

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Salvador Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Camilo Figueroa Dr. Manuel Larios Córdova Dr. Manuel Cáceres Viril

SECRETARIA DE REDACCIÓN:

Dr. Tito López Pinedo

ADMINISTRADOR

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año 1 Tegucigalpa, Honduras, C. A., Septiembre de 1930. Número 5

Nuestros grandes flagelos

Ya es hora de desplegar todas las actividades médicas tendientes a contener esa gran difusión de gérmenes aniquiladores de los habitantes de nuestro país. Ellos detienen, a guisa de fuertes murallas, el trote impetuoso del progreso; cercenan el 60% de la energía nacional. Nuestros trabajadores no satisfacen las ocho horas diarias legales de la porque su organismo gastado es incompetente. Los campos ansiosos de sentir la mies en sus entrañas suspiran por ella; los jornaleros con el firme propósito de cultivar algunas hectareas, truenchan los buenos deseos al peso inclemente de sus males. La PAZ y la Libertad bienes preciados por sobre lo los, no resuelven solos nuestro problema vital; el hambre es capaz de destruir las siete virtudes teologales. Los médicos, poseedores del secreto de la salud, estamos obligados, le nadie, a velar porque esta sea real, efectiva. Necesitamos que de las vírgenes selvas hondureñas brote un apóstol dulce y exquisito como el salvadoreño Masferrer, que venga a despertar estas almas dormidas, desconocedoras de los medios de alcanzar una vida útil, fecunda y bienhechora para las generaciones actuales y futuras. Las amables señoras capitalinas asociadas han puesto sobre sus blandas espaldas el pesado fardo de una campaña antialcohólica. Dios será bien generoso ayudándoles a llevar a feliz término tan noble fin. Quiera la Asociación Médica emprender la cruzada salvadora de combatir los grandes flagelos que nos azotan puniendo toda el alma, entusiasmo y conocimiento en pro de las clases desvalidas, con abstrae-

cion de todo interés mercantilista sin llevar como finalidad más saborear la deliciosa sensación de haber cumplido con un alto patriotismo y de humanidad.

Ahí están, como hienas siempre ebrias de negros designios, esas endemias, que lejos de ir desapareciendo aumentan más y más cada día el número de sus víctimas. Ahí está el feroz paludismo, ahí la disentería, la gripe, el cáncer, el parasitismo intestinal, las fiebres tifoideas, la tuberculosis diezmando nuestros poblados.

No son las recetas de **quinina** en sus diversos preparados, ni mercurio, 914, emetina, ni pociones expectorantes las que van a contener degeneración orgánica de un pueblo enfermo. No. Es preciso poseído de un elevado sentimiento, fijo solo en los venturosos y lejanos días que esperan a nuestra Patria.

Es algo tan sencillo predicar la higiene, someter a los rebeldes castigar a los infractores de las disposiciones sanitarias.

No veo un imposible para el cuerpo médico de realizar una obra agena a toda esperanza de lucro y de gratitud.

Cada uno de nosotros en los departamentos y pueblos, puede fundar sociedades de defenza contra la enfermedad y la muerte; ninguno desoiría el llamado bondadoso de los galenos para tan nobilísima empresa.

Que la Asociación Médica Hondureña, fuerte con sus miembros, contribuya con todo el potencial de energía y buena voluntad al engrandecimiento y bienestar del pueblo de Honduras, demostrando la razón de su existencia en una empresa, que de triunfar sería digna de los más verdes laureles,

Tegucigalpa, Septiembre de 1930

AMEBIASIS

Observaciones sobre la incidencia y el diagnóstico de la infección Amebiana en Tegucigalpa

Por el Dr. Manuel Larios Córdova

Quiero bajo el nombre de Amebiasis referirme a la infección con *Entameba Histolytica*. De propósito he omitido el uso del término Disentería Amebiana, porque en la mayoría de los casos a que me referiré más adelante, los síntomas principales de una disentería, como son la diarrea y las deyecciones sanguinolentas, ocupan un papel secundario.

¡Ciertos casos de Amebiasis que he observado recientemente, algunos de ellos verdaderos problemas en cuanto a su tratamiento, llamaron mi atención [sobre ciertos aspectos de esta enfermedad aquí en la capital. Estos son tanto del orden etiológico como del orden terapéutico. El hecho de que el diagnóstico definitivo requiere la ayuda de laboratorio, me hizo consultar las estadísticas de la Sanidad y del Hospital General. Estas, combinadas, arrojaron los datos siguientes: (1).

Exámenes de Heces Fecales Año Económico 1929-1930

Amebas	572
Positivos	306
Negativos.....	266
Trichomonas	93
Lambliá.....	2
tintinaría	23,803
Ascaris.....	12,511
Tenias	1,132

Tenemos pues que hay un porcentaje de casos Positivos entre los examinados por Amebas o quistes en estos Laboratorios. Estos han sido únicamente los casos sospechosos de Amebiasis, es decir aquellos que presentaban algún síntoma de ésta infección. Los exámenes de Heces por parásitos los he consignado aparte porque éste examen, tal como se hace en nuestros Laboratorios, es totalmente distinto del examen por Amebas. La técnica es la siguiente: Para Amebas: Los Heces fecales son puestas en estufa incubadora a una temperatura de 37° C y diluidas o no según su consistencia. Al cabo de una media hora

se pone una partícula de heces diluidas sobre una laminilla y se le examina al microscopio con un **cubre-objetos**. La **Entameba Histolytica** se distingue por su movilidad **característica**, sus glóbulos **rojos dentro del citoplasma**, su núcleo etc. En calos agudos, con deyecciones sanguinolentas, **el número de glóbulos rojos englobados por las amebas** puede ser considerable. Los quistes se reconocen por su tamaño muy **pequeño**, sus cuatro núcleos, su **envoltura**, etc. Si **el examen es por huevos de parásitos, las hoces** se flotan **en solución** salina concentrada, llenando **la** cajita que las contiene y cubriéndola con una laminilla. Al cabo de unos 20 o 30 minutos se examina la laminilla y se encuentran los huevos nadando en el líquido. Como *se ve* la técnica es distinta: en el segundo caso no hay incubación y bien puede una muestra contener huevos y amebas y sólo encontrarse los primeros.

Es de una importancia capital que el laboratorista que examine

las muestras sea experimentado en ésta clase de trabajo, que se pa usar el microscopio y distinguir las tres clases más importantes de amebas en el intestino del hombre: E. Histolytica, E. Coli y E. Nana. Aun así las dificultades en el diagnóstico son muchas. Hay que saber escoger las; muestras, Un enfermo puede pasar una deyección rica en amebas y dos horas, después otra en que éstas se encuentren únicamente después de un examen dilatado.

(1). Las cifras del hospital comprenden los meses de diciembre a agosto, mes, en el informe anual d United Fruit C^o de 1926, dice a este respecto; "El que trabaja en áreas donde la infección con Histolytica es común y quiera diagnosticar y tratar correctamente las variedades de trastornos gástricos que continuamente se le pre-

(1) Archivos de los laboratorios de la Sanidad y del Hospital, año económico 1929-1930.

sentan, tiene que estar preparado para reconocer ameba en las heces y **diferenciar la histolytica de** las otras amebas presentes en el intestino: E Coli, E. Butschii. Hay ciertas fases de Chilomastix, Tricomonas y otros flagelados que tienen mucha semejanza con la Histolytica."

Kofoid, de la Universidad de California, aconseja el uso de preparaciones fijadas *en fresco*, las que pueden ser transportadas para su diagnóstico en un laboratorio bien equipado. El *método* es el siguiente:

El frotis se hace en una laminilla e inmediatamente, antes de que se seque, se fija en la solución siguiente: (Licor de S-chaudinn,)

Suero fisiológico.....	65 c. c.
Alcohol Etílico	35 c. c.
Acido Acético Concentrado.....	3-5 e. c.
Solución saturada de Bioruro de Mercurio	C. S.

Después de 10 minutos en esta solución la lámina se inmerge en alcohol etílico al 70% y después de otros diez minutos en alcohol etílico al 95%. En esta solución se endurecen toda la noche y al día siguiente se transportan en un envase lleno de alcohol etílico al 70%. Estas preparaciones las llama su autor "permanentes", y las probabilidades de encontrar histolytica con este método son mayores que con el método al fresco.

Todo médico **puede** tener en un **consultorio laminillas** y un **frasco de esta solución**, aun en lugares donde no hay laboratorios, **como en los departamentos; pero no todos pueden tener microscopio u la técnica y el tiempo necesarios para esta clase de exámenes.**

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

—**Me referiré únicamente a las lesiones primarias de la Amebiasis, sin mencionar las lesiones remotas de las complicaciones. Las ulceraciones del intestino grueso** tienen su predilección por ciertos sitios. Clark en un **estudio** sobre 186 autopsias, (2) nos da los datos **siguientes; (Véase diagrama).**

Las lesiones del recto y del **sigmoide** pueden verse con el proctoscopio. En uno de mis casos las úlceras se veían con un rectoscopio corto y su cicatrización pudo seguirse **paso a paso** a medida que el **enfermo** mejoraba con el tratamiento. Los rayos X también pueden prestarnos una ayuda **invaluable** en la localización de estas ulceraciones. En **la conferencia sobre** problemas de Medicina Tropical, celebrada en Kingston, Jamaica, en 1924, por invitación del departamento médico de la

(2) Clark, H. C. "The **Distribution of Amebic Lesions in 186 Autopsies**" International **Conference on Helath Problema** in Tropical América. Boston, 1924.

United Fruit Co, Vallerino presentó un trabajo sobre el diagnóstico de las lesiones por medio de la radiografía. La lectura de su trabajo me indujo a **ensayar este método** en dos de mis casos, **pudiendo apreciar la localización** y el tamaño de las ulceraciones por los defectos de relleno visibles en el colón lleno de Bario. Las **ventajas de la radiografía** se aprecian cuando se trata **de seguir el curso** de la enfermedad después de usar tal o **cual** medicamento y me referiré **de nuevo a ellas** cuando hable del **tratamiento**. Basta decir aquí que las amebas atacan con predilección las acodaduras que **normalmente** presenta el intestino **grueso: el ciego, el ángulo hepático, el ángulo esplénico y la "S" sigmoidea.**

SÍNTOMAS.—Los síntomas de **una** infección aguda son de todos conocidos y no pasan desapercibidos. Son los síntomas de la.; afecciones crónicas, ó más aun **latentes**, sobre loa cuales quiero llamar la atención. Estos pueden ser de los más variados, ca-

yendo bajo el nombre genérico de "dispepsia" "mal de estómago", etc. El enfermo experimenta sensaciones de dolor *m* los intestinos, algunas veces **verdaderos** cólicos. Estos sobre vienen de dos a cuatro horas pu ede pues de las comidas, sin localización fija, tan luego es el derecho como el izquierdo, agudos y fugaces, es decir, de corta duración. Tales son los cólicos. Hay muchas varia de este tipo clásico, a saber: dolores localizados al sigmoide, muy intensos al defecar todo urgencia de evacuar in testíno, semejante a la urgencia de orinar producida por una cistitis. También experimentan sensaciones de mareo al levantar se o inmediatamente después comer, lo que general).: enfermo atribuye a tal o cual alimento: la carne, las grasas etc.

Uno de los síntomas más constantes es una alternabilidad entre una diarrea y constipacion intestinal. El enfermo hace tres a cuatro asientos al grandes,

grandes, con o sin dolor, para cambiar dentro de tres o cuatro días a un período de estreñimiento.

El apetito por regla general es bueno y frecuentemente el enfermo muestra una marcada predilección por los hidratos de carbono en todas sus formas: dulces, pan, etc.

La anemia, la pérdida de peso y el color amarillento de la piel de que nos hablan los libros, como síntomas importantes de una amebiasis aguda, no los he encontrado, ni creo que representen un papel importante en los casos de que me ocupo.

Nótese que no me ocupo del síntoma de la disentería más común para el vulgo: las deyecciones sanguinolentas. Este síntoma lo menciono para indicar su rareza en los casos crónicos o latentes, pero ni un enfermo portador de amebas desarrolla una desintería aguda, como pasó en dos de mis casos, este síntoma es de suma importancia y viene a ocupar el primer lugar. Pero entonces ya se trata de una Amebiasis aguda con su sintomatología bien definida, la disentería amebiana clásica de los libros, de la cual no es mi intención ocuparme.

ASOCIACIÓN PARASITARIA.—Entre otros parásitos intestinales asociados a la Ameba *Histolytica* he observado *Trichomonas Intestinalis*, *Tricocéfalos* y *Ascaris Lumbricoides*. Las *Trichomonas* son

fáciles de distinguir en las preparaciones frescas y su movilidad las distingue en el acto. Sin embargo, hay una fase del ciclo evolutivo de *Trichomonas Intestinalis* que bien puede confundirse con *Histolytica* activa, pero su diferenciación definitiva es cuestión de práctica en esta clase de exámenes. Nunca he observado personalmente *Lambliia Intestinalis* ni en las estadísticas de los laboratorios arriba citadas aparece este flagelado en asociación con *Histolytica*.

