidentes comenzaron del quinto al sexto mes.

A) Los *casos tipos* los observamos en niños sometidos a un régimen que nada deja que desear, que son atentamente vigilados y que no presentan ningún trastorno gastrointestinal objetivo, es decir, ni **vómitos** ni diarrea.

Con una cierta regularidad, cada cuatro o seis semanas, están de menos buen humor; durante cuarenta y ocho horas, el apetito disminuye sensiblemente; las deposiciones dejan de ser regulares; óyense en su veinte ruidos musicales frecuentes; la orina es escasa subida de color y poco después el termómetro sube hasta 40 grados, manteniéndose entre 39 y 40 durante tres o cuatro días (figs. 1 y 2); las noches son malas, muy agitadas por lo que el niño es sometido a un régimen de caldo de legumbres, leche aguada y tisanas azucaradas; después la temperatura desciende en lisis, volviendo a la normal del sexto al octavo día. Aparte la fiebre, ningún otro síntoma **llama** verdaderamente la atención. El

niño sale de la crisis bastante fatigado, flaco, muy anemiado, necesitando unos diez días de alimentación sensiblemente normal para **recobrar** el apetito y colores. Si estas manifestaciones se presentan por primera vez durante el **invierno**, lo primero en que se piensa es en la gripe, aun tratándose de médicos expertos y especializa dos. La reaparición, algunas semanas **después**, de accidentes completamente análogos, periódicos, podríamos hasta decir, en un cierto número de casos, echa por el suelo esta hipótesis, demostrándonos que el diagnóstico que hiciéramos a raíz del primer accidente era erróneo. Si el niño no es sometido inmediatamente al régimen antes indicado y se le ha continuado **administrando** la alimentación **adecuada** a su edad, es frecuente ver presentarle vómitos o también diarrea. Los tegumentos son unas veces asiento de manifestaciones máculopapulosas pruriginosas; o-tras, de manifestaciones que recuerdan el prurigo estrofulus, y a ; también brotes urticáricos **que** se presentan ya en la cara ya en otras diferentes partes del tronco. Estos datos son interesantes, porque cuando se presentan permiten atribuir la fiebre a las perturbaciones que tienen lugar en el tubo digestivo.

B), Junto a los casos típicos en los que el aspecto objetivo de las deposiciones no presenta **ninguna** anomalía notable, obsérvanse niños que en el intervalo de las crisis y durante los períodos febriles

su *asimilación intestinal es defectuosa*. E-i estas condiciones, las deposiciones, blandas y abundantes, non más frecuentes que el **estreñimiento; a veces están** descoloridas; la travesía digestiva es bastante más corta, y por esta razón, en el microscopio vense fragmentos de legumbres no digeridas. En estos casos acostumbro pedir a mi colaborador y amigo el doctor Bidot, jefe de laboratorio del **Hospital des Enfants-Malades**, un examen químico de los excrementos, siendo muy raro, sobre todo en esta segunda **categoría** de casos que la contestación del laboratorio no indique-aisladas o asociadas-las siguientes anomalías: digestión incompleta o nula de los **almidones; fermentaciones exa-geradas; fibras musculares** poco alteradas; desdoblamiento imperfecto de las grasas, que son insuficientemente transformadas en ácidos grasos y jabones:

En estas condiciones, lo general es observar **temperaturas** poco elevadas, pero **más** persistentes. Recientemente he tenido ocasión de observar un niño cuyos dedos anormal persistió durante dos meses y medio. En este lapso de tiempo' el termómetro acusaba temperaturas mínimas de 37'9°, 37'4° y máximas de 38°, a veces **38'2°**, y con menor frecuencia, 38'5° o **38'8°** Inútil decir que el peso se **estaciona** en los niños que nunca han sido muy gruesos; disminuye bastante en los muy desarrollados; la anemia no tarda en presentarle;

el color de la cara es pálido y las ojeras muy pronunciadas. Lo más notable es la *evolución* de este síndrome digestivo; cualquiera que sea el cuidado que se tenga en el régimen de estos niños, en la selección de los alimentos, en los intervalos entre las comidas, en la supresión completa de los pasteles o de los bombones entre las comidas, los periodos de fiebre, precedidos y acompañados de los signos que acabamos de indicar, vuelven periódicamente cada cuatro o seis semanas. Parecen no obstante atenuarse con la edad. Después de seis a ocho de estos periodos febriles, lo general es observar tan sólo equivalentes de crisis que no duran más allá de dos o tres días y se traducen por la asociación de los signos siguientes: estreñimientos, orina coloreada, anorexia, cri-

sis de urticaria entonces la temperatura no llega a 38°.

*Diagnóstico.*—En vista de la repetición de los accesos térmicos importantes o de larga **duración** de las temperaturas poco elevadas oscilando alrededor de 23°, compréndese la intranquilidad de los padres. La primera idea que se presenta al práctico es la de la *tuberculosis*, sabiendo todos cuán difícil es diagnosticar la tuberculosis en los lactantes. A dicha edad *es* al nivel del mediastino donde los síntomas son más manifiestos; el examen clínico los revelará (submatidez infraclavicular derecha e interescápulo vertebral derecha), así como también los exámenes radiológicos, en los que veremos ante todo, valiéndonos de la iluminación oblicua un espacio retrocardíaco que no es completa-

mente claro en toda su extensión; debemos recordar, no obstante, que a esa edad, un examen negativo no permite eliminar con toda seguridad la tuberculosis. Los ganglios no están calcificados durante los dos primeros años de la vida, tienen un color de castaña cruda y pueden ser permeables a los rayos X. Es por esto que las pruebas con la tuberculina tienen quizás más valor cuando son positivas: **intradermo** ocutirreacción. Por lo demás, en la clientela privada es excepcional ver la tuberculosis presentarse cuando los padres están sanos, cuando la leche ha sido hervida con regularidad desde el nacimiento, cuando las nodrizas o la servidumbre no presentan manifestación alguna de tuberculosis abierta.

En la actualidad, la cuestión es más delicada y más difícil *aún* de resolver cuando el recién nacido ha tomado desde el nacimiento la B. C. G.- Si nos atenemos a lo que dicen los promotores del método, los niños vacunados son **mis** desarrollados que los no vacunados; la mortalidad es en ellos mucho menor; resisten mejor que los otros las enfermedades intercurrentes Pero todo ello no son más que afirmaciones gratuitas destinadas a no entorpecer la propaganda hecha para conseguir vacunaciones en gran número. Para nada tienen en cuenta las observaciones que demuestran lo contrario y, de un modo especial, **las** publicaciones de mi excelente **colega** y amigo el profesor Nobé-

court(1). En realidad, si muchos niños sanos toleran perfectamente la B. C. G., hay otros, en cambio cuyo desarrollo está retardado, es algo más difícil que los hermanos mayores que no fueron vacunados tienen muchas veces una temperatura superior a la normal, que a veces llega hasta 38°. Finalmente, algunos presentan adenopatía tráqueobronquial, y hasta, bien que excepcionalmente, supuración de los ganglios del cuello, con pus amicrobiano oconteniendo bacilos ácidosresistentes que no tuberculizan el cobayo (caracteres del B. C. G.). Vemos, pues, por lo que acabamos de decir, que la vacunación con B. C. O. ha complicado el problema, ya de por sí arduo, del diagnóstico diferencial de las manifestaciones que hemos descrito. Y como ya hemos dicho que las reacciones tuberculínicas eran el medio más fiel para afirmar la tuberculosis en los lactantes, de aquí que podamos contar con esta exploración para solventar la dificultad, puesto que el 50 por 100 aproximadamente de los niños vacunados con B. C. G. reaccionan de un modo más o menos claro con la tuberculina.

Así se explica toda la angustia de los padres cuando su hijo tiene una fiebre prolongada y le es imposible al médico afirmar si la causa es la tuberculosis o bien la B. C. G. En los no vacunados, el diagnóstico es relativamente fácil

(1) P. NOBECOURT, *Sor. de Pédatrie París*, 20de marzo de 1928.

en los medios sanos; pero, en camino, es prácticamente imposible en los vacunados con B. C. G. De aquí que, dicho sea de paso, desaconsejemos formalmente la vacunación con B.C. en los medios sanos, dados los accidentes que hemos observado (2), vista la vacunación natural que se efectúa **espontáneamente** y de un modo eficaz en la gran mayoría de casos. Es también una causa de zozobra de menos cuando la fiebre de origen digestivo se presenta en una familia.

En los lactantes, una *supuración profunda* puede evolucionar con suma lentitud sin producir durante mucho tiempo síntomas objetivos. Hace algunos años fui testigo de un caso parecido. Tratabase de una familia en la que el estafilococo había atacado un cierto número de individuos: panadizo en una criada, furúnculos en otra, absceso de la mama en la **madre**. Durante los meses, un niño de dicha familia, de catorce meses, tuvo una fiebre moderada,

(2) LEÓN TIXIER, Soc.de  
Pediatre de Paris, 20 de noviembre  
de 1928.

en un todo parecida a la que se observa en la forma crónica de las fiebres de origen intestinal. El examen más minucioso **practicado** en colaboración con otros colegas pediatras, con un radiólogo, pariente del niño, no nos permitió orientar el diagnóstico en ningún sentido. Dos meses después del comienzo de la fiebre vimos que el muslo izquierdo tomaba una posición especial, manteniéndolo el niño constantemente flexionado sobre la pelvis. Transcurrieron quince días manifestase claramente en la región del psoas una colección profunda. La intervención confirmó el diagnóstico, y la **curación** fue bastante rápida. En estas condiciones, un examen de sangre, demostrando una leucocitosis abundante, puede permitirnos atribuir la fiebre a su verdadera causa, aun antes de que se exteriorice la supuración.

Hay en nuestros climas una **afección** bastante mal conocida, susceptible de no ser diagnosticada y que puede ser atribuida a una fiebre de origen intestinal; me refiero al paludismo del lac-

**tante.** Ya insistiré sobre este importante asunto en un trabajo que verá próximamente la luz en *Les Archives de Medicine En-fants*. **Bástenos** decir aquí que **niños hijos de padres paludicos, recientes o antiguos (padre o madre o bien padre y madre; presentan a veces, durante el segundo año de la vida, una fiebre bas-tante irregular, un estado general defectuoso, trastornos digestivos, un ligero aumento de volumen del bazo. Este estado persiste durante semanas después de haber sido considerado equivocadamente como la consecuencia de vegetaciones adenoides inflamadas, de una apendicitis crónica, o a.m.-bien de ganglios tuberculosos, hasta el día en que, recordando el paludismo de los padres, el tratamiento de prueba con las inyecciones intramusculares de formak.o. de quinina pone rápidamente normal la temperatura. El examen de la sangre no siempre da un resultado positivo, por exigir ésti<sup>1</sup> una gran práctica en los exámenes de laboratorio (1).**

Otro de los procesos que en los niños **pequeños** se manifiesta por accesos febriles intermitentes y de larga duración es la **infección de las vías urinarias** por el **colibacilo**. Precisa reconocer que el **cuadro** clínico descrito por los

autores holandeses (2), que consideran esta afección como frecuente en los lactantes, se parece bastante al que hemos esbozado, «Pero la orina de estos niños, dice **GORTER**, es turbia, pareciendo un cultivo de bacilos tíficos de veinticuatro horas de fecha, y además de turbia se ven en ella casi siempre unas ondas sedosas: con el microscopio obsérvase que el enturbiamiento es debido a un **gran número de leucocitos** ya la presencia de muchos microbios. Durante los primeros días vence casi siempre algunos cilindros y algunos glóbulos rojos; pero después del tercer día, los signos de una ligera irritación renal casi han desaparecido.»