TRATAMIENTO.—Los innumerables preparados específicos contra la Ameba *Histolytica* prueban que no hay una preparación ideal para combatirla eficazmente. La emetina es, sin duda alguna, el específico contra la ameba en su forma libre, pero también es cierto que no ejerce una acción poderosa contra las formas enquistadas. En los casos crónicos de amebiasis de que me ocupo, el tratamiento que mejor resultados ha dado es el de cursos repetidos de emetina por la vía hipodérmica, combinados con lavados de Yatrén al 1 ó 2%. Estos se ponen por la noche, después de un lavado ordinario de limpieza y se repiten lo más posible, mejor aún toda la noche. La solución debe hacerse en agua hervida, a una temperatura que no exceda de 80 C. y debe usarse inmediatamente. La cantidad depende de la resistencia del enfermo y también de la lo-

calización de las lesiones, a juzgar por los puntos dolorosos al examen de palpación, imagen ra-diográfica, proctoscopia, etc. Por regla general de 200 a 500 c. c. Muhlens aconseja los lava-dos diarios al principio y des-pués cada dos días. El trata-miento dura un tiempo variable para cada enfermo, hasta que los síntomas hayan desaparecido del todo y que repetidos exámenes dé las heces sean negativos por quistes o amebas activas. La medicación por el recto es esencial para algunas autoras. Además de la acción específica de la solución empleada se obtiene la acción mecánica y térmica. El Profesor Dámaso Rivas, de la Universidad de Pensylvania, trata la amebiásis con grandes irrigaciones colónicas

de simple agua -salada a la temperatura más alta que el enfermo pueda tolerar. Otros medicamentos usados han sido; el yoduro doble dimuto y emetina, tan afamado por los médicos americanos, el bismuto a grandes dosis, el jarabe de ipeca, los arsenicales y una preparación francesa llamada mebiasina. El yoduro doble de bismuto y emetina indudablemente es excelente, pero tiene el inconveniente de producir vómitos, diarrea, nauseas, lo que hace que algunos enfermos no resistan éste tratamiento. La preparación que he usado es un producto francés llamado "Bis-metina". Si el enfermo lo resiste es un coadyuvante excelente al yatrén. Los arsenicales, el stovarso

salvarsán, etc. tienen bastantes partidarios entre los médicos que se dedican a ésta clase de enfermedades pero mi experiencia personal en ellos es muy limitada. El doctor Ricardo Alduvín dice haber obtenido buenos resultados con el acetylarsan, otro arsenical aliado al stovarsol. En el tratamiento de la amebiasis cabe, más que nunca, individualizar, haciendo de cada enfermo un caso especial, observando su tolerancia para tal o cual medicamento conforme a su constitución e idiosincrasia. Los siguientes casos ilustran aspectos de la Amebiasis: 1"— I. S. de 15 años de edad: Amebiasis que data de 8 años, Comprobada por el laboratorio desde el año 1922. Síntomas: dolores en el bajo vientre, a manera de cólicos, dolores de cabeza, mareo, diarrea por períodos de una a dos semanas. Nunca ha detectado sangre. Ha repasado todo el arsenal terapéutico recomendado para la disentería amebiana: emetina, yatren en iras, rivanol, stovarsol, etc. Exámenes hechos en la Sanidad cada semana daban siempre el mismo resultado: amebas activas y quistes, otras veces solo es quistes de histolytica. Hace dos años hubo seis exámenes negativos pero los síntomas (dolores) persistían. Tratamiento: lavados de Yatren únicamente, diarios, de 200 gmos. Al 18 lavado

se obtuvo el primer examen negativo se suspendió el tratamiento. Habían desaparecido los dolores, se sentía bien y su dieta incluía carne y otros alimentos que antes se los producían. 2o—T. Z. F. de 18 años de edad, vecina de Comayagüela. Hace seis años tuvo disentería aguda que cedió a unas inyecciones de emetina. A los dos años de eso empezó a sufrir de diarrea moderada, tres o cuatro defecaciones diarias, alternado con períodos de constipación. Ligeros dolores intestinales, de dos a tres horas después de las comidas, lo que fueron acentuándose hasta aparecer como verdaderos cólicos acompañados de náuseas y vómitos. El examen de heces dio quistes de histolytica. Tratamiento : Un curso de 12 inyecciones de emetina cada dos días, alternando con lavados de Yatren en la forma arriba indicada. Cada semana se examinaban las heces y se vio que los quistes desaparecieron desde la segunda semana, cuando la enferma llevaba 12 inyecciones de emetina y seis lavados de Ya-trén. Durante la tercer semana hubo en examen positivo por quistes, pero estos desaparecieron definitivamente, al quinto examen. Llevaba ya 21 exámenes negativos. Se ha suspendido el tratamiento por considerarla curada pero cada dos meses me manda una muestra para examen. 3"—R. M. de 56 años, vecino

de Alauca. Palúdico crónico, sifilítico, nunca había padecido de desintería. Tenía buen apetito y digería bien. Vino a consultarme sobre unos mareos al levantarse en la mañana. El examen de sangre dio por resultado Kahn positivo más 3. Examen de heces fecales: numerosos quistes, y amebas activas (pocas). Se le pusieron tres inyecciones de Salvarsán y se sintió tan bien que decidió regresar a su casa. Sin embargo pospuso su viaje porque el día anterior a la partida sintió mareo al levantarse. Este fue pasajero y ese mismo día un dentista le extrajo tres piezas dentarias cariadas. A los dos días le empezó una diarrea continua, dolores vivos en los intestinos, vómitos y gran debilidad. Fue conducido al pensionado del hospital San Felipe y un nuevo examen de heces dio este resultado: heces sanguinolentas, el campo del microscopio literalmente lleno de amebas activas con varios glóbulos rojos englobados por

éstas. En vista del pulso rápido y apenas perceptible, el médico del pensionado Doctor Samuel Molina, y yo no creímos conveniente usar emetina. Se le administró bismuto en la forma de la pasta de Ravaut y lavados de Yatrén, pero el enfermo continuó cada vez peor y murió a los siete días de su llegada al Hospital.

Este caso ilustra el hecho de i una disentería aguda superimpuesta a una amebiasis crónica, que estalló con el cambio de clima y posiblemente de resultados de la reacción producida por la extracción de las piezas dentarias, pues el enfermo tuvo una gingivitis aguda con la consecuente infección de las cavidades de las piezas extraídas.

4°—E. I. C. niña de seis años, vecina de Tegucigalpa. Habiéndosele encontrado en las heces huevos de ascaris y tricocéfalos se le dio un antihelmíntico con el que arrojó 20 lombricos comunes. Al examinar las heces después, se le hizo un

men por amebas y se encontraron quistes y amebas activas (histolytica). No tenía ningún síntoma de amebiasis y como el examen se repitiera arrojando el mismo resultado por tres veces se dispuso tratarla por medio de lavados de Yatrén, uno cada dos noches y seis inyecciones de emetina. Al terminar el tratamiento se le examinaron las heces y dieron un resultado negativo, repetido varias veces de entonces con el mismo resultado.

Casos como éste son los que llamo "latentes". Es decir, la infección está allí, pero todavía no ha producido ningún síntoma. No por eso deben dejarse pasar estos casos sin tratamiento, sino más bien aprovechar este período asintomático para atacar las amebas

5°- J. V. h. niño de 9 años, vecino de Tegucigalpa. Historia de disentería aguda en Guatemala hace dos años. Curación aparente. Ahora se queja de diarrea alternado con constipación intestinal. Después de una semana o dos de hacer de tres a cuatro deyecciones diarias, la

diarrea desaparece y el niño defeca cada tres días, sin dolor, con cierta urgencia y sin sangre. Examen de heces: abundantes quistes de ameba histolytica. Tratamiento: emetina por la vía hipodérmica y un curso de lavados de Yatrén al 2%. Lleva ya 10 lavados y se le han puesto doce inyecciones de emetina. Las heces todavía contienen quistes de histolytica.

He querido ilustrar en éstos cinco casos los principales síntomas de una amebiasis crónica. Como se ve cada enfermo presenta un cuadro clínico distinto y su tratamiento tiene que ser de acuerdo con la sintomatología e idiosincrasia del enfermo. Repito que posiblemente todas las drogas aconsejadas sean eficaces en la amebiasis. Su uso depende en la predilección y experiencia del médico por tal o cual medicamento.

RESUMEN

- 1.—La amebiasis (infección con ameba histolytica) es común en Tegucigalpa.
- 2.—La gran mayoría de los casos pertenecen al tipo de la in-

fección crónica y al de infección latente.

3.—La sintomatología es muy oscura por que en los primeros (crónicos) los síntomas son muy variados y en los segundos no hay síntomas subjetivos.

4.—Muchos casos indudablemente pasan desapercibidos, por que la escasa sintomatología que presentan no hacen sospechar al médico la presencia de ame-Vds. y el examen de heces, a menos que se haga especialmente con la mira de investigar éstos parásitos, generalmente no da la presencia de amebas.

5.—El examen debe ser hecho por un individuo experto en el manejo del microscopio y que sepa distinguir la histolítica de las amebas comunes del tubo digestivo.

6.—En la ausencia de un ex-

perto, cualquier médico práctica, aún en lugares remotos, puede hacer preparaciones "permanentes" y mandarlas a donde laboratorio de diagnóstico,

7.—No hay tratamiento efectivo contra todas las formas de amebiasis: probablemente todos medicamentos usados hoy día darán buenos resultados. La constancia en el tratamiento es la clave del éxito. En los casos crónicos es indispensable tratar las amebas por el recto así como por la vía bucal. Yatrén en lavados es el mejor método que mejor resultó" dado en mis manos.

8.—LA radiografía puede servirnos para localizar las lesiones, también para seguir resultado del tratamiento instituido.

DOS CASOS CURIOSOS

J. L. P. de 28 años, de la Villa de San Francisco, entra al Hospital General la noche del 27 de julio a ocupar un lecho en el ler. S. de Cirujía.

El 28 por la mañana lo examino y encuentro lo siguiente:

1«-Una amputación del tercio anterior de la lengua, bastante infectada, sin otra lesión de la boca.

2o - Emasculación total con herida engusanada.

3o —Una pequeña herida superficial de la cara externa de la pierna derecha.

Un hombre que condujo el enfermo al Hospital dice que el mismo se hirió.

El herido dice que no se acuerda de nada, solamente afirma [que su lesión ocurrió la víspera de entrar al establecimiento como a tres kilómetros viniendo de Flores en la carretera del norte. 1 Se le hacen curaciones antisépticas en la boca y periné; a los pocos días las heridas están curadas dejando solamente una fuerte estrechez de la uretra que le causa grandes dolores al orinar; por ese motivo le practico una uretrotomía perineal; cura completamente [y sale del Hospital. [Médico-legalmente el caso tiene alguna importancia. Que hará

la justicia para esclarecer la verdad?

Yo me he planteado los siguientes problemas para intentar aproximarme a la realidad.

1o Es el individuo J. L. P. quien se mutiló la lengua y los genitales? No, en estado normal. Si, cuando hay enajenación mental. Pero el enfermo no ha acusado ni en el interrogatorio ni durante su permanencia en el Hospital ningún signo de vesania. En favor de esta hipótesis está solamente la declaración del hombre que lo trajo.

2o Se tratará de herida accidental? J. L. P. no tendría ningún inconveniente en confesarlo; además cuesta mucho creer que un mismo cuerpo cortante o dos o más hayan producido heridas tan regulares, tan nítidas que semejan ser quirúrgicas en regiones tan distantes en órganos móviles como la lengua y los genitales.

3o Estamos en presencia de un hecho criminal? Es muy probable, pero difícil de demostrar porque nadie testimonia y el enfermo se niega rotundamente a confesar. Dice él que la víspera de su ingreso sufrió la herida, afirmación que no admitiremos por estar sumamente infectada y con grandes gusanos, lo que indica haber sido unos días antes.

No se encuentra tampoco una señal de **violencia** exterior para pensar que entre varios lo sujetaron o **forzaron** para mutilarlo. Yo pienso que se trata de **un crimen cometido** en el **individuo** dormido o narcotizado o en **estado** de embriaguez extrema. Se le hizo **primero** la emasculacion y luego para evitar su **denuncia** a la **justicia** le **amputaron** la lengua; no con gran éxito por que el individuo habla **aunque** con alguna **dificultad**, pero se le entiende. Sospecho que el silencio voluntario de J. L. P. obedece sin duda, a **un plan de venganza**, que el **tiempo quizás** nos **dirá**. *

M. V. de San Antonio de Oriente, de 40 **años de edad** **ingresa al 1er.S de Cirujia** de mujeres del **Hospital Genera**) el **14 de agosto** **quejándose de un** fuerte dolor en el **vientre**.

Dice **la** enferma que desde **hace** dos días está rabiando del dolor y llorando continuamente.

Al examen encontramos un intenso dolor provocado a la presión en la fosa iliaca derecha, exactamente en el punto de **Mac Burney**; no hay **hiperestesia cutánea**; no hay **contractura** muscular, ni **vómitos**, ni **aceleración** del pulso, ni temperatura, **no** hay **flujo vaginal**, menstruaciones **normales**. El resto del abdomen normal; lo mismo que los **otros sistemas y aparatos**.

Antecedentes personales sin importancia, a **no** ser un dolor localizado en la misma región que lo tuvo muy fuerte hace un año y

acompañado de vómitos y fiebre y desde entonces lo tiene pero **na**-ve hasta el 12 de agosto en que tuvo la crisis ya **descrita**.

Ha tenido 10 hijos y 4 **abortos**.

Reacción de Kahn positiva 4.

Diagnóstico: apendicitis crónica con acceso doloroso agudo.

Se prescribe reposo, dieta, y bolsa de hielo en la fosa iliaca.

Al día siguiente 15 el mismo estado.

El 16 lo mismo. Entonces le **hago** una apendicetomía, la e pación del ovario derecho, por estar en degeneración quística con su trompa y por último la cura radical de una hernia umbilical.

Toda la intervención pasó sin el menor contratiempo.

Y he aquí lo curioso del caso: como a dos centímetros de la inserción del apéndice al ciego encontré una fina brida tendida de una porción del meso apéndice otra en una distancia de un centimetro que extrangulaba parcialmente el apéndice sin llegar a obstruir **completamente** el canal.

Yo me explico la presencia esa brida por el proceso de peritonitis **peri** apendicular.

La enferma tuvo durante los tres días consecutivos a la operación **una** congestión pulmonar que cedió rápidamente al tratamiento adecuado y salió del Hospital curada después de 25 días de **permanencia**.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, septiembre 8 1930.

Cuidados Preoperatorios en la Apendicitis

Por el Dr. LUIS HAUTEFORT

Antiguo Jefe de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Paris
Cirujano del Hospital del Perpétuel- Secours

En este corto estudio no puede ser **cuestión del tratamiento** aplicable a los **apendiculares crónicos**. **Concretaremos al examen de la conducta** que debe observarse con los **enfermos** que, bajo el imperio de una **crisis de apenaicitis aguda** no fueron operados **inmediatamente**.

EN GENERAL HAY QUE OPERAR

Eso.* casos son cada día más raros, El acuerdo reina entre **cirujanos**: todos consideran que la **apendicitis aguda** debe **operarse** y lo más pronto posible desde el **comienzo de la crisis**. La gran mayoría de los médicos, **instruidos** por la **experiencia**, opinan de la misma manera, **pudiendo** decir que actualmente muy **pocos** son los que no consideran **esta opinión** como **regla** absoluta,

PERO XO SIEMPRE ¿Tiene excepciones esta regla? Sin la menor duda. Es el caso de una **crisis que sobreviene** a los **últimos** linimentos de una grave afección, **por** ejemplo, la fiebre **tifoidea**: este es el caso más frecuente de una apendicitis desconocida en su origen y diagnosticada **más** de cuarenta y ocho horas después de su

comienzo; es también el de una apendicitis que presenta como **prime," signo preciso** el peto de la fosa iliaca.

Pongamos un ejemplo; **un enfermo, cono sin pasado intestinal** .siente un **día** un **dolor** súbito al nivel de la fosa **iliaca** derecha, muy pronto seguido de náuseas y **luego de vómitos**. **El médico, llamado algunas** horas después, encuentra un punto de Mac **Burney** muy preciso con ligera defensa **de la pared**. **Pero el estado** del enfermo es **poco alarmante**, el **dolor espontáneo** es **insignificante**, la **temperatura de 38°5**, el pulso a menos de 90, regular y perfecto.

Este médico es temporizador o si no lo es se encuentra c-n un medio que teme **la operación de urgencia** y al que no se atreve **imponer** su voluntad. **Instituye** entonces **el tratamiento clásico**: cama, **hielo**, dieta, opio.

El estado del paciente sigue sin **agravarse al siguiente** día; al contrario, el enfermo no sufre, los vómitos desaparecieron, **la lengua** está **húmeda**, **la diuresis** es suficiente; sin **embargo**, si el **vientre** está **generalmente** suple, la fosa iliaca **derecha** no parece estar francamente **libre**; el pulso **oscila**

entre 84 y 88, la temperatura **no llega a 38"**, \use trata pues de una simple llamarada: el fuego prende y la intervención **sería una prudente medida. Pero se sigue esperando.**

Al tercer día la situación no parece haber **cambiado: el** estado general sigue satisfactorio; sin embargo, el pulso y la temperatura no disminuyeron existiendo aún un pequeño **peto en la fosa ilíaca.** El médico pierde al fin su optimismo y avisa al cirujano. **¿Qué hace éste? Si es discípulo de TE-MOIN no dudará lo más mínimo, partiendo del principio que toda apendicitis comprobada debe operarse, y aún cuando su comienzo encuentre alejado, opera. Si es menos audacioso, titubeará, pues sabe que se encuentra en el momento en que la operación presenta el máximo de peligro. Para llegar al apéndice perdido en medio délas adherencia, será necesario desencolar un epiplon inflamado, separarlas asas intestinales espesas y friables, abrir tal vez un peritoneo libre y correr el riesgo de una peritonitis.**

La prudencia se impuso. No opera. **¿Qué es lo que entonces va hacer? Su propósito es obtenerla completa resolución de la crisis y esperar el tiempo necesario para poder practicar la apendicetomía en las condiciones más favorables**

Pero esta espera es peligrosa por la suma gravedad de los accidentes que pueden sobrevenir: **reactivación de la apendicitis, desarrollo de un absceso, oclusión, peritonitis.**

Tendrá que vigilar constantemente al paciente que de no encontrarse en su servicio **hospitalario, ni en una (-Única, lo hará acompañar noche y día por una enfermera particularmente instruida instalada a la cabecera del enfermo.**

EL TRATAMIENTO TEMPOÍÍZADOR

La regla general del tratamiento es la siguiente: mantener el **intestino en reposo, reducir las fermentaciones** intestinales, más sin por eso dejar de suministrar al enfermo los elementos nutritivos suficientes para asegurar los cam-

bios vitales indispensable de manera que pueda conservar las fuerzas necesarias. El problema es de difícil solución.

Puede considerarse que el tiempo necesario para el enfriamiento de una apendicitis de mediana intensidad, son tres semanas aproximadamente, lo que **quiere decir** que el cirujano, en el ejemplo que hemos puesto, habiéndose decidido por la expectativa, no practicará la apendectomía antes **de la tercera semana. Durante los primeros** días tratará de limitar el inflamatorio; el segundo **periodo** verá de conseguir la **desinfección intestinal** y en un tercer tiempo, pondrá al enfermo en condiciones **para** ser operado. Por esto, el tratamiento de la apendicitis comprende tres estadios.

LIMITACIÓN DEL FOCO INFLAMATORIO.

En el primer estadio que dura ¹ cinco a ocho días según el estado general del enfermo y los síntomas locales, se tratará de asegurar el descanso **del intestino que** se obtendrá con el *reposo, el hielo, el opio y la dieta.*

Al hablar de reposo en materia de apendicitis, refiérase uno al *re:*

poso absoluto en el lecho sin autorizarlos menores movimientos espontáneos: **ni flexión** del tronco ni **de las piernas**, pero sobre todo **ninguna** contracción **abdominal.** La aplicación del *hielo* es de **absoluta** necesidad, lo que se hará con **una ancha** vejiga (1) que es preferible **extender** bien **sobre** el vientre. Es indispensable que **la vejiga contenga** constantemente hielo para que los dolores sean calmados y **reducidos los** movimientos **peristálticos.** Gracias a esta **rigurosa vigilancia** podrán **disminuir las** dosis de opio.

El *opio* es un medicamento heroico pero ofrece sus **peligros.** **Cuando** el dolor es muy intenso no caben dudas, hay que recurrir a la **inyección** de un **centímetro cúbico de solución** de morfina al 1%, **Pero cuando el dolor espontáneo está** calmado o **se hace soportable,** entonces el opio solo debe emplearse para disminuirlas contracciones del tubo digestivo. Para esto no debe recurrirse a su alcaloide, **se empleará el opio** puro en forma de extracto de opio (**diez centigramos en veinticuatro** horas; al adulto) que se administrarán en forma de píldoras o de supositorios. No aconsejaré en cambio

los lavados laudanizados susceptibles de provocar contracciones en el intestino grueso.

En el niño (jamás antes de los dos años) debe emplearse con suma prudencia y al estado de gran dilución (elixir paregórico, jarabe de diacodión).

Más de todas maneras, hay que reducir las dosis progresivamente pues el apendicular puede tener un hígado insuficiente o ser dudosa la permeabilidad de su riñón.

Por otra parte, el empleo del opio favorece la constipación y esta constituye al cabo de unos cuantos días un peligro que será necesario combatir.

La *dieta* a que debe ser sometido un apendicular será muy rigurosa. **Será** absoluta en tanto que el enfermo tenga vómitos; apenas si la enfermera puede, de hora en hora, humedecerle los labios con un poco de agua. Pero como a toda costa hay que evitar la deshidratación y asegurar la diuresis, es conveniente desde el comienzo recurrir a las inyecciones de suero, suero fisiológico y suero glucosado, La dosis necesaria para un adulto parece ser de

11500 cc. por veinticuatro horas.

El suero no debe administrarse por vía rectal en los primeros días.

Debe por consiguiente recurrirse a las inyecciones subcutáneas y preferentemente a las crúales.

Más si estas inyecciones son muy dolorosas o si por el estado del enfermo son necesarias mayores dosis de suero, las inyecciones serán en este caso submamarias;

entre la glándula y la aponeurosis del gran pectoral *pues* el tejido celular es muy flojo resultando fácil la inyección de un liiro de suero bajo cada una de las mamas. Si no obstante esto la diuresis t

suficiente o sí el enfermo prea signos de desnutrición, no debe titubearse y se recurrirá a las inyecciones intravenosas de suero u'lucosado y si necesario, de suero

glucosado hipertónico.

Además, cuando vómitos y náuseas **hayan** cesado, se instituirá la dieta hídrica: se autorizará al enfermo para beber agua pura a cucharaditas de las do café primeramente después, a cuchara de las de sopa, esto c;(ia hora j luego cada media hora. Sin perar demasiado se recurrí,

las tisanas y al tercero o cuarto, día, caldo de hierbas. Por lo referente a dosis puede tomarse como base los 1.500 cc. de líquido necesarios para el adulto, completando con suero lo que el enfermo no toma por vía gástrica.

Bien *reglado* el empleo del suero, se puede perfectamente mantener al enfermo en un estado satisfactorio durante unos cinco a ocho días. Además, nada más fácil para asegurar la resistencia del paciente que recurrir a los tónicos inyectables, principalmente al aceite alcanforado; si es necesario se recurrirá francamente a los tónicos cardíacos

EVACUACION ESTERCORAL

De esta manera se pasó el primer período sin incidentes. La temperatura se ha aproximado de la normal, la fosa ilíaca es casi suple y el enfermo expulsó sus gases. Mas he aquí que el termómetro marca una ascensión térmica de algunas décimas de grado-Medico y cirujano se ponen de acuerdo; este *ascenso* térmico de por sí sin importancia, pone de la necesidad de la eva-

ción del intestino, pero ellos no ignoran los peligros del purgante. Con timidez primero, tratan de obtener un resultado con uno, luego dos y después tres supositorios de **glicerina**. Si se obtiene una pequeña evacuación todo va bien y veinticuatro horas después administrarán un purgante aceitoso. Pero si el resultado es nulo, ¿qué hacer? ¿Un gran lavado? No. Se prescribe un lavado de 100 a 150 cc. *con poca presión*, de **infusión de malvavisco** o de agua glicerinada o **mismo** de aceite de oliva. Por mi parte, con frecuencia hago instalar un gota a gota rectal con salida acelerada y antes que hayan **pasado** 200 cc, el enfermo experimenta **casi** siempre la necesidad de evacuar y expulsa la inyección con algunas materias.

En todos los casos, su intestino ha seguramente reaccionado y una segunda instalación administrada algunas horas después por medio de una sonda de Nélaton que, si la sonda no se enrosca, introduce los 200 cc. de líquido en la parte alta de la ampolla rectal lo que provoca la evacuación.

Si con estos medios no se obtiene resultado 'no quedara entonces mas remedio que el recurso al purgante y entre el menos nocivo de entre ellos, el aceite de ricino. En cualquier forma que se emplee hay que hacerlo en dosis fraccionadas: 5, 10, 15, 20 gr.

Los esfuerzos tuvieron por fin éxito: el colón está desocupado. A partir de este momento hay que vigilar la libertad del intestino. Salvo incidentes que obliguen a volver atrás, se suprime el hiel, el opio y la dieta. La supresión del hiel y oí opio es cosa fácil, pero la alimentación tiene que reglarse.

Hay que comenzar por una alimentación semilíquida para lo cual se hace esperar un poco el caldo de hierbas, bien esmagando y tamizando las legumbres que sirvieron para su preparación, o añadiéndole un poco de tapioca o harina y muy pronto algunas patatas.

Pero el enfermo se cansa enseñada del caldo de legumbres, Si le gusta la leche admirablemente pues será fácil el cambio de me-

nus. Es muy posible que haya mochos médicos que teman algo su empleo que en realidad e independientemente de la constipación que provoca en algunos enfermos no só que haya causado perjuicios (ion cierta frecuencia y antes mismo de la liberación del intestino he dado al enfermo pequeñas cantidades de leche mezclabas con agua de Vals.

Luego vendrán las sopas de leche, tapioca, papillas, harinas lacteadas. Si al enfermo no le gusta la leche tal vez acepte el kéfir, o mejor aún el café o té con leche.

ANTISEPSIA INTESTINAL.

Y ahora entramos francamente en el tercero período del tratamiento que servirá para preparar al enfermo para la operación haciéndole recuperar las fuerzas perdidas, asegurando la libertad del intestino y en lo posible, su desinfección.

A partir de este momento ya no será cuestión de sueros ni medicamentos tónicos.

No obstante se trata del convaleciente de una enfermedad que

no está curada, más si solamente aletargada. Hay que reanimarlo suficientemente pero con mucha prudencia, aumentando **progresivamente** la **cantidad** de alimentos pero prohibiendo aquéllos que pudiesen ser nocivos.

Ante todo hay que prohibir **la** carne y al final de la tercera semana se consentirá que tome **un** poro do pechuga de pollo, filetes **de** lenguado o **pescadilla**, pero de torio esto hay que abstenerse antes de este momento lo mismo que **rie** **los** huevos que son por lo menos tan nocivos como lo demás.

Se prohibirán también las legumbres indigestas, (col, col fermentada) y los **feculantes** de fermentación excesiva (habichuelas, **lentejas**, guisantes).

Los huesos fermentados, dulces frescos, chocolate bajo todas sus formas inexorablemente eliminados.

¿Qué queda entonces a nuestra disposición? Leche, legumbres y frutas. **Régimen** estrictamente hídrico al principio, luego **hidrolacteado** reemplazado después por el régimen lácteo vegetariano: **leche**

y lacticinios, quesos frescos, yogurt, cremas, entremetes sin huevos;—legumbres tales como puré de patatas al agua, espinacas, zanahorias, ensaladas cocidas;—frutas **cocidas** en compola o confitura, frutas crudas muy maduras (pavías, peras, uvas, naranjas, plátanos), completando el régimen con al guna pasta seca en vez del pan o tostados de pan asadas al horno.