Entre los pediatras franceses acostumbrase considerar la *pielocistitis infantil* como muy poco frecuente. Desde hace cuatro **años** he examinado con mucha **atención** los casos de esta clase, sin haber encontrado ninguno completamente auténtico. A **pesar de ello**, impónese el examen sistemático de la orina cuando hay accesos febriles **pasajeros** o de larga duración, cuya **causa** objetiva nos escapa. Pero no **debemos** ocultar que el **examen bacteriológico** en los lactantes *no es* muy fácil de practicar si queremos operar en **condiciones** de asepsia tan rigurosas como> en los

(1) LEÓN TIXIER, Como interpretar un análisis de sangre *Le Monde Médical*, 15 de mayo de 1929.

(2) E. GORTER, Las pielocistitis **infantiles** (*Bull. de la Soc. de Pédiatri de Paris*, 27 de septiembre de 1929).

niños ya **mus** crecidos o en el **adulto**.

Los diagnósticos anteriormente citados deben ser tenidos en **cuenta**, sobre todo cuando la temperatura es poco elevada, pero continúa. **Cuando la** fiebre se presenta bruscamente, e] origen **digestiva casi** siempre pasa desapercibido, sobre todo durante el primer acceso.

En 1027, mi hijo menor tuvo en pleno invierno una temperatura elevada, que **doro** siete **días** supliqué a uno de mis **collegas** pediatras lo examinara; no **encontrando** loca libación alguna en ningún órgano, y siendo completamente normal las deposiciones, no **títubeó** en **afirmar** que se trataba de un caso de **gripe**, diciendo que en su clientela **tenía** casos exactamente iguales. Sin **dificultad** **hubiera** aceptado su parecer si los meses siguientes no se **hubieran reproducido** los accidentes con la misma **regularidad**.

No debemos olvidar que **la** palabra gripe oculta muchas veces nuestra ignorancia por lo que al **diagnóstico** exacto se refiere, y

que tan sólo puede admitirse en tiempo de pequeñas o **grandes** epidemias, cuando varios miembros de una misma familia están **afectados** sin **Alteneamente**.

**La adenoiditis aguda** presta también fácilmente a **confusión**, sobre **todo** en su **primera invasión**, con las fiebres de origen digestivo. El diagnóstico es tanto más difícil cuanto que la amígdala faríngea no es perceptible a simple vista, y, que no siempre ocurre, durante el examen, que baja del *cuvum* mucosidad purulenta.

Los *accidentes de la dentición* no deben ser confundidos con los accidentes descritos, porque la exploración de la cavidad bucal por un médico conocedor permite ver las encías tumefactas, bastando rasgar con la uña cuidadosamente aseptizada la encía para poner al descubierto la extremidad del diente, y así hacer desaparecer las molestias y la fiebre.

Finalmente citaremos como recuerdo tan sólo la *apendicitis*, que es muy poco frecuente en los niños pequeños. Pero aun sí, no estará de más someter al enfermito

a una exploración minuciosa, **por cuanto, en** esta edad, el diagnóstico presenta **muchas** mas dificultades que en el adulto. En presencia de una temperatura difícil de explicar, deberemos explorar el abdomen, la faringe, **las serosas** y **las grandes vísceras.**

**Patogenia.** —**En el lactante, durante el primer año de vida,** la expresión **más** típica de la fiebre de **origen** digestivo está constituida por lo que se denomina lo fiebre de **leche seca;** estado bien conocido desde **hace** tiempo y del que numerosos **pediatras han** aportado observaciones a la Sociedad de Pediatría. Por mi **parte** creo que este nombre de fiebre de leche seca es demasiado exclusivo y restrictivo. Mi colega y amigo, el doctor **RIVET,** en su tesis publicada en 1906, llamaba la atención sobre la fiebre de realimentación, cuando se administraba babeurre: a los convalecientes de enteritis grave. Durante el año último observé dos niños de ocho y diez meses, respectivamente, que **tomaban,** uno, leche esterilizada, y el otro, leche condensada, y que ambos tenían temperaturas superiores a 39o. Basto suprimir la leche para que los accidentes desaparecieran. **Tatito** si se trata **de leche** seca comí de cualquier otra variedad de leche, la **fiebre** es realmente de origen digestivo, puesto que la dieta **hídrica** o la supresión de la leche bastan para que la temperatura vuelva a la normal. **En los niños más crecidos, entre**

**el primero y el tercer año, la** alimentación es más variada, siendo entonces muy difícil afirmar si tal o **cual** alimento es el culpable del ascenso térmico. En el niño cuyo gráfico figura aquí la madre suprimió la leche durante dos meses, los huevos y la carne **d urente** cuatro meses; pero ni aun así la temperatura se puso normal. No obstante, lo que permite afirmar el origen digestivo de la fiebre en este caso es, en primer lugar que los alimentos no eran completamente digeridos y, sobre todo, el hecho que la **dieta hídrica** total a que fue sometido el niño por dos veces durante cuarenta y ocho horas fue seguida de la **regularización** de la temperatura. En cuanto se permitió de nuevo la alimentación ordinaria, aun tan solo con sopas de caldo de legumbres, pastas alimenticias y frutas cocidas, la fiebre subió de nuevo como antes.

En estas condiciones, parece muy difícil hablar de amifilaxia. de sensibilización para **tal** o **cual** alimento.

De la propia manera no hay que contar mucho con las **insuficiencias digestivas** debidas al **funcionalismo defectuoso del** intestino o de las glándulas anexas, tales como el **hígado** y el páncreas. En efecto, **muchos** niños **presentan** un **estado general deficiente,** trastornos intestinales en relación evidente con una defectuosa asimilación, y, no obstante, el termómetro *no* acusa casi nunca elevación anormal de la temperatura.

¿Debemos, acaso, recriminar un aumento de los **gérmenes del** intestino? **Es ello** muy **posible**, pero **estas investigaciones** son **sumamente** difíciles, para tener probabilidades de llegar a resultados **interesantes**, puesto que el colibacilo y muchos otros gérmenes son **huéspedes** habituales del intestino. Por lo demás, cada vez que hemos tratado de modificar la flora intestinal por **medio** de diferentes fermentos lácticos (comprimidos o preparados líquidos), no hemos observado modificación bien marcada en la evolución de los síntomas. Pero, a pesar de todo, la orientación lógica de las investigaciones que deben practicarse es lo que nos permitirá instituir un tratamiento patogénico.

**El tratamiento reclama**, por parte del médico, un cuidado mayor que la **prescripción** de un arsenal terapéutico complicado. Hay un cierto número de escollos que deben evitarse y, además, debemos reglamentar con sumo cuidado el régimen alimenticio y procurar sea asimilada la reacción alimenticia.

a.) *Lo que debe evitarse.—En*

primer lugar, los antitérmicos químicos, aspirina, quinina, que son completamente inútiles, tanto si son administrados por la boca como en forma de supositorios; son **aun** más nocivos **administrados** por la boca, porque más bien contribuyen a perturbar el funcionamiento del tubo digestivo.

Asimismo, en las formas acudas hiperpiréticas, nos guardaremos de recurrir desde los primeros días a los sueros, a las diferentes vacunas destinadas a combatir una bronconeumonía inexistente. COMBY tiene mucha razón cuando protesta con energía contra la práctica tan **corriente** hoy de las **vacunaciones** sistemáticas al principio de las enfermedades agudas de los lactantes. Es un tratamiento casi siempre ciego, **mes** susceptible de fatigar el organismo que de estimular las reacciones de defensa.

Si en las formas hiperpiréticas es conveniente administrar al niño tan sólo **agua** azucarada, caldo de **legumbres** o leche **mezclada** con **agua**, debemos evitar, en cambio, en la; formas algo lentas, someter

al niño a un régimen de hambre con el pretexto que la leche, los huevos, el pan, la carne, las **pastas** o las harinas pueden serle nocivas. En un caso recientemente observado habíase ido suprimiendo sucesivamente toda una serie de alimentos, y, a pesar de ello, e] resultado fue nulo. Es un hecho de observación frecuente ver niños a los que se les han privado las grasas, los hidratos de carbono, las albúminas animales, y que a pesar de ello van depauperándose, no digiriendo sino con grandes dificultades la pequeña cantidad de comida que se les da, no siendo raro que después de años de un régimen tan lamentable, presenten signos de tuberculosis generalizada o de meningitis tuberculosa.

b) *Lo que debe hacerse.*—El mejor antitérmico para el lactante, el más barato, el más eficaz, es, sin duda alguna, la envoltura húmeda y templada del tórax (35 a 37), aplicada con varios dobles de gasa, recubiertos de tela impermeable y repetidos cada tres horas, día y noche, dejándolos tan sólo tres horas cada veinticuatro, envueltos en algodón seco para que la piel tenga tiempo de descansar. Hace unos veinte años que empleo este excelente método, que aprendí de mi venerado maestro el profesor HUTINEL y que no puedo sino alabar. Estas envolturas serán continuadas en tanto la temperatura pase de 38'59. Ninguna medicación es superior a la envoltura húmeda para tranquilizar y

producir una sensación de bienestar al lactante febricitante.

En **las** formas duraderas y en el intervalo de los grandes accesos de hipertermia, reglamentaremos minuciosamente el *régimen alimenticio*: alimentos de primera calidad bien cocidos, con el suficiente intervalo entre cada comida. Considero un abuso suprimir durante años tal o cual alimento a un niño con el pretexto que en un momento determinado pareció no **digerir** dicho **alimento**. Debemos, en cambio, esforzarnos en repetir de vez en cuando el experimento comen/ando por dosis **homeopáticas** y aumentando progresivamente la dosis. Procediendo en esta forma veremos desvanecerse la leyenda de muchos casos de intolerancia por la leche, por los huevos por la carne, y el pan, tal o cual clase de legumbres.

Pero hay una variedad de carne **que** las madres dañan a los niños con una gran predilección. Me refiero al seso. El valor nutritivo de este alimento no puede **compararse** con las variedades de carne que aconsejo una vez tiene el niño dos años (chuleta, pollo, **jamón** magro): además, su conservación es **limitada**. En un caso **recientemente** observado, no me cabe la menor duda que el seso fue la causa del retorno de la fiebre después de dos días de apirexia obtenida con la dieta líquida. De aquí que proscriba siempre **esta** clase **de** alimentación cárnea en los lactantes sanos, y con mucho mayor motivo en los afectos de fiebre digestiva.

Inútil decir que deben evitarse las raciones demasiado copiosas; de un modo especial debemos limitar las cantidades en cuanto el tubo digestivo manifieste signos de fatiga: hipo, meteorismo, manifestaciones cutáneas.

El ideal es saber arreglar comidas variadas, conteniendo en **proporción** normal grasas, hidratos de carbono, albúminas animales, asegurándonos por medio de] examen de los excrementos que la asimilación se verifica normalmente, y caso de ser defectuosa, corregida, favoreciendo la asimilación por medio de fermentos digestivos (digestión de los almidones, desdoblamiento de las grasas, disminución de las fermentaciones, digestión de las fibras musculares).

Para regularizar el funcionalismo del hígado cuya secreción biliar es a veces insuficiente y que se traduce por la expulsión de excrementos blancos, la administración de pequeñas dosis de calomelanos (1 a 2 cgr. por la mañana en ayunas, dos o tres días consecutivos), dará buenos resultados. Combatiremos el estreñimiento prescribiendo mañana y noche media copa de Jerez de la solución siguiente del tipo solución de Bourget:

Sulfato de sosa.....	7 gramos
Fosfato de sosa.....	6 »
Bicarbonato de sosa.	3 »
Agua destilada.....	500 ■

Que se Suspenderá una ve/, obteniendo el resultado deseado.

Finalmente, en algunos niños, las deposiciones son frecuentes y blandas; en estas condiciones es conveniente abreviar la travesía digestiva; consigúese ello fácilmente administrando dos o tres días consecutivos una cucharadita de café antes del desayuno y antes de la comida, diluida en una pequeña cantidad de agua; de una pasta a base de carbón-bismuto, que es una variante de la excelente fórmula de Ravaut:

Carbón pulverizado.....	12 gramos
Subnitrito de bismuto.	8 »
Glicerina.....	aa 10 »
Jarabe simple.....	

En resumen, las fiebres de origen digestivo constituyen en los niños manifestaciones desagradables, porque son tenaces y recidivantes. El pronóstico no es grave a **condición** de no someter a los niños a un régimen demasiado limitado, vigilando atentamente su alimentación, asegurando el funcionalismo lo más perfecto posible del tubo digestivo y una buena asimilación de los alimentos ingeridos.

*LEÓN TIXIER.*

Jamás servirse del nitrato de plata **en** el tratamiento de la cistitis tuberculosa.-Cathelin.

La vuelta a una movilidad fisiológica del estómago debe ser el fin principal del **tratamiento** de las dispepsias.—Félix Ramond.

## Aneurisma de la Subclavia

R. Ch. de veinte y dos años de edad, originario de La Paz, labrador, ingresa ni primer Servicio de Cirugía del Hospital General el 22 de Junio, í 930, quejándose de un tumor en el cuello y dolor en H brazo derecho.

Historia déla Enfermedad: el primero de Mayo sintió un dolor suave en el hombro derecho; dolor que poco a poco fue descendiendo al brazo, codo, antebrazo, puño y mano y al mismo tiempo acentuándose al grado de impedirle el sueño tranquilo, como se encuentra actualmente.

Hace un mes que los movimientos de abducción del brazo de flexión, extencion, supinación, pronación del antebrazo y mano fueron limitándose hasta llegar a la actual condición de inmovilidad. La sensibilidad está exagerada.

Hace diez y ocho días, dice el enfermo que se dio cuenta de que tenía una pelotilla del tamaño de un huevo de paloma, que le apareció en el hueco supraclavicular, en su tercio interno, que nunca se la toe" y que le fue creciendo hasta llegar al tamaño actual de una naranja.

Examen Local: se encuentra al nivel del hueco supraclavicular ocupando sus dos tercios interno en su totalidad y la mitad derecha del hueco supraesternal, desplazando hacia adelante el externo cleido mastoideo derecho, en la

mitad inferior, una tumefacción poco mas grande que una naranja, tiene una longitud transversal de 12 centímetros por 8 de altura, inmóvil en todos los sentidos, de consistencia mas bien dura que blanda, muy dolorosa a la presión, de coloración igual al resto de la piel; temperatura normal, de forma fuertemente convexa. A la palpación se sienten latidos sincrónicos con los sístoles cardiacos; movimientos de expansión y soplos que se propagan hacia la axila; las pulsaciones arteriales se sienten bien inmediatamente abajo del tumor sobre la horquilla *esternal*, lo mismo que arriba al nivel del ángulo del maxilar sobre la carótida externa. Los latidos de la subclavia se perciben muy suaves inmediatamente por fuera de la clavícula, mucho más en el hueco axilar, apenas en la humeral y nada en la radial y la cubital; el lado opuesto normal.

Examen general: enfermo delgado, de ciento treinta libras de peso, pálido, que ha enflaquecido desde que empezó su dolencia, encontramos a la inspección de la cara una enoftalmía derecha, con lagoftalmia y miosis; al tacto faríngeo nada extraordinario, corazón normal, ciento diez y ocho pulsaciones, tensión, catorce máxima, nueve mínima en el brazo izquierdo, en el brazo derecho no marcó nada con el aparato de Vaquez. Aparato respiratorio

normal, aparato digestivo, normal, fuera del las lesiones antes apuntadas del brazo, sistema nervioso normal.

Antecedentes Personales: En su infancia padeció detosferina; después ha padecido de gripe, fiebres tercianas.

Antecedentes Hereditarios. Su padre murió de *alcoholismo* agudo. Su madre vive, padece de *litisias biliar*.

Antecedentes Colaterales. Tiene cinco hermanos vivos, sanos, y dos que murieron pequeños.

Exámenes de Laboratorio: Heces: Positivo por ascárides. Orina: Positivo por Pigmentos biliares.

Reacción de Kahn: Negativa.  
Sangre Glóbulos rojos, 4,080.000  
Glóbulos blancos, 29,00  
Polinucleares neutrofilos, 79%  
Linfocitos 13%  
Grandes mononucleares, 2%.  
Pequeños mononucleares 2%  
Transicionales, 5%  
Radiografía, negativa.  
*Fluoroscopia*, negativa. Esta observación fue tomada el

día de entrada del enfermo al Hospital.

Durante una semana que permaneció en él notamos que el tumor crecía día a día con gran rapidez; el dolor se hacía intenso; la temperatura de 37.2 **pasó** a 38°, 38°.5; el sueño era inconciliable; el apetito perdido.

#### COMENTARIO.

Desde la primera vez que examiné al enfermo formulé el diagnóstico de aneurisma de la **aublavia** derecha por los síntomas siguientes: tumoración pulsátil del hueco **supraclavicular** avanzando hacia el supra-esternal; percepción de latidos sincrónicos con los sistólicos cardiacos; expansión; soplos sistólicos; retardo del pulso **axilar y abolición** del radial; fenómenos paralíticos y dolorosos de todo el miembro superior derecho; síndrome de Claudio Bernard-Horner, consistente en **enoptalmía**, lagoptalmía y miosis del lado derecho,—y hasta aquí todo muy bien. Pero luego se presentaron nuevos síntomas que hicie-

ron vacilar el diagnóstico primitivo.

Llamó nuestra atención desde el **primer** instante el hecho de haber adquirido la tumoración supraclavicular el **tamaño** de una naranja grande en el término de 28 días; el de ser dolorosa exponetaneamente y sobre todo a **la presión**; de haber presentado oscilaciones térmicas de algunos décimos hasta un pirado y medio en los últimos días; de presentarse calor, rubor y edema en la tumefacción; antecedentes personales y reacción de *Kahn* negativos por sífilis; exagerada leucocitosis que alcanza 29,000 **glóbulos** blancos por milímetro cúbico.

Ante un cuadro de sintomatología tan rica y variada no podía menos que nacer la duda en el espíritu y entonces nos planteamos el siguiente problema: se trata de un simple aneurisma de la subclavia; de un flemón supraclavicular del cuello, o de un aneurisma infectado?

Los accidentes dolorosos crecientes y la creencia de encontrarlos en presencia de una afección infecciosa simple o asociada nos decidió a intervenir.

Anestesiado el enfermo al éter, empecé por una **incisión** oblicua **del** espacio supraclavicular; separación de los músculos y punción **del** tumor que dio salida a un fuerte chorro de sangre confirmando la idea de un aneurisma. Entonces intentamos hacerla ligadura del tronco braquiocefálico por una esternotomía transversal,

con tan mala fortuna que cuando llegué al vaso el enfermo moría.

Acto continuo hice una esternotomía media vertical de la primera pieza y resección de la clavícula derecha encontrando una **tumoración** del tamaño de un zapote constituida hacia delante por la vena yugular interna enormemente dilatada, mayor que el **grueso de un dedo pulgar de adulto**. **Atrás de la** vena un saco **aneurisma** I de consistencia friable extendido más bien hacia arriba que a la derecha y que emanaba de la arteria subclavia a un centímetro de la separación de la carótida primitiva y ocupando dos o tres centímetros de la pared superior de la arteria; hacia adentro y completamente líbrela arteria carótida primitiva derecha; atrás las ramas que van a formar el plexo braquial bien adheridos a la bolsa aneurismal. Dentro de la bolsa no habían coágulos. Desgraciadamente no hicimos el examen bacteriológico de la bolsa.

Cual hubiera sido la evolución natural de este aneurisma Por la rapidez con que creció, 28 días; por el aumento en 6 días de **un** tercio del volumen, y por los fenómenos infecciosos manifestarlos por la temperatura, dolor, rubicundez, edema y leucocitosis, pienso que la ruptura no hubiera tardado más de tres o cuatro semanas.

Hay un punto no resuelto y es la etiología. No hay antecedentes específicos; la reacción de *Kahn* **es negativa**; no hay alcoh-

lismo ni *saturnismo*. Como enfermedades infecciosas solo **grippe** y tos febril.

Por tratarse de un caso de excepcional importancia, como no se encuentra con frecuencia en la clínica, por la oscuridad de la etiología, por la evolución tan rápida y por el desastre final, con-

sidero que no escaso servicio prestará su conocimiento.

Mi opinión es que el enfermo descrito tenía un aneurisma infectado de la arteria subclavia, de carácter sumamente grave.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, Julio, 1930.

## Las ictericias paraterapéuticas que sobrevienen en los sifilíticos tratados por los arsenobenzoles

(Jean Parnet)

### Conclusiones:

-El problema de patogenia de la ictericia para terapéutica de los sifilíticos tratados por los arsenobenzoles, no ha sido todavía resuelto.

La discordancia existente entre las dos teorías de la naturaleza tóxica y de la naturaleza sifilítica que tienden a explicarla, impide considerar estas teorías como satisfactorias.

Ellas están, la un y la **otra**, lejos de hallarse de acuerdo con la mayoría de los casos,

2"—La teoría de la naturaleza sifilítica de la ictericia paraterapéutica, defendida por Milian, está, basada sobre seis argumentos que son igualmente discutibles.

Ella tropieza, además, contra objeciones serias que la hacen rechazar:

Primero. En la mitad de los casos, la reacción de Wassermann es negativa, lo que va en contra de nuestros conocimientos de las manifestaciones ordinarias de la sífilis.

Segundo. La ictericia paraterapéutica aparece lo mismo en los sifilíticos recién infectados que en los antiguos. Es difícil admitir períodos tan diferentes de la enfermedad, la existencia de una ictericia del mismo tipo catarral, teniendo igual evolución y acom-

pañándose de los mismos signos objetivos hepáticos.

3. La teoría ríe la naturaleza tóxica de la ictericia paraterapéutica, admitida por la mayoría de los autores, se presta igualmente a la crítica.