Gracias a este régimen y si es necesario un poco de aceite (aceite de ricino a las dosis de 5 a 10 gr.), **o** de aceite de parafina (10 a 20 gr.) se asegurará la evacuación del intestino.

Puede considerarse que la evacuación del intestino grueso, **el** "colector" del tubo digestivo, es suficiente para desinfectarlo, más no obstante, me parece de gran interés completar esta desinfección con un tratamiento antiséptico para atacar las colonias microbianas que, a causa de la infección inicial y de la estancación **de las** materias, pulularon en el intestino. Para esto administro al enfermo

el benzonaftol (2 a 4 gr. por **veinticuatro** horas) en forma de sellos.

Creta **preparada** **aa 0,25 cgr.**

Magnesia calcinada

Brnzonaftol 0,50

Sobre todo cuando los **enfermos** tienen Fermentaciones intestinales que les causan grandes molestias. O sino le hago tomar 4 a 6 **pildoras** por día de *Gryptatgol*, El Cryptargol que es poco toxico y nada **irritante me parece un buen antiséptico de las mucosas gástricas intestinales.** Por mi **parte lo empleo** corrientemente en los **tratamientos preoperatorios de** los enfermos que tienen que ser operarlos del tubo digestivo **¿Debe recurrirse** al tratamiento vacunal? Nunca **lo he empleado** durante una **apendicitis aguda**, pero lo empleo voluntariamente por lo menos en los **casos graves. Indudablemente**, si la situación es alarmante abandono la expectativa y opero.

Que **esto** pues nos sirva de conclusión. En los casos en que, **por causas** independientes de nuestra voluntad nos hemos visto) obligados a temporizar, recurrimos **a todos** los medios para conseguir el enfriamiento de la **apendicitis aguda.** Pero según una antigua **expresión**, la expectativa ha de ser armada" y a la **menor alerta**, el tratamiento médico cederá el paso al acto operatorio.

Si la noción de sífilis, enfermedad de la Raza, puede eximirnos de los tratamientos disimulados, ine-

ficaces, y llevamos al tratamiento al descubierto, infinitamente más saludable, yo acepto esa noción por su valor pragmático y la propago.

FRUHJNSn

La tuberculosis renal es revelada por la clínica (sindrome de cistitis en un antiguo tuberculoso); confirmada por la cistocopia. Lesiones vesicales y alteraciones de uno de los orificios uréterales localizada por el cateterismo uréteral (deficiencia relativa de la tasa de urea por litro.)

LEGUEU.

Los diferentes métodos terapéuticos llamados antichoc en las manifestaciones de anafilaxia humana, no (Insensibilizan. Acostumbran solamente el organismo al shock.

Pastear VaUery Raiiot.

EL SONDAJE DEL CORAZÓN

Por el Dr. JOSÉ STELLA

Es sabido que Forssmann, a fines del año último, concibió la idea, llevada a la práctica en su propia persona, de cateterizar la aurícula derecha de] corazón, valiéndose de una sonda ureteral] de las usualmente utilizadas para la pielografía. **Por** un lado, sus investigaciones sobre el **cadáver** le había enseñado la **facilidad con** que el catéter, **introducido** a través de cualquier vena del **pliegue del** codo, arriba a la aurícula derecha, sin encontrar en todo el trayecto venoso el menor **obstáculo**. De otra parte, ningún argumento de serio peligro le invitaba a desistir del intento, a primera vista, temerariamente atrevido.

En el ensayo inicial **Forssmann**, auxiliado por un colaborador, soporta sin ninguna molestia la penetración de 35 centímetros de la sonda ureteral número 4 de Charriere, introducidas por la pequeña incisión practicada en la vena cefálica del brazo izquierdo: la radiografía le prueba que el catéter había llegado al hueco axilar. Una semana mas tarde reanuda por su cuenta la experiencia, sin ninguna colaboración; previa anestesia, local, se introduce a través de la punción venosa 65

centímetros de sonda, longitud en que de antemano había calculado la distancia del corazón al pliegue del codo; sin experimentar **sensación alguna desagradable** ni sufrir la más leve molestia, se traslada por su propio pie desde la sala de operaciones a la de rayos X, donde valiéndose de un espejo comprueba por radioscopía la presencia de la sonda en **la** aurícula derecha; la radiografía testimonia **documentalmente** el éxito de la auto experiencia.

Con posterioridad, repite la tentativa sobre una enferma en colapso por peritonitis generalizada de origen apendicular. Funcionada la vena en el pliegue del codo, el catéter penetra los 30 centímetros, a cuya distancia encuentra cierta resistencia, fácilmente salvada con la elevación del brazo; continúa la **introducción** hasta los 60 centímetros e inyecta en una hora un litro de suero con dos miligramos de adrenalina y un miligramo de estrofantina, terminando con la inyección de un cuarto de centímetro cúbico de **citrato de sosa**. En algunos instantes el pulso y la respiración mejoran notablemente y la enferma sale del estupor sincopal; pero a las tres horas el estado se agrava

va de un modo alarmante, sobreviniendo la muerte a despecho de otra nueva inyección. La autopsia comprueba que el catéter dejado en lugar durante las seis horas y media de supervivencia había pasado a través de la aurícula derecha, penetrando dos centímetros en cava inferior.

Precursoras de estas investigaciones pueden considerarse las de Unger y Loeb sobre terapéutica intraarterial en cuatro personas partiendo del sondaje de venas del brazo y muslo, y el caso inédito comunicado recientemente por Unger a Forssmann, en que aquél pretende haber practicado—sin la garantía del control radiográfico—el sondaje del corazón de su colega Bleichroder. En el terreno experimental, Christeller y Eisner resumen los resultados obtenidos en los animales con el método de Unger.

Jiménez Díaz comunica recientemente a la Academia Médico-Quirúrgica Española la facilidad con que logra el sondeo de la aurícula derecha a lo Forssmann, sin el menor contratiempo, en un enfermo de sífilis del sistema nervioso en buenas condiciones circulatorias.

Sugestionados por estos trabajos y tan convencidos de la utilidad terapéutica del procedimiento, como de su indudable sencillez y evidente inofensividad, retrasamos, sin embargo, nuestras imitativas hasta poder inaugurar sin el menor escrúpulo, esto sobre enfermos de extrema gravedad, mantenida por lesiones cardíacas irreparables y rebelde a la terapéutica más enérgica. Por ello, previa copiosa documentación experimental y anatómica, elegimos para nuestro primer ensayo un enfermo de once años en plena asistolia, despertada una insuficiencia mitral de reciente abolengo reumático, que vino a injertar sobre un corazón de a mano diagnosticado de comunicación interventricular congénita. En nuestra segunda observación se trataba de una enfermita (nueve años) de estrechez mitral, mantenida en rebelde ('escomisión por un infiltrado primario de región biliar de pulmón derecho.

En ambos casos la cateterización de la aurícula se practicó con insospechada facilidad y absoluta tolerancia de los enfermos, que la soportaron admirablemente, sin la menor molestia ni el mas

ligero trastorno. Pero, además, ambas insuficiencias; desesperadamente tenaces a la heroica medicación hasta entonces utilizada, mostraron cierta docilidad a la terapéutica intracardiaca, la más seductora perspectiva de las numerosas que ofrece a la clínica contemporánea el sondaje del corazón.

Autorizados por tales resultados, seguimos recogiendo sin ningún contratiempo nuevas observaciones de cardiopatas en descompensación menos avanzada sometidos al cateterismo cardiaco con fines exclusivamente terapéuticos.

* » *

Forssmann simplifica la técnica, reduciéndola a la elemental sencillez de la punción venosa. Se vale para realizarla de una aguja de grueso calibre, el suficiente para que su luz deje paso a la sonda ureteral número 4 de la escala de Charrière. Punciona con ella, no importa qué vena (la más accesible) de los pliegues del codo de cualquiera de los dos brazos, preferentemente del izquierdo, ya que sus investigaciones anatómicas le han probado la menor facilidad en la penetración del catéter partiendo de venas del codo derecho.

Cuando la salida de sangre anuncia la situación intravenosa de la aguja introduce a través de pila el catéter opaco, previamente barnizado de aceite de olivas estéril. Pretende con este último debite prevenir la trombosis, y

lo considera preferible a la **parafinización** por entender que en caso de embolia las **lipozimasas** pulmonares **solubilizarían** mejor el aceite de olivas que cualquier aceite mineral.

Impulsa, por último, la progresión de la sonda a **lo largo** del trayecto venoso, **hasta** los 60 ó 65 centímetros, distancia que, aproximadamente, separa en el adulto el corazón del pliegue del codo, comprobando entonces radioscópica o radiográficamente la situación **intracardiaca del cabo de la sonda**.

Fácilmente se comprende la imposibilidad de aplicar a las primeras edades de la vida este procedimiento rápido y sencillo. El sistema venoso, escasamente desarrollado en niños de ocho a diez años, no ofrece vasos de calibre suficiente para practicar la punción ciega con agujas de tres o cuatro milímetros de diámetro. Por ello nos hemos visto obligados a acudir en el sondaje **auricular** de estas edades a la flebotomía al descubierto, bajo anestesia local, de una vena del pliegue del codo perceptible al tacto o a la vista.

En ninguno de nuestros casos hemos tropezado con la más débil resistencia en la penetración de la sonda, terminándola en todos ellos voluntariamente cuando la longitud introducida o la imagen radioscópica nos garantizaron su llegada a la aurícula derecha. Es mas, en algunos enfermos en que premeditamente traspasamos con amplitud la distancia calculada

para llegar al corazón, hubimos de suspender el ensayo, sin encontrar obstáculos o dificultades, por exclusivas razones de prudencia.

Durante la práctica del sondaje el pulso conserva su frecuencia, ritmo y tensión normales; la respiración persiste amplia y regular, y el enfermito, libre de toda sensación desagradable, conversa tranquilo con las personas que le rodean. Y esto no sólo en los cateterismos rápidos, sino también en aquellas observaciones en que hemos dejado colocada la sonda durante cuarenta o cuarenta y cinco minutos, cambiando repetidas veces la posición al enfermo para obtener radiogramas en distintas proyecciones. Los enfermos cuyo proceso lo permitía se levantaron de la mesa sin necesidad de ayuda, marchando por su pie desde el apartado de radiología a su casa o a la sala de la clínica.

La progresión de la sonda puede seguirse fácilmente bajo la pantalla radioscópica y en todo caso la radiografía registra con completo detalle su penetración en la aurícula derecha. Pero la lectura de los clichés puede conducir a ciertas confusiones en enfermos, como los nuestros, antiguos asis-

tólicos de aurícula derecha enormemente dilatada; en tales casos la imagen radiográfica proporciona la aparente impresión de que el catéter ha pasado al ventrículo. Aparte de que con alguna práctica en la interpretación de cardiografías el error no es posible, no está demás advertir que el paso de la sonda de aurícula a ventrículo debe tropezar con grandes dificultades, ya que no ha sido jamás observada en el enfermo. Forssmann, que la consigue fácilmente en sus investigaciones anatómicas, descubre con extrañeza en la autopsia de su única tentativa clínica que el extremo del catéter había pasado de la aurícula a la cava inferior, y no al ventrículo, como ocurría en el cadáver. No nos explicamos la extrañeza de Forssman si no es olvidando, como él, que la situación y calibre del orificio aurículoventricular en el corazón dilatado de un asistólico ofrece peores condiciones de paso que la ancha desembocadura de la vena cava inferior y que el cierre intermitente del sistema valvular opone una barrera casi continua a la penetración de la sonda. Esta, que sigue la pared de la aurícula adosada a ella por la pre-

sión intracardiaca del torrente circulatorio, encuentra inmediatamente subyacente al orificio de la cava superior, que le brinda una salida amplia y libre de tropiezos. Por ello, siempre que se prosigue la impulsión, una vez llegada la sonda a la aurícula, su extremo desciende por la vena cava inferior, sin conseguir nunca cateterizar el ventrículo, como prueba documental del hecho, repetidamente probado en nuestra práctica, presentamos las radiografías de dos enfermas en las que se observa el arribo del pico de la sonda a la porción infradiaphragmática de la cava. En cierta enferma el extremo del catéter ha llegado sin dificultades a la vena cava renal derecha, con tolerancia absoluta y curso posterior normal. El campo de utilidad del sonda-cardiaco se presenta plagado perspectivas a cuál más interesantes. Pero, sin duda, su utilización como medio de realizar la terapéutica intracardiaca, destaca la cabeza de todas las aplicaciones aprovechables. Ningún clínico discute actualmente los efectos maravillosos de la inyección intracardiaca de adrenalina, recurso supremo de los agotamientos agudos del miocardio, responsables de la muerte sincopal. Mas todos convienen, al orar las indicaciones, en que - peligros e inconvenientes hacen de ella una medida heroica de terapéutica de última hora. No ya el método primitivo de Winter,

que punciona el ventrículo izquierdo al precio de la transfusión del pulmón y con grave riesgo de lesionar vasos y elementos nobles; aun la técnica más inofensiva y universalmente aceptada de Szu-binki y Vogt no está libre de inconvenientes; el hemopericardias por lesión vascular (Henchen), fenómenos de "shok" pericardico e incluso la lesión de elementos diferenciados, distan de constituir accidentes excepcionales. Ello justifica el que se retrase la práctica de la inyección, con perjuicio evidente de sus resultados; porque es indudable que, aun ejecutada dentro de los diez minutos siguientes al último latido perceptible-límite máximo para poder alcanzar beneficio (Petit-Dutailis, Crile, Cheinisse, etc., etc.),- las probalidades de éxito crecen proporcionalmente con la precocidad de la aplicación. Entendemos que el sondaje cardiaco constituye el medio que facilita con entera inocuidad la inyección intracardiaca de adrenalina, multiplicando las posibilidades de éxito con la precocidad de su aplicación. Por otra parte, la pretendida acata mecánica, a que se atribuye después de las experiencias de Gohrbant algún derecho en los efectos beneficiosos de la inyección intracardiaca, parecen más manifiestas y menos peligrosa en el método que nos ocupa. La terapéutica de la crisis anginosa debe, pues, de dirigirse a anular los tres elementos patogénicos a que, en último término,

se da intervención en todas las teorías: la ruptura del equilibrio circulatorio del corazón, los reflejos vagosimpáticos secundarios o sobre añadidos, la fatiga parálitica final del miocardio. Para lo primero, los vasodilatadores; para bloquear el arco reflejo, la atropina, que practica a modo de una vagotonía incruenta; para restaurar el inotropismo agotado de la célula, la inyección por sondaje de la aurícula de cualquier preparado de estrofantó, preferentemente de ouabaina de Arnaud, que constituye su glucósido más activo, la estrofantina más enérgica. Se comprende que la necesidad de una acción cardiotónica idealmente urgente y enérgica es bastante para justificar el sondaje durante la crisis. Al lado de la asistolia fulminante, las insuficiencias agudas o crónicas, francamente rebeldes a la terapéutica habitual, son, a nuestro modo de ver, tributarias de la medicación directa, abordable mediante el cateterismo cardiaco. Si no fuera suficiente que el mecanismo de acción de los cardiotónicos, más provechosos y

ordinariamente utilizados, presenta, como norma insuperable, administración directa sobre el mismo centro circulatorio, conviene tener presente el tiempo precioso si, para los resultados, que tal medida economiza y la garantía que supone ante exigencias de dosificación rigurosa. Las mismas cosas intravenosas no dejar abrigo de errores, en cuanto el estasis circulatorio impide el tiempo preciso y grado exacto de concentración a que actuará el tónico sobre fibras y plexo cardiaco. Ya Schultze propuso ampliar las indicaciones de la inyección intracardiaca a todas las asistolías justiciables de un tratamiento urgente y heroico, aduciendo en defensa de tal tesis el sorprendente éxito alcanzado en una niña, grave cardiópata valvular con trastornos de compensación rebeldes a otra terapéutica, cedieron después de 15 inyecciones intracardiacas de estrofantina. Sin duda pecaba de audacia criterio de Schultze; pero una medicación osadamente atrevida por peligros de técnica puede devenir

fiable para el espíritu más escrupuloso al suprimir los peligros del método de administración. Al apoyo de nuestra manera de ver, hemos recurrido al cateterismo en dos casos **de grave** tolia, inyectando en la aurícula derecha dosis algo intensas de digital (1 c. c. de digaleno) y estrofano (un cuarto de miligramo ouabaina), respectivamente; los excelentes beneficios logrados nos animan a persistir en su empleo, extendiendo el campo de aplicación. A ello nos proponemos *dedicar en* breve plazo un trabajo aparte mejor documentado. Se vislumbran, una porción **de derivaciones** diagnósticas sumantes y sugestivas; electrocardiografía directa, examen radioscópico del régimen circulatorio del corazón, valoraciones tensionales inmediatas, cronaxia, etc., etc., representan promesas del sondaje auricular que la investigación ira proporcionando progresivamente a la Clínica. Aparte de estas aplicaciones terapéuticas y diagnósticas, que por inmediatas resultan, a primera

vista, especialmente seductoras, el cateterismo ofrece perspectivas **acaso** más trascendentales, abriendo nuevo camino al estudio del metabolismo y **demás funciones del corazón**. Sí, **como esperamos**, la inocuidad queda **definitivamente** sancionada, con el aval de **crecidas estadísticas, dada su sencillez** técnica, el procedimiento **podrá** repetirse con **idéntica prodigalidad** que una punción **raquídea**. Con **semejante temor supersticioso acogieron** los **clínicos** la llegada de la punción **lumbar, que es hoy procedimiento de exploración** corriente, cuyas **aportaciones han aclarado el misterio de la tercera** circulación.

No creemos aventurado suponer que el caso se renueve, **repitiéndose una vez más sea constante paradoja que impulsa el progreso** continuo de la Medicina. **La Patología ha actuado en numerosas** circunstancias de lazarrillo **de la Fisiología; no sería, pues, la primera ocasión** en que el clínico sirviera **de cicerone al fisiólogo**. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, Mayo 10; 1930.

(De la Revista de Medicina y ('Cirugía de la Habana.)

La forma común de la angina de pecho

Conferencia dictada por el Dr. Blondel en el Servicio del Prof.
Lian

Señores: Hablaré sobre la angina de pecho, bajo el punto de vista puramente clínico, para mostraros las dificultades de este síndrome, frente al problema del diagnóstico. Abordaré rápidamente la patología, para tratar en conjunto las distintas modalidades bajo las cuales puede presentarse la angina de pecho, y como he dicho, consideraré este síndrome bajo un punto de vista puramente clínico. Vosotros sabéis que la angina de pecho es un síndrome que asido motivo, bajo el punto de vista clínico, de múltiples controversias entre los cardiólogos. La dificultad de este síndrome con respecto al diagnóstico es algunas veces extrema, y esto debido a una triple causa. Primer punto: Es un síndrome subjetivo y únicamente por el interrogatorio puede llegarse al diagnóstico. Segundo punto: Es un síndrome subjetivo a límites imprecisos; entre la angina de pecho y ciertas algias cardíacas, existen todas las transiciones. Tercer punto: Es un síndrome subjetivo en el cual, bajo el punto

de vista físico, como la auscultación del corazón, no hay signo alguno que la revele. Es muy difícil hacer un diagnóstico preciso de la angina de pecho, porque es únicamente sobre el interrogatorio donde podemos basarlo. En efecto: el examen clínico nada muestra bajo el punto de vista cardíaco y sólo las referencias del enfermo nos conducirán a formularlo. La angina de pecho, lo ha sido descripta por Lignon Sansón y por Heberden. Ha sido luego motivo de numerad trabajos, en particular de Makenzie en Inglaterra y aquí, Francia, de Vaquez, Lian, Laubry y sobre todo de Gallavardin. Hay que citar la comunicación de Gallavardin al Congreso de 1925, que es uno de los capítulos mas notables sobre la angina de pecho. Relata sus observaciones exclusivamente personales, en un buen francés, siendo una obra altamente interesante. La angina de pecho es un síndrome caracterizado por dolores en la región supraesternal panados de irradiación hacia brazo izquierdo y de uñas en

de angustia, de muerte inminente. No hay que disociar, como lo ha hecho *Vaquez.*, en la anilina de pecho, una angina de esfuerzo y **ana** de decúbito; os esquematizar demasiado.

Lo que hay de característico en la angina de pecho es la angina de esfuerzo; este esfuerzo siempre lo encontraréis bajo modalidades diferentes y es lo que tiene más interés para el diagnóstico. Este esfuerzo, bajo el punto de vista cardíaco, no es únicamente una larga marcha, la subida de una escalera; también lo constituye una emoción, el acto de acostarse; por consiguiente, es necesario investigar en el anginoso la naturaleza del esfuerzo que ha desencadenado su crisis,

Vaquez ha descrito la angina de esfuerzo de una manera **admirable** y nosotros tomaremos esta angina de esfuerzo como el tipo de nuestra descripción.

Se trata, en general, de un sujeto que después de un esfuerzo cualquiera, el más típico es la marcha, especialmente después de haber comido, pues la digestión aumenta el esfuerzo, es atacado súbitamente de un dolor en garra en la región superior del corazón, la que corresponde a los grandes JS; el sujeto se detiene al sentir la iniciación <(e este dolor, e (listamente éste desaparece, pero si continúa su marcha este se intensifica y lo "clava en su lugar". Al mismo tiempo este dolor se irradia por el brazo izquierdo, siguiendo la zona de inervación

cubital y aparece una sensación **atroz** de angustia y muerte próxima.

Insisto sobre este dolor que es **una sensación** de constricción torácica que impide la marcha y clava al enfermo en su sitio y en **la posición** en que este dolor le ha sobrevenido, siendo esto característico.

Hay que recordar la historia referida por **Laubry** de un coronel que estando en la guerra, en momentos de partir, hallándose apoyado sobre el parapeto de una trinchera, las balas llovían de todas partes, mientras el coronel, con la admiración de todos, permanecía de pie entre la metralla mientras todo el mundo se ocultaba protegiéndose del fuego. Y bien; este coronel en ese instante tenía una crisis de angina de pecho y malgrado las balas y el peligro que corría, no podía hacer ni un movimiento: estaba clavado en su sitio.

En la consulta diaria, si hacéis precisara vuestros anginosos, os dirán que si un tranvía o **auto** se precipitan sobre ellos en el momento de un ataque, se quejarán inmóviles en sus sitio sin poder dar un paso.

Yo no insisto tanto sobre el dolor, sobre la sensación de **constricción** y angustia que lo caracteriza, pero insisto sobre el hecho que *este dolor inmoviliza, los petrifica y este es un sinfonía característico que permite de entrada hacer el diagnóstico de angina de pecho*. Examinando el enfermo durante

crisis de angor, nada encontraremos. El pulso es normal, la tensión arterial puede elevarse algunas veces y se ha discutido para saber si la crisis de angor era la consecuencia de una ola hipertensiva.

Después de algunos segundos, en general después de cinco minutos, el dolor disminuye, la angustia cesa progresivamente, el enfermo se siente mejor, y de esta crisis temible no conserva más que un vago recuerdo. Retomará nuevamente su camino, teniendo cuidado de moderar la marcha para evitar una nueva crisis.

Tal es la crisis de angina de pecho bajo su aspecto más típico. Cuando estamos en presencia de un enfermo, atacado de una crisis con esta sintomatología, el diagnóstico se impone y es absolutamente evidente.

Desgraciadamente está lejos de ser siempre así, y es interesante estudiar las numerosas formas clínicas de transición bajo las cuales puede presentarse la angina de pecho, para mostraros las dificultades que para el diagnóstico pueden crear tales síntomas. Conocido es el temible pronóstico que comporta la angina de pecho.

Hay formas clínicas que es necesario conocer. En ciertos casos es frecuente que el dolor, en lugar de comenzar por la región tonifica, lo hace por el brazo izquierdo, con sensación de hormigueo y constricción que impide la marcha. Existen dolores que no-localizados al brazo izquierdo, sino en el derecho o en la región escapular; hay formas acompañadas de dolor en la muñeca y que se exacerban pocos instantes después.

Otras formas, más fáciles de conducir en error, en que el dolor en lugar de asentarse en la región torácica superior asienta más abajo, en la región del epigastrio, admitiéndose en estos casos que se trata de angina abdominal.

Hay formas según la intensidad del dolor: formas ligeras en que el enfermo no siente más que una ligerísima constricción torácica que le impide marchar ligero, moderando su marcha, pero permitiéndole hacer algunos pasos. En otras, por el contrario, se tiene el dolor atroz que le clava en su lugar por algunos segundos, impidiéndole avanzar; es de tal modo intenso que el enfermo nada puede hacer, ni un movimiento.

durante cinco, veinte o veinticinco minutos.

Al lado de este angor de esfuerzo existe otro extremadamente interesante: el angor nocturno, descrito por Vaquez con el nombre de angina de decúbito.

Hablando con propiedad, el angor de decúbito no es más que una manifestación de la insuficiencia ventricular izquierda. Pero el angor nocturno es otra cosa, es un verdadero angor de esfuerzo. El acto de acostarse impone un esfuerzo para el corazón capaz de orginar una crisis anginosa. El enfermo que al dormir tiene una pesadilla, implica un esfuerzo cardíaco capaz de desencadenar la crisis.

En el angor *do* decúbito todo esfuerzo falta, pudiéndose tener crisis anginosa sin ruido de galope ni otros signos de insuficiencia Ventricular izquierda.

Sobre esto, Gallavardin ha insistido combatiendo la estrechez de la teoría del Profesor Vaquez. Laubry, alumno de Vaquez, combate la teoría de su antiguo maestro, admitiendo la teoría más amplia preconizada por M. Lian, indicando que la teoría de Vaquez que halla adeptos por su simplicidad y esquematismos, está lejos de corresponder a la realidad, siendo un esquisma interesante para estudiar, pero que no corresponde a los hechos clínicos.

Por consiguiente: hay una angina el refuerzo, con crisis diurnas producidas en el momento de la marcha y otro angina nocturna, también producida por el esfuerzo

originado por el desvestirse, el acostarse o una pesadilla.

¿Qué es la angina de pecho?
¿Cómo se inicia? ¿Cómo evoluciona y cuál es el pronóstico?

Hay enfermos que necesitan de un esfuerzo considerable para que la crisis anginosa se produzca, Les es necesario una marcha de 500 mts. al principio, más tarde es ya a los 300 mts. de marcha que la crisis tiene lugar, luego 50 mts. y pronto es un acto mucho más ligero: el de levantarse, desvestirse, hablar en voz alta, o ya una simple emoción por esta hipersensibilidad que tienen los anginosos. Cuando veáis en un anginoso producirse esta gama del esfuerzo que acabo de indicaros, haced un pronostico severo, desconfiad porque, como lo indica la sintomatología, estáis en presencia de un sujeto que el más mini-esfuerzo lo clavará en su sitio en un paroxismo anginoso.

Pero si en ciertos sujetos tenemos una evolución progresiva del síndrome anginoso pudiendo observarse todas las modalidades del esfuerzo que desde el más considerable al más mínimo determinan una crisis anginosa, vence otros, por el contrario, con una evolución muy diferente, con remisiones que pueden llegar algunas veces a la curación; remisiones de una semana, un mes, dos y seis meses, un año, siete años y luego una crisis aparece y los lleva súbitamente. Es lo que ocurrió en un enfermo de Gallavardin, que parecía definitivamente curado.