Tanto desde el punto de las condiciones clínicas de su aparición, como del de los resultados obtenidos por la experimentación y el laboratorio, está en desacuerdo con la mayor parte de los casos.

Y contra ella también se elevan otros argumentos:

Primero. No se puede explicar casi por acción tóxica del arsénico una ictericia que aparece a veces varios meses después del **tratamiento**, y esto sin ninguna relación por la dosis de arsénico inyectado.

Segundo. No se comprende **tampoco** como el arsénico habiendo una vez determinado ictericia en un enfermo, puede ser perfectamente tolerado después.

Tercero. Esta teoría, por **último**, no puede explicar las variaciones del número de las ictericias paraterapéuticas, observadas pues de la aparición del **novoarsenobenzol** en el tratamiento de la sífilis.

4"—La hipótesis de la naturaleza catarral de la **ictericia**, ya sostenida, **por otra** parte, parece por el contrario, estar de acuerdo con

el mayor número de los hechos.

Se puede considerar esta ictericia como un nuevo ejemplo de lo que Muíán ha llamado el "biotropismo", y del cual se conocen ya otras manifestaciones.

Sus recrudescencias coinciden con las de la ictericia catarral.

Su marcha clínica es idéntica.

Por último, se cura por el tratamiento ordinario de la ictericia, sin que sea necesario recurrir a los arsenobenzenos.

5'—De ello resulta que el tratamiento de la ictericia sobrevenida en un sífilítico sometido al arsénico, debe ser el de toda ictericia infecciosa benigna.

6<sup>11</sup>—Esta conclusiones nos parecen aplicables a la mayoría de las ictericias paraterapéuticas, pero reconocemos que, entre éstas, las hay cuya naturaleza sífilítica o tóxica es indiscutible.- (Tesis de París).

## EL SULFATO DE MAGNESIA EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

Hace mucho tiempo que el Sulfato de Magnesia del de ser solamente un purgante, para convertirse en una sustancia de aplicación externa; pero su empleo como tal no ha pasado de fomentaciones sobre las regiones afectadas de Erisipela y en manera alguna ha extendido su campo de acción a otras enfermedades.

En 1918 varias revistas francesas trajeron la novedad del Sulfato de Magnesia inyectado por vía endovenosa en el tratamiento del Reumatismo Articular de forma crónica; hice varios ensayos sabré la materia y expuse los resultados en un diario de la localidad, cuyos párrafos fueron reproducidos en una Revista médica de la Habana, pero en texto alguno, obra o revista no me ha sido posible hallar algo en relación con los ensayos que he hecho sobre el empleo del Sulfato de Magnesia en el Tratamiento de algunas enfermedades de la piel.

Tanto en mi clientela particular como en el Servicio de Niños del Hospital San Felipe, he procurado aplicarlo en la forma y en los casos indicados más adelante, habiendo notado solamente que en un Impétigo fue nulo el resultado, por ser aquel un accidente sifilítico que cedió con el tratamiento adecuado. La forma empleada por mí,

del Sulfato de Magnesia, es en solución al 30x1000 aplicado en grandes lavados de las regiones afecta-das o bien en fomentaciones sobre las mismas; he podido notar que en poco tiempo, las lesiones pierden sus zonas inflamadas, las costras, cuando hay, caen rápidamente, dejando un tejido nuevo en vía de cicatriz, y que, en las lesiones acompañadas de escozor, prurito o exsudado irritante y abundante, estas molestias desaparecen rápidamente.

Los casos tratados hasta ahora por el Sulfato de Magnesia en la forma indicada han sido todos en niños, y son, en el orden cronológico: *intertrigo de los muslos y las nalgas*, habiendo notado en este caso, cesación de la inquietud y llanto frecuente del niño y cicatrización de dos pequeñas ulceraciones superficiales de dichas regiones con 8 días de tratamiento.

*Eczema húmedo de la cabeza y de la cara* siendo los resultados obtenidos mejores que con las pomadas que se habían aplicado, pues las vesículas, el líquido purulento y las costras fueron desapareciendo paulatinamente a pesar de ser esta forma del Eczema una de las más rebeldes en curar. Juntamente con la desaparición de estas manifestaciones los ganglios linfáticos de la nuca y los retroauriculares fueron disminuyendo de tamaño hasta desaparecer.

*Impelido*, enfermedad parecida al Eczema o mejor dicho una de sus formas según algunos autores, peligrosa por el contagio directo, pude notar en este caso, que el líquido y las costra consecutiva muy gruesa, cayó al tercer día, dejando en su lugar, cara del niño, superficies rosadas que fueron desapareciendo.

*Eclima*, que apareció en un niño de dos años en los muslos y en las nalgas, ordené los baños de las regiones y las aplicaciones en empaques húmedos tres veces al día, habiendo podido notar que los grupos de pústulas y las areolas rojizas desaparecieron en el término de 14 días, dejando solamente pequeñas manchas negruzcas permanentes.

*Costras de Leche del profesor Czerny*.—Esta afección muy frecuente en los niños y confundida generalmente con el Eczema, aparece solamente en los lactantes e invade la cabeza, la cara, especialmente las mejillas la barba, la nariz y las orejas.

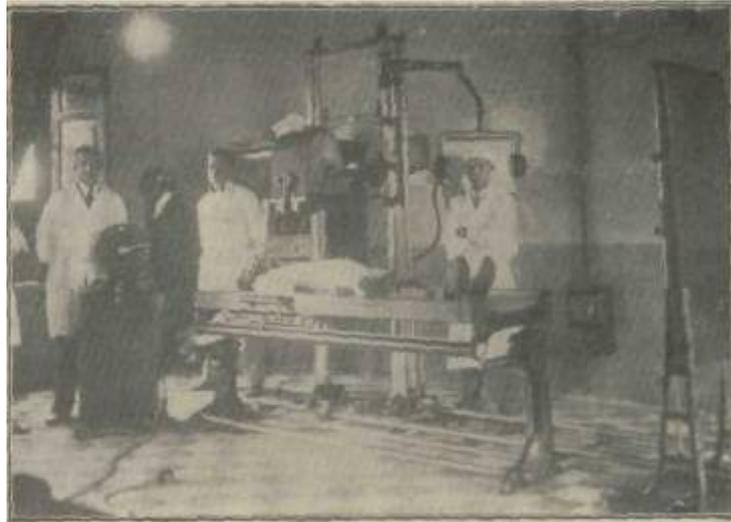
En el servicio de Niños que está a mi cargo en el Hospital San Felipe, se presentan a menudo casos como este y se ha podido

notar que las aplicaciones del Sulfato de Magnesia, obran sobre las vesículas y las pústulas se desecan y las ya convertidas en costras, dejan caer éstas dejando piel sana en su lugar, desapareciendo los infartos ganglionares y mejorando el estado general.

No es mi intención hacer afirmaciones de carácter rotundo acerca de la eficacia del Sulfato de Magnesia en el tratamiento de las enfermedades de la piel, sino solamente participar a mis estimados colegas de los resultados que a diario se obtienen con tal o cual medicamento curativo, y como por otra parte, cada día hay motivos para creer que debemos estudiar para saber algo nuevo, o mejor, que todavía no sabemos lo bastante, yo me permito invitarlos muy fraternalmente a ensayar también, a fin de ver si es verdad la eficacia que ha demostrado en algunos casos o dar por sentado que no fue sino un episodio casual.

1. AZPURU ESPAÑA, del  
Servicio de Niños del Hospital  
San Felipe.

Tegucigalpa—Honduras.



### **La Nueva Instalación de Rayos X del Hospital General de la Capital**

Desde el 15 de Diciembre del año recién pasado ha quedado instalado el nuevo Aparato de rayos X del Hospital General de Tegucigalpa, que dicho sea de paso, es la primera instalación de esta clase en Centro América que se pone al servicio público. Las ventajas del nuevo modelo lanzado al mercado por la casa Víctor de Chicago pudieron apreciarse desde un principio al compararlos con los modelos antiguos en uso hasta entonces. Completa seguridad en el manejo, uniformidad en los resultados, simplificación hasta donde es posible en la maquinaria, hacen que esta instalación sea sencilla, silenciosa y que el transformador, mesa, etc. puedan alojarse en un espacio míni-

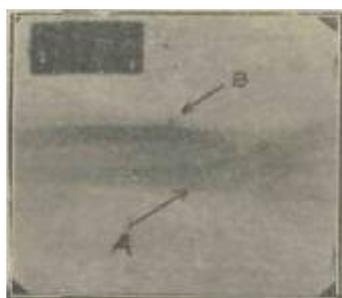
mo sin tener que sacrificar nada en la eficiencia del aparato.

Los viejos modelos en los cuales el transformador estaba encerrado en una caja voluminosa, la ampolla al descubierto, los alambres de alta tensión extendidos de un extremo al otro del cuarto, constituyendo un peligro gravísimo para enfermos y operador, han sido sustituidos por un aparato compacto en el que se ha reducido a cero el peligro de un choque con la corriente de alta tensión. Esta es la ventaja más grande del nuevo aparato de la Víctor sobre los otros de esta y otras casas fabricantes.

¿Como se ha eliminado el peligro de un choque eléctrico con la corriente de alta tensión? La se-



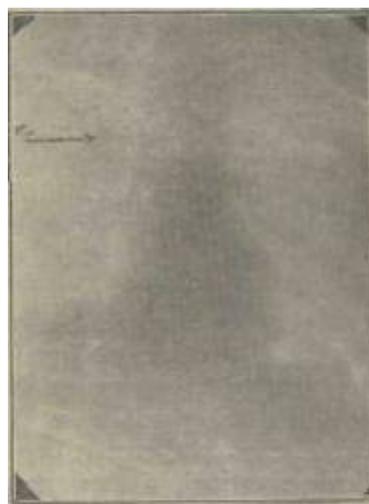
guridad consiste en la **eliminación** de los alambres de alta **tensión**, **El transformador** en vez de e a **distancia** de la ampolla se **halla** encerrado con ella dentro de una **caja** de plomo sumergido en **aceite aislador**. Esto elimina loa



alambres al descubierto y esta seguridad permite una mayor flexibilidad en el manejo. La ampolla puede colocarse tan cerca del enfermo como se quiera, a **cualquier** ángulo deseado y en **la** posición que se desea. Además, **según** el inventor de este modelo, el Dr,

Coolidge, creador de la ampolla de uso universal hoy día, la ampolla por el hecho de estar sumergida en aceite aislador durará **mas** que si estuviese expuesta al aire libre, sujeta a los cambios de temperatura de! medio ambiente como ocurre en los viejos modelos.

El poder de alcance de este modelo es lo suficiente para todo trabajo de radio diagnóstico y terapia superficial. Desarrolla un **voltage** desde 20.000 a 85.000 voltios con un miliamperage de 10 a 30. Para radioscopias el miliamperage desarrollado puede ser de 2 a 5.



Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios y las ilustraciones que adjuntamos dan una idea de la clase de trabajo puede hacerse con el aparato **que** aparece aquí ilustrado.

Actualmente «e hacen aplicaciones de radioterapia superficial en ciertas afecciones crónicas en que la acción destructora y estimulante de los rayos X es considerada como específica. Tales son, por ejemplo, las siguientes: lupus de la cara, adenitis tuberculosa del coello, granuloma, tina tricofítica, etc.