Esto indica que **hay** que ser reservarlo y desconfiado en el pronóstico, y que nosotros, médicos, en presencia de un enfermo que ha tenido un ataque de angina, aseguraremos que puede en un momento dado, **cuando** parecía definitivamente curado, hacer una crisis que lo lleve en algunas horas o en algunos segundos.

Desconfiad siempre del pronóstico.

¿Cómo puede **producirse** la muerte en la angina de pecho?

De manera extremadamente variable, tanto por accesos subintrantes en un estado en que los accesos se repiten cada *diez*, minutos, cada cuarto de hora; el enfermo no puede hacer nada sin que un acceso anginoso se produzca, no **puede ni siquiera** deglutir. Es este el verdadero mal anginoso de un pronóstico temible, porque la muerte sobreviene en general el mismo día. Igualmente puede **producirse** la muerte por infarto **del** miocardio. (Lian se ocupará de ello cuando hable del angor coronario febril).

Puede tenerse la muerte por síncope. Hay sujetos que en el curso de un acceso anginoso presentan un síncope **brutal**; la angina de pecho es la gran causa de

muerte súbita; el aneurisma la embolia, son excepción. Todos los sujetos que mueren de muerte súbita mueren por edema agudo del pulmón o por hemorragia cerebral, pero el 90% mueren por angina de pecho.

Hay sujetos que hacen tres o cuatro crisis de angina de pecho; la cuarta ha sido mortal. Otros en que la primera crisis ha sido mortal; otros, en cambio, durante dos o tres años han hecho pequeñas crisis y luego en algunos instantes hacen una crisis mortal.

Hecho el diagnóstico de síndrome anginoso, el pronóstico debe hacerse grave, no para el enfermo, sino para la familia y para el médico mismo. La muerte puede sobrevenir en cualquier momento, inmediatamente, en uno o en diez años, pero siempre pende sobre la cabeza del enfermo la espada de Damocles.

Un sujeto atacado de angina de pecho acaba de consultarnos. Nos ha referido la historia clásica, lo hemos examinado confirmando el diagnóstico. ¿Con qué puede confundirse el diagnóstico de la angina? Con Nada. Cuando un sujeto acaba de decirnos su sintomatología, como lo he referido antes, el diagnóstico se impone,

neto, absolutamente típico y ningún error es posible, pero al examinarlo, ¿que encontraremos bajo el punto de vista cardíaco?

Esto es extremadamente **delicado**. En algunos encontraremos signos evidentes bajo el punto de vista cardíaco y arterial. En un sujeto sífilítico, tendremos un doble soplo aórtico. una enfermedad típica de Hogdsen, en otro **una** aortítis, con su clangor del 2º ruido, aumento a la percusión del área cardíaca y aorta ensanchada desbordando el esternón

En otros, nada anormal hay bajo el punto de vista auscultatorio; una gran hipertensión en algunos o síntomas de insuficiencia ventricular izquierda con ritmo de galope.

En un caso, multiplicidad de síntomas clínicos, la angina de pecho siendo un síndrome a etiología múltiple. En otros; nada en la aorta cuya radioscopia es **normal**, nada en el corazón bajo el punto de vista radioscópico y tensional, pudiéndose decir que estamos en presencia de un síndrome anginoso con examen cardiológico negativo.

Esto es de gran importancia, porque muchos médicos pueden decirse que al no encontrar nada patológico bajo el punto de vista cardíaco, no existe angina de pecho en el enfermo. Esto es falso. En el 80% de los anginosos el examen del corazón es negativo.

Puede decirse que comúnmente el pronóstico es más grave en estos sujetos que no revelan ningún síntoma aparente bajo el

punto de vista tensional y ninguna modificación cardio-arterial.

En ciertos sujetos la sífilis es evidente, pero no deberá decirse: todo **anginoso** es sífilítico: esto sería falso, según la estadística y **según Gallavardin**.

Se investigará siempre la sífilis que en ciertos casos puede ser latente. Repensará en ella cuando estemos en presencia de un doble **soplo** aórtico y especialmente en enfermo joven por debajo de los 40 años y con mayor razón si **el** enfermo tiene aneurisma. El diagnóstico dirá sífilis, malgrado la negativa del enfermo.

Si no encontramos más que una hipertensión, y para encontrar su causa buscamos la sífilis, ella será de sospechar si el enfermo es joven, pero ¡cuántos hipertensos jóvenes que no son sífilíticos!

Veis que el territorio de la sífilis se encuentra confinado a una lesión aórtica con insuficiencia del ventrículo izquierdo. Hacemos una reacción de Wassermann, investigaremos los abortos en su descendencia y otros signos de sífilis, pero si el tratamiento de prueba no da ningún resultado, nuestro enfermo no es un sífilítico seguramente. La etiología sífilítica falta. **Buscaremos** si nuestro enfermo es un gran fumador. Estudiaremos los factores hereditarios, preguntaremos si sus padres han muerto repentinamente, evitando pronunciar la palabra angina de pecho. Algunas veces se verá toda una descendencia de muerte súbita en la familia; en-

tonces el pronóstico será muy grave.

Investigaremos el tabaquismo los trastornos digestivos, la posibilidad de angor nervioso.

¿Parqué y cómo no encontramos en muchas anginas nácia bajo el punto de vista clínico? Esto es muy explicable si el enfermo hace una coronaritis, pues no puede ésta distinguirse bajo el punto de vista radioscópico o semiológico. En estos casos en los que se ha buscado en la electrocardiografía la revelación de un signo que nos hiciera posible el diagnóstico de la angina de pecho. En ciertos casos, en efecto, se ha encontrado modificaciones sobre la onda T, que son índice de que el enfermo ha hecho antes una trombosis coronaria; esto es importante, porque la teoría coronaria entra nuevamente en boga.

Hemos descripto, tal como lo encontraréis, el angor de esfuerzo bien en el curso de un acceso intenso o de un pequeño acceso, sea a continuación de un esfuerzo considerable o del mismo esfuerzo de esta angina nocturna que acomete al paciente en cama. Y hemos di-

choque el enfermo puede tener síntomas netos de afección cardíaca.C., como no tener ninguno.

Dejo para el final el angor de decúbito que ha descripto Vaquez

y que es un asunto aparte. Son enfermos que padecen de insuficiencia ventricular izquierda y la crisis anginosa es en ellos un intermedio entre el asma cardíaca y el edema agudo del pulmón.

En un cardíaco que presenta insuficiencia ventricular izquierda la angina de decúbito puede ser determinada por el esfuerzo. Para todo cardíaco en decúbito, es ya un esfuerzo para el corazón mover la masa sanguínea. El angor de decúbito no es más que una modalidad del angor de esfuerzo. La expongo aquí para que no sea confundida con el angor nocturno de Gallavardin, pues son dos cosas completamente distintas,

La teoría de Vaquez, angor de decúbito, angor de esfuerzo aórtico, angor de insuficiencia ventricular izquierda, no es exacta bajo el punto de vista clínico,

Es necesario no confundir la angina de decúbito de Vaquez *que*

se observa en el paroxismo de la insuficiencia ventricular izquierda, con el angor nocturno de Gallavardin, sobreviniendo en un sujeto que no presenta bajo el punto de vista cardiaco ningun fenómeno divico.

Nada a la auscultación, nada a la radioscopia nada aún a la electrocardiografía absolutamente nada.

Esta es la fórmula clínica del angor común; y bien: el pronóstico es grave, hay que desconfiar de la muerte súbita. Para este pronostico nos basaremos en la frecuencia de las crisis, en el esfuerzo: mis el esfuerzo mínimo provoca las crisis, más éstas son graves. Igualmente nos basaremos en la tensión arterial.

Igualmente se tendrá en cuenta la herencia; si hay numerosas causas de muerte súbita, mal pronóstico. No hay angina más grave que la de un sujeto de cincuenta años, cuyos padres han muerto de angina de pecho y que no presenta nada a la auscultación.

Véase la forma de la angina común considerada bajo el punto de vista clínico, sin esgrimir ninguna teoría, si es la coronaria o un sufrimiento del plexo cardíaco.

Yo la muestro tal como aparece bajo el punto de vista clínico, sin ir a buscar su patogenia; la angina de pecho causa de muerte súbita sobre la cual seréis llamados a hacer diagnóstico y tratamiento, la que acabo de describir ya cuyo lado no podríamos pasar indiferentes.

Les mostraré entre tanto, toda

una serie de anginas llamadas neuropáticas o reflejas, de un diagnóstico más delicado No pudiendo decirse angor orgánico y angor reflejo, verdadera o falsa angina de pecho.

La angina de pecho descripta tiene un pronóstico firme y definitivo. Y bien: en el angor de origen reflejo, de origen cólico digestivo, **tabáquico**, flota una incertidumbre desconcertante, pues no sabemos si estos angor reflejos son graves o mortales, y cuando los cardiólogos hablan de estos angor reflejos, dicen: "poned atención, porque hay muchas lesiones cardiovasculares de pronóstico severo"; es revelar su ignorancia de la angina de pecho. Cuando la sintomatología no es neta, todo es incertidumbre.

Tenemos el angor colíctico: un sujeto que tiene deposiciones abundantes, constipación, algunos dolores que pueden recordar los síndromes anginosos del cólico hepático, el angor de origen tóxico. Angor que sobrevienen en sujetos que presentan aerofagia y cuyo pronóstico es bueno. Pero, ¿es que existe en estos casos una lesión cardio-arteria!?

Esto es lo que debemos investigar; si la encontráis, desconfiad **porque** puede tratarse de una andina orgánica.

Pero, en presencia de este síndrome y no habiendo encontrado **ningún** signa de afección cardíaca, la duda se plantea serán necesarias numerosas observaciones para mostrar que todas las anginas reflejas no son más graves o más

benignas que las descriptas anteriormente.

Interrogaremos a nuestro enfermo, **averiguaremos si la crisis lo dejó clavado en su** sitio, como ocurre en la **angina** orgánica, lo haremos venir dos veces, varias veces, hasta agotar con sus detalles el interrogatorio en los casos de difícil diagnóstico.

Déla inteligencia del enfermo depende en gran parte el éxito del **diagnóstico**.

Todos los anginosos son nerviosos, aún aquellos atacados de angina de pecho que mata la apariencia del anginoso es un poco neuropática e inmediatamente podríamos estar tentados, si no hemos hecho el interrogatorio, a considerarlo como un neuropata, **haciendo** un error de **diagnóstico**. **Poco** o nada sabemos sobre las anginas de origen reflejo; algunas veces diremos con el Doctor **Lian** (que las encuadra en la angina de pecho): buscad si no hay oculta tras ella una lesión **cardio-vascular**"; otras, con **Laubry**: "no existen anginas reflejas." Dentro de estas dos opiniones, ¿cuál ele-

gir? Es bien difícil. Si se trata i le un sujeto que presenta un angor de origen digestivo con aerofagia, y un doble soplo, desconfiad, porque para vosotros mismos formuléis un pronóstico benigno, con sus reparos.

Serán necesarias numerosas estadísticas, haber examinado numerosos enfermos, para clasificar de una manera definitiva estos **angor** reflejos que constituyen un **grupo** de espera.

Vigilad en todos los casos el pronóstico, pues es fácil cometer un error.

Al lado de estos angor reflejos sobre los cuales habrá siempre que dudar y desconfiar, a menos que sean muy netos, voy a hablar entre tanto, pasando rápidamente sobre los angor neuropáticos que ofrecen síntomas característicos.

Laubry no admite estas **anginas** nerviosas, no admite que se las llame angina de pecho, porque el angor para él es solamente esa angina que mata. El angor neuropático sobreviene en sujetos **jóvenes**, veinticinco a treinta años y en la mujer. Son dolores **que**

sobrevienen bruscamente, sin causa aparente; la mujer se despierta, a, se queja de un vivo dolor **que** no asienta en la región medio esternal, sino bajo el seno, apareciendo al mismo tiempo una hiperesesia de la piel con fenómenos que denuncian la naturaleza pituitica.

Voy a referiros una historia, vista en el Servicio, y que os mostrará que en ciertas taras **orgánica** ciertos accidentes brutales pueden tener movimientos reaccionales nerviosos que hagan creer en el pituitismo. Se trataba de una mujer muy hipertensa, lo sabíamos felizmente, de 28 a 29 al Pachón. Al llegar un día al Servicio, súbitamente rueda por tierra en un verdadero delirio pituitico,

El externo, allí presente, échale agua a la cara y le comprime los globos oculares. Yo había llegado en ese instante con Lian, tomando su tensión arterial que era de 30. Esta mujer, que presentaba fenómenos de nerviosidad evidente,, hacia una hemorragia cerebral y moría en algunas horas.

Es necesario ser siempre desconfiado, y el diagnóstico sólo deberá hacerse una vez interrogado el enfermo, dejándolo hablar para que nos refiera su sintomatología extravagante, preguntando entonces si tiene dolor a causa de un esfuerzo como el de la marcha o la subida de una escalera.

Las mujeres atacadas de este tipo de angor, tienen crisis que **sobrevienen** no importa cuales sean las circunstancias determi-

nantes ni tampoco la duración de estas crisis. Es un punto sobre el cual quiero insistir.

La crisis de angina de pecho es **un dolor paroxístico** que no dura más que algunos instantes, pocos segundos' Puede haber crisis subintrantes, pero son separadas por algunos instantes de reposo.

Por el contrario, en la angina neuropática, estas crisis duran una hora, dos horas y en el intervalo suelen quejarse de sensación de peso que dura diez días, quince días o **más**; es que, en efecto, hay fenómenos de neuralgias constituidas bajo estos accesos de angor neuropático y que permiten hacer **el diagnóstico**, porque la angina de pecho es un síndrome paroxístico mientras que estos fenómenos continúan evolucionando bajo la **presión** de los dolores que subsisten, determinando picotes y síntomas que estudiaremos al ocuparnos de los dolores precordiales.