## Nuevos éxitos con las inyecciones intramosculares de leche

Desde que Schimidt, en 1925, administró la leche por vía parenteral con fines terapéuticos, su empleo se ha repetido y extendido, principalmente en el tratamiento de las afecciones oculares. Müller y Thaner (1915) obtuvieron éxitos tratando iritis y queratitis intersticiales por inyecciones hipodérmicas de leche: Saxl empleó la proteínoterapia lacteada contra diversas enfermedades, como anemia infecciosa, fiebre tifoidea, leucemia, cáncer del estómago, parálisis general; artritis e infecciones diversas y así mismo utilizaron el método en 1926, Rosensstein y en 1918 Domec, que trató 120 casos de afecciones diversas de los ojos. Galloís obtuvo resultados sorprendentes utilizando la lactoterapia en 300 casos de gripe, la mayor parte de ellos con complicaciones broncopulmonares y Thiroloix recomienda el método en la referida enfermedad.

Jickeli y Gaupíllat, en 1919, curaron por inyecciones de leche numerosos casos de gonococia ocular, úlceras de hipopión y queratitis intersticiales y con igual favorable resultado las emplearon en casos análogos Weill, Heine, y Purtscher. Marin Amar formó una es-

tadística de más de 3.000 casos de estados infecciosos tratados por la proteínoterapia láctea, entre los que hay 500 curaciones de afecciones de la córnea de diversa naturaleza.

Le Bargy, después tratar más 300 enfermos por inyecciones de leche, escribe que éstas "forman actualmente parte de nuestra terapéutica diaria con el mismo derecho que las famosas drogas tan conocidas como la pomada amarilla, atropina, sulfato de zinc o nitrato de plata". Otros muchos autores han hecho uso de esta medicación con resultados satisfactorios en enfermedades diversas.

Bouchut Bonafé, en la sesión del 8 de mayo de 1923 de la Sociedad Médica de los Hospitales de Lyon, señalaron un caso de muerte por inyección de leche, y en relación con éste hecho. Rendu afirmó que las inyecciones intravenosas de leche no son mortales, y Goldemberg y Panisset dieron a conocer en "París Medical" sus experiencias demostrativas de la inocuidad de las inyecciones intravenosas en los animales.

En fin. Pron ha publicado en "Le Journal des Praticiens" la indicación y modo de acción de la

proteínoterapia lacteada y Pierot hizo su tesis de doctorado en Veterinaria sobre "Ensayos de tratamiento de los animales domésticos por inyecciones de leche cruda.

Este incompleto resumen histórico es suficiente para deducir consideraciones acerca de la eficacia e inocuidad de las inyecciones de leche practicadas sin accidente, hasta para disipar todos los temores de peligro para los enfermos; contra el único caso de accidente registrado imputable a la **inyección** de leche, el publicado por Bouchut y Bonafé, esta la afirmación de Rendu que, durante la guerra, ha practicado inyecciones intravenosas, en heridas graves, cuya alimentación era imposible por todo otro medio, sin que se registrase el menor accidente y la referencia del mismo autor de que tales inyecciones se practicaron ya en el siglo XVII y fueron muy empleadas en 1875 en los Estados Unidos, donde se preconizó lo que se llamaba "transfusión láctea". El caso de muerte a que refiere Bouchut y Bonafé sería **quizás** determinado por un choc anafilac-

tico o bien, teniendo en cuenta que se trataba de un enfermo de 74 años, antiguo sifilítico, **que** desde un año antes, sufría **ataque** de asma, a éste hecho precisamente, y que, como ha hecho **notar** Tansard, el asma es una contraindicación de la galactoterapia, como lo son la tuberculosis y la diátesis coloidal clásica.

La tesis de Rendu esta apoyada por la experiencia de Goldember y Paniset, que les autoriza a escribir: "La experiencia adquirida en el estudio de todas las especies animales nos hace creer que es posible aplicar nuestros resultados al hombre y deducir de los argumentos experimentales que las inyecciones de leche no representan ningún peligro, como lo establece la observación clínica."

Para las inyecciones se ha empleado leche de distintas especies; de mujer, de cabra, de vaca y de burra; se ha intentado sustituir la leche por productos de ella derivados, tales como el ailán y xial (leches desengrasadas), abjon, fleche esterilizada y purificada), caseolan (caseína solubilizada en una

sal alcalina), yatren-caseína (combinación de caseína y de benzolpiridina); también se ha ensallado la sustitución por otras sustancias, pero no hay en realidad, ventaja en éstas sustituciones, puesto que es fácil procurarse en el comercio, a precios económicos, leche esterilizada, y en su defecto puede emplearse la leche hervida durante cinco minutos.

Houdemer en la *Revue Militaire* hace una relación detallada de sus observaciones personales que recaen sobre 14 enfermos de fluxión periódica, queratitis (muermosa, ulcerosa, con hipopión, traumática) y conjuntivitis; se deduce de éstas observaciones, que en los casos de queratitis, en general, las inyecciones de leche tienen una acción rápida y favorable. En un caso de queratitis parenquimatosa, tratada ineficazmente durante quince días con distintos recursos terapéuticos, las inyecciones diarias, bajo la piel del cuello, de 8 a 12 centímetros cúbicos de leche esterilizada, determinan desde el tercer día una mejoría notable y a la sexta inyección el animal

puede considerarse curado. Una queratitis consecutiva a herida de la córnea, curó totalmente con seis inyecciones intramusculares de leche esterilizada; una queratitis con hipopión, desapareció con cuatro inyecciones intramusculares de 20 cc. de leche. Una sola inyección bastó para curar totalmente una conjuntivitis rebelde a los tratamientos ordinarios. En varios casos de fluxión periódica, se observó un efecto energicamente descongestionante; las inyecciones de leche atenuaron el dolor e influenciaron favorablemente la marcha de los **abcesos**, aunque no impidieron las recidivas.

Los fenómenos reaccionables consecutivos a las inyecciones de leche fueron siempre benignos, y se reducen a una reacción general, que aparece cuatro a seis horas después de la inyección, que se acompaña de hipertermia y, a veces, de inapetencia; cuanto más acusada es la reacción, más evidente el efecto terapéutico. Apreciase también una reacción local que se traduce por edema más o

menos voluminoso, caliente y sensible.

La leche **puede** ser inyectada **bajo** la piel, en los músculos o en las venas, aunque ésta última vía debe de ser descartada; Hundermer prefiere las inyecciones intramusculares a las subcutáneas, porque aquellas son menos dolorosas y provocan un choc más acusado y, en consecuencia, un efecto terapéutico más intenso. Debe preferirse siempre la leche esterilizada a la simplemente cocida.

En resumen las inyecciones de leche no constituyen una panacea,

pero **su** eficacia en las infecciones del **sagmento** anterior del ojo **está** muy bien demostrada- Constituyen una **medicación** sencilla y anodina que se debe ensayar en todos los casos en que **los tratamientos** habituales den resultados nulos o dudosos. La **galactoterapia** está contraindicada en **los** cardiacos, tuberculosos, asmáticos y en los sujetos atacados de **diátesis** coloidoclásica o de hipertensión.

Tomado de "**Agricultura** y Zootecnia" del mes de marzo de 1930. Revista Cubana.

## Granulemia prebacilar y bacilosis

### Evolución del virus tuberculoso

En una reciente comunicación en la Academia de medicina, el Profesor A. Calmette ha expuesto el conjunto de las **investigaciones** que sigue desde hace siete años, principalmente con J. Valtis y con sus colaboradores Boquet, Négre, Lacomme y Saenz, acerca de los elementos filtrables del virus tuberculoso descubierto por Fontes en Río de Janeiro en 1910 y cuya existencia había sido puesta en duda o ignorada hasta las publicaciones de Vandreumer, en 1923.

Los resultados de esos trabajos tienen una importancia considerable puesto que obligan a modificar radicalmente nuestras concepciones acerca de la patogenia de la tuberculosis. Demuestran que el bacilo descubierto en 1882 **por** Robert Koch representa solamente uno de los estados de evolución y una forma de resistencia del **virus** tuberculoso. Es responsable de las enfermedades habitualmente crónicas que constituyen **la** diferentes formas conocidas de la tuberculosis.

Pero antes de volverse el bacilo que se encuentra en todas estas enfermedades el virus tuberculoso presenta otros estados de evolución. Es primeramente invisible, filtrable al través de las bujías de porcelana porosa o al través de la placenta de las hembras en gestación y, en este estado de

ultra virus, determina accidentes a menudo mortales en los recién nacidos de mujeres **tuberculosas**, o bien enfermedades agudas cuyo origen bacilar se sospechaba, pero que no estaba demostrado (derrames serosos, diversas afecciones de la piel, diversas septicemias) . Este ultravirus puede cultivarse en los órganos o en los medios **artificiales**. Entonces **da** vida a formas granúlicas, y después a bacilos normales.

El Sr. Calmette propone pues de agrupar desde ahora las enfermedades agudas debidas al ultravirus bajo la denominación de granulemia prebacilar, y las **enfermedades crónicas** debidas al bacilo de Koch propiamente dicho bajo el nombre de bacilosis. Entre la granulemia prebacilar y la bacilosis o tuberculosis verdadera, existe una forma de transición **que** es la tuberculosis granúlica en donde se encuentran muchos ultravirus y algunos raros elementos bacilares.

Es, concluye el autor, toda una revolución en la historia de la tuberculosis. Está fundada en hechos experimentales que un gran número de **trabajos** franceses y extranjeros han confirmado recientemente.

## LAS GRANDES CUESTIONES SOBRE EL TAPETE

## LA MALARIATERAPIA

Dos palabras de Historia.

Desde hace siglos, habíase observado que una afección febril provocada en el curso de una enfermedad crónica mejoraba a veces esta última. Ciertos psiquiatras del siglo último, como ESQUIROL, habían notado igualmente los buenos efectos de las pirexias agudas en determinadas enfermedades mentales. Pero apenas hace unos quince años GAGNER, luego ROUSKY y PILCZ reunieron esas nociones dispersas en un método curativo contra la sífilis cerebral: la *piretoterapia*, es decir, terapéutica por la fiebre (de *puretos*, fiebre), siendo esta última provocada ordinariamente por una inyección de tuberculina. Habíanse ya obtenido curaciones por este medio, cuando un médico de Viena, von JAUREGG, preconizó la inoculación del *plasmodium* del paludismo para determinar nó ya uno, sino un serie de accesos consecutivos. Es la *malariaterapia*, procedimiento terapéutico que desde hace siete ú ocho años Heva ya registrados considerables éxitos. ¿Cuál es su modo de acción?

Es aun muy discutido. Para los unos, es simplemente un nuevo experimento de piretoterapia y lo que actúa es la sola temperatura interior. Para otros, el hematozoario sería un verdadero anta-

gonista del treponema, el cual vendría á ser destruido por él.

El ponente encargado de estudiar esta cuestión en el último Congreso de Sifilografía celebrado en Julio del año anterior—B. DU-JARDÍN (de Bruselas)—dijo lo siguiente como conclusión:

1°. La malarización modifica profundamente la capacidad reacciona! del organismo respecto del treponema, provocando reacciones alérgicas.