Por consiguiente: es necesario distinguir varias clases de angina. La angina de pecho común, que ya he descrito, que se acompaña de signos muy netos, *en que el esfuerzo ilumina todo el cuadro clínico*, esfuerzo violento que se produce en el curso de una marcha, cuando el enfermo está acostado, a la noche por una emoción o una pesadilla.

Luego las anginas reflejas, de un diagnóstico difícil, sobre las cuales si tenemos la **impresión** que nuestro enfermo habla de una sensación de constricción, aunque haya aerofagia, debemos auseul-

tarlo para despistar una lesión cardíaca oculta detrás de esta aerofagia.

Y, por último, el angor neuropático, que se acompaña de dolores paroxísticos, en el intervalo de los cuales persisten fenómenos dolorosos.

Tal es lo que quería decirnos sobre la angina de pecho.

Antes de terminar quiero agregar una sola palabra sobre la patogenia, aún tan discutida.

Para Huchard era la teoría coronaria largo tiempo batida en brecha por los que decían que un gran número de los sujetos muertos de angina de pecho no presentaban en la autopsia lesión de las coronarias. Se ha hablado del miocardio, del sufrimiento del plexo cardíaco. Actualmente hay una tendencia neta que se opone

a esta manera de ver, gracias al apoyo de Gallavardin que ha hecho 20 a 25 autopsias de anginosos, encontrando 20 veces lesiones coronarias y si actualmente sabemos la acción del espasmo arterial, hay muchos hemipléjicos que ven desaparecer su hemiplejía originada por un espasmo arterial. Cuando se ve que la inhalación de nitrato de amilo es suficiente para mejorar ciertos sujetos, ¿por qué negar el espasmo de las coronarias?

Después de haber estudiado este asunto me adhiero voluntariamente a esta idea de los coronarios emitida por Huchard y revivida por Gallavardin.

Puede verse en el electrocardiograma estas ondas que los americanos han descrito y que nos indica que el proceso ocurrió a ni-

vel de las arterias coronarias, pero si la lesión coronaria no se acompaña de aortitis, no dará signos bajo el punto de vista semiológico, nada a la auscultación, ninguna hipertrofia, y aún nada electrocardiograma, que aún no nos ha dado su última palabra. Actualmente, la patogenia de la angina de pecho es muy controvertida. Retened solamente esto: que la angina coronaria, largo tiempo batida en brecha, renace de nuevo bajo la impulsión de Gallavardin y actualmente ha sido puesta en vigor. Tengo razón al decir que la angina de pecho era un síndrome

muy difícil de diagnosticar y a límites imprecisos. No hay ningún síntoma clínico bajo el punto de vista cardiovascular y es gracias al interrogatorio de nuestro enfermo que podremos llegar al diagnóstico. Interrogadlo bien; si se sabe explicarse, vuestro diagnóstico será rápido, sino tomad el tiempo necesario y retened siempre que la angina de pecho es un síndrome únicamente subjetivo cuyo diagnóstico reposa sobre el interrogatorio.

ROGER EVEN

De "El Día Médico," Buenos Aires.

La Amidopirina en el Tratamiento del Sarampión

Por G. Bustillo Oliva. M. R. C. S., Eng L. R. C. P. Lond.

Loewenthal fue el primero en dar a conocer la acción casi específica de la amidopirina en el tratamiento del Sarampión, publicando sus observaciones en el "**British Medical Journal**" de julio 12 de 1924. Recientemente Collier confirma aquellos resultados recomendando la droga con entusiasmo. Yo en 1925 y 26 tuve la oportunidad de ensayar dicho tratamiento habiendo obtenido igual éxito.

Ilustrare la presente **comunicación con 6** casos, cuyos datos clínicos aun conservo, debiendo advertir que fueron más los pacientes que recibieron el tratamiento; he creído sin embargo suficiente para los fines que me propongo describir brevemente el cuadro clínico de seis enfermos; y tanto en estos como en los otros siempre se obtuvo resultados altamente satisfactorios.

La amidopirina es un compuesto blanco, cristalino, un poco amargo y fácilmente soluble en agua. Su dosis máxima es de 1 gramo, y su dosis máxima en 24 **horas** es de 2.5 gramo. La dosis media que he empleado en adultos fue de 0.75. En los niños he **seguido** la **recomendación** de **Loewenthal**, adoptando la siguiente fórmula:

$$\text{Dosis} = \frac{(\text{edad} + 1) \times \text{dosis}}{24}$$

Collier en cambio usa esta otra.

$$\text{Dosis} = \frac{\text{edad} \times \text{dosis máxima}}{\text{edad} + 12}$$

Ambas fórmulas dan mas o menos el mismo resultado. En mis casos recete la amidopirina en combinación con Dover (Pulv. ipecac. Co.). este último con el objeto de combatir la coriza **aguda**.

Caso 1

Mujer, 20 años, 4 días enferma con fuerte coriza, tos y conjuntivitis; en la boca presente los "Koplik's spots"; exantema principiando detrás de los oídos. Temperatura 104 F. Tratamiento, amidopirina 0.75, Dover 0.5, en **papelitos**, tres al día. 24 horas después la enferma no tenía **calentura**, la tos muy poca, y la **erupción desapareciendo** sin **haberse extendido**. En los días que siguieron la temperatura siempre se mantuvo en la normal, y los **demás** síntomas curaron definitivamente.

Caso 2.

Niño, 8 años, días enfermo con síntomas catarrales agudos fuerte tos y conjuntivitis; en la boca los "Koplik's spots" en abundancia; exantema comenzando

detrás de los oídos y frente. Temperatura 102 F. El paciente muy abatido. Tratamiento, amidopirina 0.3, Dover 0.12,, en papelitos "ter in diem". A) día siguiente p] niño **jugaba alegremente sentado** en en su **cama**, sin temperatura y con poca tos. La erupción no se desarrolló.

Caso 3.

Niño, 5 años, 5 días enfermo con tos, ronquera, **coriza, conjuntivitis, postración bien marcada**; temperatura 102.5 F. En la boca, se observan los "Koplik's spots"; **exantema** en la cara y demás **partes del cuerpo**. Tratamiento: amidopirina 0.2 Dover 0.09, en **papelitos, ter in diem**. 24 horas después no había temperatura y el paciente se sentía tan optimista que deseaba levantarse.

Caso 4.

Mujer 18 años, enferma por tres días con tos, coriza, conjuntivitis, exantema comenzando detrás de los oídos y la frente; temperatura 103 F.; en la boca "Koplik's spots" **Tratamiento:** amidopirina 0.75, Dover 0.5, en papeles ter in diem. Al día siguiente no había temperatura; la erupción no continuó, empezando **a desaparecer** juntamente con los demás síntomas.

Caso 5.

Niño 7 años, 6 días enfermo con tos, ronquera, mal de ojo, **coriza** aguda, diarrea constante, depresión muy marcada, **exantema** por todo el **cuerpo**; temperatura **de 101.5 F.** Tratamiento, amido-

pirina, 0.25 Dover 0.10., en papelitos, tres al día. Después de las 24 horas la temperatura había bajado a 99.5 F; la diarrea, lo mismo. Dos días después el enfermito mostraba temperatura de 93. F.; la diarrea, un poco menos frecuente. Al tercero día la diarrea continuaba, y la temperatura, lo mismo. Al cuarto día la calentura **cedió**, así como también los demás síntomas, exceptuando la enteritis que aun continuaba, aunque siempre disminuyendo poco a poco. La erupción también había desaparecido. *7 días* después de haberse instituido el tratamiento curaba finalmente la diarrea.

Caso 6.

Hombre de 30 años, enfermo por 6 días con fuerte tos, ronquera disnea, pleurodinia, mal de ojo, expectoración "cobriza", ansiosa expresión; exantema por todo el cuerpo; en la boca, abundancia de los "Koplik's spots". Temperatura de 104 F, **Examen** físico del (oras revelaba una bronco-PCEUmonía doble. Tratamiento, amidopirina 0.75 un papel cada 4 horas día y noche. En este **caso** no se **dió** el Dover por causa del catarro pulmonar avanzado, sustituyéndose en cambio por expectorantes alcalinos. La temperatura empezó a descender por lisis 12 horas de haber principiado el tratamiento; la erupción **desapareció** al día siguiente. Los **signos** pulmonares mejoraban. El paciente se sentía más **optimista**. Al quinto día **el** pecho estaba li-

bre de inflamación y el enfermo no **sentía calentura**.

COMENTARIO.

Nótese el efecto rápido y admirable en **los primeros 4 casos cuando** la **enfermedad** principiaba y la droga se exhibió temprano. En **los dos últimos casos el Sarampión** estaba **bien** desarrollado y existían además complicaciones; **en** ellos la droga no produjo la acción rápida que su **observa** en los otros, aunque su influencia **benéfica** se ve traslucen en **el curso** que tomo la **enfermedad**. **En** el sexto caso se **administró la droga cada 4 horas, debido a la** urgencia de los síntomas. **Cabe** aquí advertir que **la** amidopirina puede darse, **caria 4 horas** en dosis **proporcional mente más reducidas,** o "**ler in diem**". **en** dosis mas grandes.

CONSIDERACIONES.

En ninguno de los casos por mi tratados observé afectos **contra-productos** que pudieran **atribuirse** a la **amidopirina**. **También ninguno de loa casos que re-**

cibieron el tratamiento desarrolló las complicaciones que comunemente ocurren en el Sarampión. **Por** el contrario, al instituirse dicho tratamiento se ha **observado** siempre y en todos los **pacientes el efecto** específico de la droga, el cual se obtiene con resultados sorprendentes y positivos cuando **empieza** la enfermedad. Igual experiencia han tenido Loewenihal y **Collier**. **En** primer lugar notamos: (1) la inmediata reducción de la temperatura a la normal en 24 horas, lo cual es permanente (2) **Pronta desaparición de la coriza aguda**. (3) Rápida obliteración del exantema (4) La **depresión** que es tan frecuente desaparece totalmente; de manera que **el niño sufrido** que vemos la noche anterior, lo encontramos **alegre y feliz** en la mañana siguiente. Collier manifiesta que en un caso **el cual tenía en** observación desde un **principio,** impidió el desarrollo de la erupción. También ensayó la droga en el estado de invasión con magníficos **resultados habiendo** protegido a algunos miembros m una familia ala<

de Sarampión, y quienes aun no mostraban ningún síntoma de probable infección.

El curso normal **del** Sarampión con o sin tratamiento por otros métodos es de 10 a 12 días. Con la **amidopirina** no pasa de 3 días. El efecto es instantáneo y dramático. Bien hace Loewenthal en compararla con la quinina y los salicilatos en el tratamiento de la **Malaria y Reumatismo**. *Puede* decirse por **consiguiente** que sus cualidades son casi específicas. Loewenthal ha **ensayado la droga** por 20 años y **siempre ha observado** el buen efecto en todos los casos. **Mi** estadística es menor, y **portento mi experiencia** es muy limitada. **Puede ponerse** en duda el diagnóstico, más, debo **manifestar que** solamente he tomado en cuenta los **casos** que se presentaron **durante** epidemias inequívocas, haciendo omisión de los casos esporádicos.

Llamo por **consiguiente** la atención de la **Profesión Médica** de

Honduras para que observe el admirable efecto de la amidopirina en el tratamiento del Sarampión.

CONCLUSIONES.

- (1). Es **indiscutible** el valor curativo de la **amidopirina** en el Sarampión.
- (2). La amidopirina aborta la enfermedad **cuando** se da temprano en la **enfermedad**.
- (3). La amidopirina evita las **complicaciones** que comúnmente **acontecen durante o después de la enfermedad**.
- (4). La amidopirina es menos eficaz cuando la **enfermedad esta** avanzada.
- (Ó). La amidopirina **puede** tener un valor **profiláctico**.

Bibliografía.

- Brit. Med. Journ. Julio 12, 1924.**
Brit. Ked. Journ. Junio 14, 1930.

EL PAPEL DE LA TOXI-INFECCIÓN COLIBACILAR EN CIERTAS ENTEROPATIAS CRÓNICAS

ACCIÓN CURATIVA EN ESTOS ESTADOS MÓRBIDOS

Por el Profesor H. VINCENT

El estudio clínico de los de infección aguda o crónica debida al colibacilo : septicemia, pielonefritis, colibaciluria, etc., muestra a veces la existencia simultánea de síntomas nerviosos (parecias, parálisis, delirio, coma, sobresaltos musculares) o bien neuropáticos y vecinos de aquellos que se observan en la neurastenia. A menudo también síntomas in-testinales o hepáticos, flujos diarreicos o **biliares**, cólicos, pujos espasmos **del colón**, etc., acompañan la depresión nerviosa la tristeza, la **irritabilidad**, etc.

Estos síntomas traducen la doble impregnación del organismo infectado por la exotoxina neurotrópa termolabile, y por la endotoxina termoestabile, **enterotropa** y hepatotropa, cuyo estudio he hecho. Es posible realizarlos **experimentalmente**, por **inyección** de estas toxinas al conejo.

Inversamente, se imponía investigar si en las **enteropatías** crónicas rebeldes (no tuberculosas, no **amibianas**) **acompañadas de constipación** y diarrea que se alternan, con trastornos nerviosos tan frecuentes, no interven-

dría el **colibacilo** como **factor original** de estos diversos **síntomas**. Un rebeldes a la terapéutica ya que es el más abundante de los **microbios** del intestino y el mejor adaptado a **ya existencia** en él

El estudio **de las reacciones** biológicas de **la sangre** (**aglutinación** reacción de precipitación) **no me** luí dado una respuesta precisa. Es por esta razón que me he propuesto, con el fin de determinar la patogenia de estos **síntomas** verificar los efectos de la seroterapia específica, en **particular** colibacilar, en estas **afecciones** crónicas del intestino delgado y del colón.