2o Moviliza las inmunisinas y provoca su transporte al líquido céfalo-raquídeo y al sistema nervioso central.

3°. Mejora muy á menudo el estado general de los enfermos, probablemente por destrucción maciza de las treponemas.

Por otra parte, los Sres. CHEVALLIER y MEYER, ponentes en el mismo Congreso, \* estiman que el hematozoario se conduce como un antisifilítico incompleto, no esterilizando al individuo, sino modificando la evolución de la enfermedad. Es un antisifilítico *neurotrofo*, al paso que los antisifilíticos habituales son esencialmente *dermotropos*.

En suma, queda aun mucho por discutir sobre esta cuestión y lo mejor es no precisar nada en absoluto hasta que venga una información más amplia.

¿A quién se debe inocular?

La impaludación sistemática de los sífilíticos recientes, no ha hecho aun su prueba definitiva. Con todo, ciertos ensayos han parecido interesantes.

La indicación verdadera es la sífilis nerviosa antigua: no precisamente la tabes, algunos de cuyos casos, sin embargo, han revelado mejorías bastante inequívocas, pero sí la *parálisis general* ó bien, antes de su aparición, las *reacciones meníngeas*, las cuales persisten á pesar de la administración de los diversos antisifilíticos, es decir, con homogeneidad de todas las reacciones del líquido cefalo-raquídeo, intensidad del Bordet-Wassermann, forma para» lítica de las reacciones coloidales, índice de permeabilidad superior á 1/10

Los resultados serán tanto más brillantes cuanto más precozmente sea puesta en práctica la malariaterapia.

Contraindicaciones.

La tuberculosis evolutiva, las insuficiencias cardíacas, la impermeabilidad renal, la diabetes, los

aneurismas, la arteriosclerosis avanzada. Exclúyense también de ordinario las formas de evolución galopante de la P. G.

¿Cuál es el hematozoario que se inocular?

Se recurre a variedades seleccionadas de *Plasmodium tertianum*, raras veces de *p. quartanum*. El *p. talcipurum* es abandonada, por haber causado cierto número de accidentes grave» ó bien hasta mortales (colapso cardíaco).

Los métodos de malariaterapia.

De los cinco ó seis métodos que han sido preconizados, sólo dos de ellos son empleados corrientemente:

1°. Impaludación — luego tratamiento arsenobenzólico - luego de nuevo impaludación — luego nada.

Es el método actualmente adoptado por Von JUREGG.

2°. Impaludación — luego tratamiento arsenobenzólico — luego tratamiento metódico y prolongado de la sífilis.

Es el método más propiamente francés.

Como se ve, cada uno responde á un principio diferente; el primero estima que no hay que trabar por un tratamiento superpuesto la acción del hematocario, la cual es lenta y dura meses y hasta años. El segundo parte de este principio: que, á pesar de la actividad incontestable del hematocario, éste no aniquila al treponema, al cual precisa combatir por medio del tratamiento habitual. Añadamos que los dos métodos dan aproximadamente el mismo porcentaje de éxitos, y, por consiguiente, que su valor es idéntico.

#### **Resultados de la malariaterapia**

Los ensayos han sido proseguidos en Francia por cierto número de psiquiatras, en particular por los Sres. CLAUDE y P. MABIE. Una importante estadística ha sido publicada recientemente por este último.

Sobre 15 mujeres tratadas. 7 han salido en buen estado y han reanudado una vida normal; 5 quedaron estabilizadas. Han habido 2 defunciones.

Sobre 123 hombres tratados y seguidos, hubo 58 remisiones con

reanudación del trabajo; 23 estabilizaciones; 42 defunciones, 2 de ellas debidas á causas distintas de la sífilis cerebral.

Total: sobre 138 casos, 65 mejorías considerables, que duran desde 3 años y más. En 17 casos las reacciones humorales han dado resultados negativos.

Un porcentaje tan considerable de éxitos no se había obtenido nunca con el tratamiento antisifilítico más intenso.

Por otra parte, el Sr. LAIGNEL-LAVASTINE ha obtenido, sobre 20 casos, 2 mejorías tan importantes que casi podría serles aplicada la palabra curación; 12 mejoras clínicas sin modificación humoral, y 6 estabilizaciones. Estos resultados persisten desde hace 2 años por lo menos, 4 á lo sumo. No ha habido ninguna defunción.

Estas dos estadísticas son, pues, sumamente instructivas y de carácter casi perentorio, si se tiene en cuenta la marcha hasta ahora fatal de la P. O., apenas moderada á veces por insignificantes remisiones.

¿Donde puede le médico hacer inocular á sus enfermo—?

Es evidente que el médico no puede hacer este tratamiento con sus solos recursos. Le es preciso, por consiguiente, acudir a ciertos servicios instalados en asilos, como, por ej., en los de los Sres. CLAUDE y MARIE, en Sainte-Anne.

Pero, ante la afluencia de enfermos, el Sr. CLAUDE a preconizado la creación de servicios para enfermos libres independientes de los asilos. Un personal experimentado, con bacteriólogo especial, podría encargarse de ello, procurando evitar las reacciones más o menos vivas determinadas por este tratamiento, de cuyo bastante delicado y difícil.

Conclusiones.

1°. En la actualidad, no existe tratamiento de la P. G. comparable con la malaria terapia (y se trate de estovarsol, de la vacuna chancerosa, de la proteínoterapia, del espiroqueto de la musaraña, etc.).

2°. Gracias á los hematozoarios seleccionados, el paludismo inoculado aumentará su benignidad. Los riesgos que puedan presentarse serán cada día más insignificantes con relación á la implacabilidad de la P. G. abandonada á si mismo.

3°. Según la expresión del Sr. MARIE, constituye desde ahora *un deber* el tratar a los paráliticos generales por medio de la malaria-terapia.

DR. ANDRE FINOT.

## EL SIGNO DEL OMBLIGO

La equimosis umbilical (signo de Hofstalter-Cullen-Hellendall) en el curso de una gestación extra-uterina y como signo de un hemoperitoneo

Por EMILIO FORGUE,

Profesor de Clínica **Quirúrgica** en la Facultad de Medicina de Montpellier, Miembro Asociado de la Academia de Medicina, — Miembro correspondiente del Instituto.

Es un hecho prácticamente muy importante de semiología general, que el diagnóstico de focos hemorrágicos profundos nos es revelado, en superficie, por infiltraciones **sanguíneas** distantes y por equimosis sintomáticas. Ejemplos; la equimosis de Kirmisson, linear, transversal, en las fracturas supracondileanas del húmero; la equimosis de la V deltoidea en las fracturas de la gran tuberosidad humeral; la equimosis en lengüeta de Verneuil, en las fracturas metatarsianas; la equimosis de Destot, equimosis de las bolsas en las fracturas acetabulares; la equimosis de Malgaigne en las fracturas del cuello quirúrgico del húmero, bajo el aspecto de una cadena que descende, a distancia, hacia la pared torácica y el bajo flanco.

Un ejemplo más interesante aún nos es proporcionado por las infiltraciones sanguíneas alejadas, reveladoras de un derrame sanguíneo "colectado profundamente, en las tres grandes cavidades serosas, meninges, pleuras, peritoneo. Es así como en las fracturas de la base del **cráneo**, el diagnóstico de la lesión osea hemorrágica nos es **aclarado** por la **sufusión** san-

guínea, visible, de la conjuntiva ocular, por infiltración de tejido celular, retro-bulbar. Es así como, en el hemotorax, la colección sanguínea intrapleural se exterioriza por la equimosis lombo-dorsal de Valentín.

Era lógico buscar, en una equimosis así exteriorizada la revelación de una hemorragia intraperitoneal. Las leyes que se aplican a las tres grandes serosas son comunes sabemos que la sangre vertida en una gran cavidad se coagula rápidamente, pero que algunas horas después de la formación del coágulo, el suero se desprende, llevando bastantes glóbulos rojos hemolizados y materias colorantes para parecer sangre líquida. Sabemos también que este líquido hemático, obedeciendo la ley de la gravedad, se infiltra progresivamente en las capas celulares interesadas, y puede así ser exteriorizada bajo la forma de una equimosis más o menos tardía, pasando sucesivamente por las fases de degradación de colores que son característicos de los infiltrados sanguíneos subcutáneos.

Hasta hoy no se había hecho mención de equimosis simptomá-

tica de hemoperitoneo. Hace 20 años solamente, **1909**, que este signo nuevo, bajo el aspecto característico de una equimosis del ombligo en el caso de una hernia umbilical concomitante, que fue indicado a los cirujanos por Hofstatter, de la clínica del Profesor Eiselsberg, como síntoma revelador de una ruptura de embarazo tubárico. Hay que considerar, sin embargo, que en este caso inicial, el diagnóstico preoperatorio de embarazo tubárico roto no fue hecho; el cirujano había observado, en una mujer de 36 años portadora de una hernia umbilical voluminosa y presentando signos de íleus una sufusión sanguínea de la piel, en la vecindad de la hernia, con tinte amarillento; había formulado simplemente el diagnóstico de estrangulamiento herniario y explicado la equimosis por golpes sobre la región, por un hijo *de* esta mujer o por rupturas vasculares consecutivas a las maniobras de taxis. La operación le mostró un epiplón adherente, infiltrado de sangre, coincidiendo con un hematocele por ruptura de embarazo tubárico. Pero el autor reconoce que la importancia diagnóstica de esta equimosis como signo de una hemorragia intraperitoneal se le había escapado y su comunicación hubiera sido anodina.

Diez años después, Tomás Cullen, de Baltimore, observando en una mujer muy flaca, de paredes abdominales delgadas, atacadas de una crisis dolorosa pelviana,

desde ocho días, un tinte azulado del ombligo, encontró en la operación, una ruptura de embarazo tubárico.

En fin, dos años más tarde, en 1920, Hugo Hellendall, de Dusseldorf, cuya atención fue especialmente llamada por una enferma, en la que se suponía una gestación tubárica, sobre el tinte azul verdoso, que había presentado, después de algunos días, una hernia umbilical, y que encontró, después de incisión abdominal, una hemorragia intraperitoneal con gravidez de la trompa izquierda.

Estos tres cirujanos han creído cada [uno, descubrir aisladamente, este nuevo signo, revelador de hemorragias intrapértoneales, por ruptura o aborto de embarazo tubárico, de allí la triple denominación de este síntoma que Schmid ha propuesto llamar "el signo de Hofstatter Cullen-Hellendall". Realmente son demasiados padrinos para tan pequeño bautismo.

El signo del ombligo no es frecuente, a pesar de las 25 publicaciones, que desde 1909 se han hecho consagrándolas, siendo mayor el número de memorias que el de observaciones.

Hofstatter declara no haberlo observado sino tres veces en quince años. Su reciente monografía no agrupa al lado de sus tres casos sino 12 casos nuevos. Para nosotros, en nuestra larga práctica, y aunque desde 1921 nos atrajo la investigación de este síntoma-

ma, solo lo hemos encontrado una vez en una observación reciente. A pesar de su rareza, el conocimiento del signo es importante porque sobrepasa la simple cuestión de hemorragias por ruptura o aborto de embarazo tubárico; él interesa el problema, algunas veces tan incierto, del diagnóstico precoz de todos los grandes derrames sanguíneos en el peritoneo. No es ni un síntoma constante, ni un signo de primer plano: es un índice complementario que debe buscarse.

De allí el interés de un estudio, fundado sobre los casos actualmente publicados, que tenga por objeto precisar las condiciones en las cuales se produce la equimosis umbilical, la presencia necesaria de una hernia o de un adelgazamiento parietal a este nivel; las relaciones del signo con la cantidad de sangre derramada en el peritoneo; las vías de infiltración que exteriorizan bajo la piel el derrame sanguíneo intraseroso, los diversos mecanismos de esta difusión o de esa transparencia de la sangre derramada.

La memoria de Hofstatter, aparecida en 1926, en los Archivos

Langembeck nos ha dado sobre estos diversos puntos una importante documentación.

1o. Para que el signo del ombligo se manifieste es necesario que un derrame sanguíneo se haya producido en la gran serosa peritoneal; entonces el signo es lógicamente posterior a la ruptura o al aborto tubárico, y sin embargo un hecho paradójal es señalado por Hans Strude en 1922. En ese caso se trataba de una pluripara de 36 años que estaba en crisis dolorosa desde algunos días, Strude notó una coloración azulada, bien localizada al ombligo y vecindad, y no fue sino 14 días más tarde que el diagnóstico de gravidez uterina **fue** formulado; en este momento la coloración azulada del ombligo había desaparecido dos días más tarde, cuando se laparotomizó la enferma por aborto tubárico con hemorragia intraperitoneal no había trazas del signo azul del ombligo. He aquí un raso desconcertante; se trata de explicar, como el tinte azul, (fue en buena lógica, debe ser contemporáneo de la hemorragia, de la ruptura o del aborto tubárico, que debe en todo caso sucederle ha

parecido aquí, preceder al accidente hemorrágico y **desaparecido cuando** este se produjo. **Para** explicar esta paradoja Strude construye las hipótesis siguientes: el color equimótico del ombligo dependería de una dilatación venosa de las venas umbilicales, y no de una sufusión sanguínea; esta flebectasia sería producida por la estasis venosa en el sistema de las venas del ombligo, estasis secundaria a la que **tiene** turgencia en todo el aparato **venoso** en relación con las venas de las trompas, venas tubáricas donde Weit y Kiutsi han demostrado **en** el caso de gestación extrauterina, **la** obstrucción por vellosidades. Después de la ruptura o aborto tubárico la estasis del aparato venoso se suprimiría, la circulación de las venas paraumbilicales se volvería libre: desde entonces el síntoma de estasis y de coloración azulada del ombligo desaparecería. He aquí hipótesis, en verdad, complicadas, para explicar un hecho de excepción; en regla constante, el signo equimótico del ombligo sucede a una hemorragia intraperitoneal: a la ruptura de un aborto tubárico.

Hay allí, sin embargo, una idea que ha parecido **aplicable a** ciertos casos de equimosis umbilical; a **saber**; que puede corresponder, excepción al mente, no a una sufusión sanguínea propagada a distancia, sino a la simple transparencia de un desarrollo anormal de la circulación venosa complementaria. *El caso de Pfeifer es*

*citado en apoyo de esta concepción.* Pfeifer opera una mujer en la cual su observa un tinte azulado al nivel de una hernia umbilical, siete semanas antes de la laparotomía que muestra un embarazo tubárico con hematocele retro uterino; durante la operación se **constata** que no hay una gota de sangre derramada en la cavidad abdominal. Pfeifer concluye que la coloración azulada del ombligo no depende de un hemato peritoneo, sino de la dilatación de las venas anastomóticas entre la mamaria interna y la epigástrica, **dilatación** debida a la obstrucción de los vasos del plexo pampiniforme por las vellosidades coriales; durante la operación pareció que el tinte azul del ombligo dependía de una dilatación de las venas del epiplón adherente al saco. Pero pensamos con Hofstatter que la interpretación de Pfeifer es tan dudosa como la hipótesis de Straube; en su caso los síntomas que han preludiado a la ruptura remontan como la aparición de la mancha azul umbilical a siete semanas. El hematocele enquistado en el Douglas, está en favor de la anterioridad del accidente hemorrágico; aborto o ruptura; y para comprender la reabsorción de la sangre al nivel del peritoneo subumbilical, es suficiente recordar con que rapidez un derrame sanguíneo puede ser reabsorbido por **la** serosa.

En realidad, sin complicar ni embrollar con vagas hipótesis esta cuestión parece después de la docena de observaciones que

componen esa estadística, que el fenómeno de la **coloración** equimótica del ombligo aparezca en condiciones diversas.

En ciertos casos es un abundante hemoperitoneo, que transparenta al nivel de la zona delgada de los ligamentos que constituyen una hernia umbilical; se trata entonces de una hemorragia de ruptura más que de aborto, con sangre líquida o suero muy coloreado, derramándose hacia el hipogastrio, adelante de las anas intestinales y penetrando así en el saco herniario que colorea por translucidez.

Hellendall compara la translucidez amarillo-oscuro del hemoperitoneo a través de la delgadez del ombligo, a la transparencia azulada que notamos cuando, operando un caso de ruptura de embarazo tubárico, llegamos, después de la insición de los tegumentos y antes de la abertura del abdomen, sobre el peritoneo, de un azul más o menos oscuro, que confirma desde ese momento nuestro diagnóstico.

Por analogía se puede citar el caso muy interesante de Souligoux y Laquiére, en el cual un enfermo es operado por signos de estrangulación de una hernia crural, habitualmente reductible (dolor, vómitos, detenimiento de gases); la celotomía abre un lago de sangre que parece venir del abdomen; la insición prolongada hacia arriba, descubre en una pelvis pequeña llena de coágulos, un embarazo extrauterino roto. Se com-

prende bien, en este ejemplo la continuidad del hemoperitoneo con el derrame hemático del saco.

Así mismo (y la comparación es instructiva i en lugar de sangre, es una infiltración biliar que en un caso de coleperitoneo, puede venir, por imbibición biliar en amarillo moreno; tal es el caso curioso de Ranschoff, quien ha observado un tinte icterico del ombligo en un caso de ruptura del canal colédoco y abundante derrame biliar en la gran serosa.

La presencia de la hernia, no es indispensable para la producción del signo umbilical. En efecto, Sternberg ha observado, sin hernia, un ombligo azulado, por hemoperitoneo, en un caso de adenocarcinoma del hígado que daba una abundante ascitis hemorrágica. Así mismo, Robert Kapsinow de Baltimore, ha notado la coloración azulada del ombligo normal, en niño atacado de sarcoma del riñon, en cuyo abdomen la laparotomía mostró un abundante derrame de sangre líquida. En fin, en los tres casos de Strube, de Cullen, de Hellendall concernientes a ruptura de embarazo tubárico, la equimosis característica apareció en el ombligo, sin hernia previa.

No es pues una condición absoluta para que aparezca la equimosis umbilical, que la cantidad de sangre sea considerable. Así, en la segunda observación de Hellendall, sin que haya hernia a su nivel, el ombligo presentaba una

coloración azulada, aunque el derrame sanguíneo intraseroso fuera de mediana cantidad; parece en este caso que la infiltración sanguínea hasta el ombligo se hubiera hecho siguiendo el peritoneo anterior parietal, probablemente por el espacio subseroso. Nos parece que en esta imbibición hemática del fascia propia, subperitoneal, considerando que en ciertos casos, como el **nuestro**, la ruptura del saco tubáncico, produciendo un hematoma subseroso, principie en el espacio desprendido del mesosalpinx.

En otros casos, bastante numerosos, es siguiendo el epiplón, adherente a la hernia, que la sangre es conducida, por drenaje capilar, hasta el interior del saco; se verifica entonces, como nos ha sucedido en un caso reciente, que el epiplón es infiltrado de sangre; y es este epliplocele adherente, equimótico que transparenta a través del saco herniario.

Otra explicación se ha dado a estas sufusiones sanguíneas pelvi-abdominales exteriorizándose al ombligo por una equimosis sostenida, sobre todo, por los autores americanos. Según su concepción, la migración de los elementos colorantes de la sangre del peritoneo hacia el ombligo, se efectuaría por vías 'de anastomosis, muy ricas. que une el sistema linfático íntra y **extraperitoneal**; tal es el caso curioso de Zum Busch: en una mujer que presentaba el signo del ombligo, ha sido conducido, por laparotomía, a un quiste del ova-

rio a pedículo retorcido, cuya pared negruzca estaba, sin ningún derrame peritoneal. unida estrechamente por adherencias a la pared abdominal anterior. Es probable que, e-i las equimosis de aparición tardía en el concurso de un derrame sanguíneo poco considerable, esta migración linfática de los elementos colorantes de la sangre juegue un cierto papel.

En total; sin exagerar la importancia de este pequeño signo, hay allí un índice, no despreciable que convine buscar. No es siempre de una gran claridad, sería deseable, como Hellendall lo ha propuesto y hecho la tentativa, aumentar la visibilidad por artificios de iluminación sea por diafanoscopia, con trasiluminación de la vagina, para aclarar la pequeña pelvis, sea por ensayos de proyección lateral con focos luminosos especiales. Tal vez se encuentre en los progresos ópticos un medio de diagnóstico utilizable en los casos difíciles de derrame sanguíneo intra—abdominal; pero, hasta el presente, las tentativas no han resultado.

Reducido a la simple constatación de una equimosis **ombilical** este signo me parece debe tomar su puesto en la simptomatología, a menudo oscura de hemorragias **pevi-abdominales**; merece ser conocido; está indicado buscarlo y es permitido esperar sus servicios.

## Dirección General de Sanidad

### Departamento de Higiene Infantil

La Dirección General de Sanidad ha agrupado los diferentes servicios de su complicado mecanismo en seis departamentos, como sigue:

Departamento I de Higiene Infantil

Departamento II de Profilaxis en General

Departamento III de Enfermedades Tropicales

Departamento IV de Laboratorios

Departamento V de Ingeniería Sanitaria

Departamento VI de Policía Sanitaria

Cada uno de los cinco primeros departamentos tiene un Jefe que controla el servicio, estando el Departamento de Policía Sanitaria bajo la inmediata dirección del Jefe del Departamento de Ingeniería Sanitaria.

Los Jefes de Departamento presididos por el Director General de Sanidad y asistidos por el Secretario de la Dirección, forman el Consejo General de Sanidad, que tiene atribuciones consultivas y ejecutivas.

Cada Departamento se divide en las secciones necesarias para su mejor funcionamiento, así por ejemplo, el Departamento de Higiene Infantil de que nos vamos a ocupar por ahora, se divide en las secciones de:

1° Sección de Puericultura y Gota de Leche.

2° Consultorio de Niños

3y Higiene Escolar y Educación Física

4° Odontología Escolar

Anexos lo

Archivo

2o Estadística Demográfica Sanitaria 39 Boletín Sanitario

La Sección de Puericultura y Gota de Leche funciona en la capital desde el 12 de Octubre de 1925. En esta Sección se atienden diariamente 65 niños hijos de madres pobres, suministrándoles la alimentación necesaria según la edad y estado de salud del niño. En la actualidad se ha pedido un Aparato Esterilizador de Leche, adicional, para aumentar el número de niños inscritos hasta la cantidad que sea necesaria, dada la gran demanda de inscripciones que continuamente se solicitan en la Institución. Los recursos con que cuenta esta Sección son suficientes para, atender diariamente a 100 niños, suministrándoles al mismo tiempo ropa y medicinas.

El movimiento de la Sección durante el mes de Junio que acaba de terminar es el siguiente:

No de biberones repartidos 9-147

" " tiquetes distribuidos. 1.778

" " litros de leche consumidos ..... 1.164

Conferencias dictadas.....	47
Valor de la leche suministrada .....	\$415.00
Valor de los gastos de Pasteurización .....	101.99
Consultorio de niños:	

Tomando en cuenta la Sanidad de que la mayoría de los hijos de madres pobres morían sin asistencia médica, en poder de personas ignorantes que ejercen oficios de curanderas, sin tener conocimientos de ninguna clase y la mayoría completamente analfetas, extendió las consultas, que anteriormente solo se daban a los niños inscritos, para todos los niños de la ciudad que padecían de enfermedades agudas y principalmente para la: enfermedades epidémicas propias de la niñez. En dicho Consultorio se provee **gratitinta-**

**mente** de medicinas que despacha la Farmacia "La Salud"

Apesar del medio, siempre hostil contra la Sanidad y de los prejuicios que dominan en la generalidad de las madres, se ha podido comprobar que el movimiento del Consultorio ha ido en aumento, año con año, puesto que haciendo una comparación de los últimos años, se nota que el número de consultas ha ido progresando como sigue:

Año de 1927 a 1928. No. de consultas .....	582
Año de 1927 a 1928. No. de <b>recetas</b> despachadas gratuitamente.....	556
Año de 1928 a 1929. No de consultas .....	<b>1342</b>
Año de 1928 a 1929. No de recetas despachadas gratuitamente.....	

te..... \_..... 1.324  
y en el año económico que **esta**  
para terminar el número de **con-**  
**sultas** ha -sirió mayor.

La importancia del Consultorio de niños es **innegable**. En **los** primeros meses riel año civil de 1298 la mortalidad por Coqueluche (Tos Ferina) era alarmante; pero **inmediatamente** que se atendió a los niños en el Consultorio y se les proporcionó **las** medicinas **adecuadas** y se dieron consejos higiénicos para **evitar** las complicaciones Bronco-Pulmonares esa alarmante mortalidad fue disminuyendo hasta reducirse casi a cero, puesto que, después solamente se contaban algunas defunciones en **niños**.

En el presente año ha habido un reerudecimienrode la Tos-Ferina en esta capital, **notándose** que desde principios del año de **1928** **no** desaparece por **completo**. El Consultorio atiende a todos las niños que se han presentado, con medicinas apropiadas según la **edad** del niño y con inyecciones de Sero Bacte ina Petussis Mixta de la Casa Mulford, que aunque **resulta bastante cara (3 dollars la caja)**, la Sanidad ha hecho este **sacrificio** a favor de la niñez.

Durante el mes de junio **EL movimiento** del Consultorio de Niños ha **sido** el siguiente:

No. de consultas .....	152
„ „ recetas despachadas gra tuitamente .....	162

Enfermedades que predominaron: Enfermedades del aparato Digestivo, Enfermedades del Aparato Respiratorio, Paludismo y Coqueluche.

El valor de las medicinas suministradas durante el mes fue de \$ 193.00.

**La Sección de Demografía Sanitaria** nos dá los datos siguientes respecto de Higiene Infantil, en toda la República (año civil de 1928):

**Natalidad** por mil habitantes 43 **S8**.

Durante el año se registraron 29.702 nacimientos, de los cuales fueron varones 15.521 y mujeres 14.181.

Mortalidad por cada mil nacimientos en niños de 0 a **1 año.3.090** siendo la proporción de 103.03 por mil.

En niños de 1 a 5 años. ...2.476.

Siendo la proporción de 83.36 por mil.

Esto nos índica que de mil niños que nacen no llegan a cumplir un año de edad 104 y no llegan a cumplir 5 años 187.38

Estas cifras, aunque altas, no se piense que obedecen a taras constitucionales difícil de **desterrar** o una degeneración de nuestro pueblo por enfermedades o vicios KO-ci.'iles. No. **ninguna manera**. Obedecen, la mayoría de las **veces á** la ignorancia de las madres y a los prejuicios arraigados **que rodean el hogar** de casi todos lo niños hondureños y que solamente una constante y tesonera labor de **educación pueden desarraigar**.

Comparando la mortalidad infantil, **que corresponde a cada mil** nacimientos, **con fa mortalidad** do las demás **repúblicas** del Continente Americano, corresponde a

Honduras una mortalidad menor que Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Méjico, **Panamá** y Puerto Rico.

Igual .con Argentina, Belice, Colombia, El Salvador y Venezuela.

Y mayor que Canadá, Estados Unidos, Guatemala, **República Dominicana y Uruguay.**

Respecto del Boletín Sanitario, solamente diremos que se ha publicado ya el número 15 y 16 correspondiente al semestre comprendido de Julio a Diciembre de 1929 y que está en prensa el número 17 que comprende el trimestre de Enero a Abril de 1930.

**Esta** publicación circula por inodo el **país**, a fin de que sea conocida por las autoridades **municipales**, por todos los **profesionales** médicos y farmacéuticos, por la mayoría de las oficinas del Gobierno, por los profesores de Enseñanza Primaria y por algunos particulares, con el objeto de interesarlos por la Higiene en general y porque conozcan la labor que despliegan las autoridades sanitarias de toda la República.

El Boletín Sanitario es muy **solicitado** de varios lugares de los Estados Unidos, América del Sur y Europa, y ya **empieza a** ser solicitado de algunas poblaciones de esta República.

Para concluir, **el Jefe del Departamento de Higiene Infantil, Dr. Romualdo B. Zepeda, excita** atentamente a los colegas de toda la **República** y principalmente a los que pertenecen a la Asociación Médica Hondureña para que em-

**prendan una campaña** de divulgación **científica respecto de** la crianza y **alimentación de** los niños, dando consejos a las **madres** sobre el cuidado de esos seres débiles y tan queridos, a fin de disminuir, lo más posible, la moralidad infantil.

El Médico tiene constantemente oportunidades, que no debe **desperdiciar**, para ir **destruyendo** esos perjuicios tan **arraigados en** la generalidad de las madres de que el niño se puede criar de **cualquier** manera, sin someterlo a ningún régimen especialmente **adecuado\* prejuicios tan difíciles** de desterrar porque son sostenidos por la autoritaria influencia que sobre las jóvenes madres tienen las abuelas y las comadres de la vecindad, que constante y oficiosamente pregonan que ellas criaron a sus hijos sin ninguna **reglamentación**, dándoles el alimento **a** la hora que lloraban, **porque** para todas las madres los **niños** siempre lloran de hambre y no *se* preocupan por investigar la verdadera causa del llanto, y que **sus** hijos se crearon sanos y robustos. Pero, si se pregunta a esas **abuelas** que con tanto desenfado manifiestan **que** sus hijos se criaron sin **ninguna** reglamentación y que ya son hombres, cuantos de ellos tienen en el Cementerio, nos convencemos de que de seis hijos aportaron a la vida conservan lamente dos o tres, es decir que el 50 o el 75% fallecieron por la **mala** alimentación y solamente **quedaron** vivos los niños que resistie-

## Disposiciones dictadas por la Junta Directiva de la Facultad de Medicina, Cirujía y Farmacia de la Republica para que tomen nota los Regentes de Farmacias

1º Hacer efectivos los siguientes Arts. de la Ley de Farmacia vigente que a la letra dicen:

"Art. 56.—El sistema de pesas y medidas que deberá usarse en las oficinas de farmacia, para el despacho de recetas, será el decimal, sin que en ningún caso puedan hacerse reducciones a otro sistema o viceversa."

"Art. 61.—Se prohíbe vender en los establecimientos de farmacia otros artículos distintos <le los medicamentos, drogas, productos químicos é higiénicos y demás objetos relacionados con la ciencia y arte de curar".

Los regentes que falten al cum-

plimiento de estos artículos, serán castigados de conformidad con la misma ley.

2o— También se les hace saber que se les **excita nuevamente** a los regentes de farmacias, para que presenten a esta Facultad sus patentes de apertura de farmacia, de conformidad con las disposiciones dictadas por la Junta Directiva de la Facultad, como medio de control para la venta libre, para que no tengan inconveniente **alguno** en la importación de sus medicamentos.

Tegucigalpa, 2 de Julio de 1930.

LA SECRETARIA.

---

ron al embate de las enfermedades Gastro- Intestinales.

Hay que laborar tesoneramente por amparar la niñez, puesto que ella representa el hombre del mañana y solamente puede realizar esa patriótica empresa instruyendo a las madres con los métodos y reglas para la buena crianza de sus hijos, anteponiendo al **empirismo** que forcejea tenazmente por no dejarse vencer, la autoridad

del Médico basada en la ciencia y en la experimentación, a fin de destruir, poco a poco, esos prejuicios que son la causa de nuestro atraso en materia de Higiene Infantil y mortalidad consiguiente. En esa labor de tan alta trascendencia para la vida de la Nación, ninguno más a propósito para **emprenderla** que los profesionales médicos.

LABOREMOS  
COLEGAS.

## NOTAS

Para Jos Angeles, California, salió en viaje de vacaciones, el Doctor Guillermo Pineda, de Trinidad de Santa Bárbara.

—  
Cónsul General en New Orleans fue nombrado nuestro apreciable amigo Doctor Federico A. Smith, saliendo a tomar posesión de su cargo en la última semana del mes.

Terrible ha sido la epidemia de paludismo, que desde hace dos meses viene azotando la ciudad capital.—En la última sesión de la Asociación Médica, se habló extensamente sobre el asunto, estando todos los Srs. médicos acordados en admitir que el caso no tenía precedentes. Se externó también la observación general de que en el mayor número de casos era el Plasmodium Falciparum el causante del Paludismo. La Sanidad está tomando drásticas medidas para combatir la epidemia.

En la primera semana de agosto regresará al país el Dr. Miguel Paz Barahona, ex-Presidente de la República y Socio Honorario de la Asociación Médica Hondureña después de cinco meses de

permanencia en París, donde estuvo bajo tratamiento médico.

E] distinguido consocio vuelve con la **salud** completamente recuperada, lo que celebramos muy sinceramente,

---

 LO QUE DICEN LOS MAESTROS

En la tuberculosis pulmonar las hemotisis son frecuentes en los adultos, raras en los niños.

En estos últimos talvez son menos raras de lo que se piensa, pues antes de siete años, el niño deglute sus esputos y la hemotisis. si es poco abundante, queda oculta. ■ Conviene establecer una distinción períodos de la infancia. La rareza es real entre la pequeña y media infancia; lo es todavía durante la primer parte de la gran infancia, es cuando menos en el momento de entrar a la pubertad. La frecuencia de las hemotisis aumenta a partir de 12 a 13 años para **las** niñas; de 14 a 15 a los para los hombres, es decir en las edades donde principia en general la evolución puberal— También en la gran infancia las hemotisis son mas frecuentes en las mujeres que en los hombres y más a menudo en relación con la menstruación.- Kobe-court.