Dos grupos de enfermedades han sido estudiadas **especialmente desde** este punto de vista. El primer grupo comprende aquellos que afectos de pielonefritis crónica han presentado en un grado excesivo el conjunto de los síntomas de enterocolitis simple o mucosmenbransa con trastornos neuropáticos concomitantes. Pues bien, en esta categoría de enfermos se ha visto desaparecer en

algunos días al mismo tiempo que la pielonefritis, los síntomas **neuropatías y enterocolíticos** a veces graves que **acompañan** la infección renal **col i bacilar**.

El segundo grupo comprende los casos de enterocolitis crónica y rebelde, primitiva o **dependiente** de una lesión del intestino grueso. A pesar de que el **B. coli** no está presente en las orinas, los síntomas **de la afección (enteroneurosis de G. Lyon, entero-neuritis de Loeper)** recuerdan mucho sin embargo, los de los **enfermos del grupo** presente.

La observación siguiente que me ha transmitido EL doctor A. **Lipens, de Bruselas establece** una vez más la relación que une los trastornos nerviosos y **neuropáticos** así como los desórdenes intestinales a la causa tóxi **infecciosa colibacilar**, Hombre de 72 años que sufre desde la edad de dieciocho años de **enterocolitis mucomembranosa clásica, agravada** a los 34 años por una enteritis **sobraguada**. Este fue el **punto** de partida probable de un estrechamiento sigmoideo constatado **a la pantalla**.

Fracaso de todos los tratamientos. En 1920 a continuación de una infección gripal, el **B. Coli** aparece por **primera** vez en **la orina ; pielonefritis** aguda, el estado del enfermo se hace crítico.

Se le somete entonces a **la seroterapia** anticolibacilar. Aunque el **estrechamiento del** recto no fue modificado por el suero, los síntomas tan antiguos y graves de la **enterocolitis** así como **los** transtor-

nos nerviosos desaparecieron en seguida.

Tres meses después el enfermo **señalaba que** este efecto extraordinariamente **beneficioso** y rápido **de la seroterapia se mantenía**, la alimentación se volvía normal **de lo cual** hacia 54 años que había perdido **el** recuerdo.

El criterio terapéutico aporta en consecuencia una claridad a la **patogenia** hasta aquí mal conocida de las **síntomas** tan **diversos** que señalan ciertas enteropatías crónicas. Permite, sin que se pueda sin embargo generalizar esta interpretación, relacionar con la tóxi - infección colibacilar los desórdenes **intestinales**, los **trastornos** vagotónicos y **simpático—tonicos** y los fenómenos neuropáticos tan frecuentes *en* estos estados mórbidos.

Al estado normal la bilis es **por** sus **jabones** el gran agente de neutralización de las toxinas microbianas fabricadas en el **criptotoxinas inofensivas**. Se concibe entonces el **papel** importante de la insuficiencia hepato—biliar en el origen de las **perturbaciones** mórbidas, que acompañan las enteropatías crónica y la relación de estos síntomas con la reabsorción de las toxinas colibacilares, neutralizadas en forma imperfecta.

Cada día tengo más la impresión que la acidez **gástrica** no juega sino un papel secundario en la producción de la úlcera.

GOSSET.

Tratamiento de la ocena (rinitis crónica atrófica)

Por el Prof. Félix Blumenfeld (Wiesbaden)

Por ocena entendemos una inflamación crónica de la mucosa nasal, que va acompañada de sequedad de la misma. La mucosa nasal se atrofia, y su epitelio señala una marcada tendencia a la queratinización; desaparecen las glándulas de la mucosa, y cesa por consiguiente la **secreción**. Por esta razón se produce una mucosidad viscosa, que al secarse da lugar a la formación de costras sólidas, que adhieren a la superficie mucosa. El olor específico que caracteriza esta enfermedad, depende principalmente de estas costras, tan adheridas a la mucosa, que en muchos casos no es posible desprenderlas sin provocar **hemorragia**. En otras ocasiones, se observa, en los lugares donde la mucosa está cubierta de **costras**, la presencia de una pequeña cantidad **de** moco fluido. El proceso se extiende también a los huesos que limitan la cavidad **nasal**, especialmente a los cornetes, conduciendo finalmente a un gran ensanchamiento de la cavidad nasal, cuyas paredes **quedan recubiertas** por las costras citadas, a menudo en tal proporción, que revisten la ma-

yor parte de la superficie mucosa.

En los casos graves, el proceso se limita al interior de las fosas nasales, sino que se extiende también a la cavidad nasofaríngea y a las trompas de Eustaquio. Estas últimas quedan relativamente más anchas a causa de la atrofia de la mucosa. También puede extenderse el proceso a la región bucal de la faringe y a la porción inferior de la misma, a la laringe y a la tráquea. En estos lugares se forman también costras, que no sólo determinan accesos de los sumamente molestos, sino que **pueden** llegar a dificultar notablemente el paso del aire.

Aun cuando todavía no se haya llegado a conocer con seguridad **la** etiología, la ocena debe considerarse como una enfermedad independiente, que no ha de incluirse entre las afecciones nasales de naturaleza sifilítica, a **pesar** de que también éstas, sobre todo las manifestaciones tardías, despiden un olor repugnante, pero distinto. También debemos indicar que las manifestaciones de la ocena en la laringe, no tiene nada que ver con **el** escleroma.

El enfermo de ocena no **suele darse** cuenta del olor repugnante que despide su nariz; pero es indudable que dicho olor le perjudica mucho socialmente, ya que toda actividad humana se **basa** en la colaboración de varias personas. Ahora bien; es imposible convivir con un enfermo de ocena. De esta manera queda **profundamente** perturbada la vida profesional del enfermo de ocena. Esta enfermedad se exterioriza también por una deformación de la nariz. La **anchura de** la nariz significa ya **por** sí un peligro para estos enfermos, y **que** predispone a las afecciones de las vías respiratorias profundas; según ya indicó hace tiempo A. Alexander, el **enfermo** de ocena corre mayor peligro de adquirir una **tuberculosis** pulmonar.

Hada **la incertidumbre** acerca de la naturaleza de la ocena, no ha de extrañar que todavía no **se haya** encontrado un remedio específico de eficacia general para combatir esta enfermedad. Por **consiguiente**, el tratamiento habrá de limitarse a mejorar en la mayor **medida** posible las manifestaciones locales: estudiaremos ahora **los** medios que **disponemos**, dando **preferencia a** los **que encierran** interés para **la mayoría** de los médicos.

Tratamiento Local

Todo tratamiento local de la **ocena** debe comenzar por la limpieza de las fosas nasales; su ob-

jeto será desprender las costras y las mucosidades viscosas, que originan la fetidez. Esto sólo se consigue reblandeciendo prudentemente las costras, y el médico no 'debe pensar que las soluciones aplicadas sirven para desinfectar las fosas nasales; son absolutamente inútiles todas las soluciones astringentes y antisépticas (sublimado, oxicianuro de mercurio, acetato de alúmina líquido, etc.). Está indicado en cambio el empleo de soluciones **concentradas** de **agua** oxigenada, de cloruro sódico, **resultando** especialmente útiles las **soluciones** alcalinas concentradas, como el bicarbonato sódico, las aguas minerales alcalinas (Neuenahr, Ems, Wiesbaden, etc.) También se ha intentado en la ocena cierta desintegración fermentiva de las **costras** mediante la ozaenan (pepsina 20 g., ácido bórico 10 g.; disuélvase en 200 g. de agua, y aplíquese en pulverizaciones) y **el solveol** (2 en 200 de agua.)

Por lo que se refiere a la aplicación de estas soluciones, se recomienda mucho la limpieza de **la nariz** con una jeringa, **con** un bock lavador, etc. Creo improcedentes estos métodos, pues, sobre todo cuando una de las fosas nasales es **más estrecha** que la otra—y esto sucede también en enfermos de ocena—, existe **el peligro** de que el líquido, y con él **las** bacterias, penetre a **través** de **la** trompa de Eustaquio en el oído medio, dando lugar a una

otitis media. Por eso aconsejo que se practique siempre la limpieza de las fosas nasales con un pulverizador, con una solución ligeramente templada, siendo lo de menos que las gotas sean **sumamente** finas; por el contrario, debo preferirse un pulverizador **provisto** de un doble insuflador de **Richard**, que impulse el líquido a través de los orificios bastante anchos de una **pieza** que debe ocupar todo el orificio nasal correspondiente.

Tan sólo después de practicar una limpieza a fondo de la cavidad nasal, puede comenzar un tratamiento muchas veces aconsejado, y que puede practicar el mismo enfermo: el uso de medicamentos en polvo. También desde este punto de vista tiene **menos** importancia el poder antiséptico del polvo empleado, que sus propiedades físicas. Por eso puede objetarse indudablemente a todo tratamiento con polvos medicamentosos, que contribuyen a secar la mucosa, por cuya razón no estarían indicados en una enfermedad que debe

considerarse como forma atrófica o seca de rinitis. Sin **embargo**, en algunos casos se observan resultados satisfactorios con el empleo de estos polvos. La acción de los polvos depende de su capacidad de odoración, y ésta, a su vez, de la finura de las partículas; pues cuanto más finas sean éstas, tanto mayor será la superficie total de una determinada cantidad de polvo. Desde este punto de vista, recomiendo especialmente el tioformo, que puede aplicarse solo o mezclado a partes iguales con yodol, mediante un pulverizador. También citaremos la levurinoso (J. Blaes & Co., Lindan Baviera.) Pero se obtendrán asimismo resultados favorables con otros muchos polvos, siempre que se los escoja con arreglo a los puntos de vista mencionados; en este sentido son útiles el talco y el carbón animal finamente **pulverizado**.

Taponamiento de Gottstein

Esta forma de tratamiento, que lleva el nombre del laringó-

logo Gottstein, se practica generalmente introduciendo en la cavidad nasal torundas de algodón impregnadas en medicamentos. No recomiendo este procedimiento, pues es frecuente que permanezcan en la nariz **restos** de algodón. Es preferible **realizar** este **taponamiento**, introduciendo tiras de gasa de 1 a 1/2 cm. de anchura impregnadas en el medicamento elegido; esta forma de aplicación tiene la ventaja de poderla realizar el **propio** enfermo. Hay que **enseñarle** ;i que introduzca la gasa con una varilla roma, y no **haciéndola** penetrar hacia arriba, como generalmente sucede, por un concepto anatómico falso, sino hacia atrás, "levantando ligeramente la punta de la nariz", El tiempo que haya de conservarse el taponamiento en la cavidad nasal, depende sobre todo de la acción irritante del medicamento en cuestión; si es muy irritante, se deja la gasa unos 20—30 minutos; de lo contrario, puede permanecer hasta una hora. Pasado este tiempo, se extrae la a con unas pinzas pequeñas; aparecen adheridas a la gasa gran parte de las costras, fuente I mal olor. Según las condiciones de cada caso, se practica la limpieza de la cavidad nasal *por* pulverización, en la forma indicada más arriba, algún tiempo antes del taponamiento, o se distribuirá el tratamiento en forma que se aplique por la noche la limpieza con el

pulverizador, y por la mañana el taponamiento.

Los medicamentos en que se **impregna** la gasa, pueden estar en forma líquida o en pomada. Según mi **experiencia** personal, el **bálsamo** del Perú es el mejor medicamento para suprimir o, cuando menos, disimular el olor fetido que despiden los enfermos de **ocena**. Puede objetarse **que el** enfermo no hace más que **cambiar** el olor de la nariz por el bálsamo del Perú; pero, siendo agradable este último, no hay inconveniente en ello. Además, el bálsamo ejerce una acción curativa sobre la mucosa enferma. El bálsamo del Perú puede emplearse puro; si resulta demasiado irritante, es preferible diluirlo en agua a partes **iguales** (emulsión,) o usarlo en forma de pomada: el bálsamo del Perú 25, vaselina americana blanca 75.

También se obtienen buenos resultados con la siguiente receta:

Dp, Ungüento de precipitado blanco 2 g.
Parafina líquida 10 g.
 Vaselina amarilla c. s. p ... 50 g.

También se puede emplear;

Dp. Ungüento de **escupina** al 2% 20 g.
 Para impregnar tiras de gasa.

O bien:

Dp. Yoduro potásico.... 1-2-3 g.
 Yodo purísimo 0,25-0,5-0,8, g.
 Esencia de mentas.... II gotas.

Estas tres prescripciones son aconsejadas por Scheeh, y pue

den emplearse en forma **escalonada**, según la tolerancia del enfermo.

Recientemente ha recomendado **Calogero** el aceite de chaulmoogra, en forma de **pomada de vaselina** al **30 a 50%**, llegando en algunos casos a] **empleo** del aceite puro. **También** lo **aplicó** simultáneamente en **inyecciones**, al parecer con muy buenos resultados; **carezco** de experiencia **personal** sobre **este método**. **Además es de** mencionar el "**Gasozaen**", en venta en **La Germania-Apateke am Rosentarletor, Berlín No. 54, Lothrager Str. 50**.

El tratamiento interno de la **ocena no debe** ser **descuidado**. Muchos **enfermos** de ocena suelen padecer **considerables trastornos del estado general**, cuando se prolonga la **dolencia**: -hay que olvidar que estos **enfermos**, **según** ya hemos dicho, **corren** mayor **peligro de contraer** la tuberculosis. Por esta razón, la alimentación de los **enferma de ocena debe ser** rica en **calorías**, **principalmente a base de**

grasas de gran valor biológico, y rica en vitaminas.

Al pasar a estudiar el **tratamiento** interno con el remedio **que** debe calificarse como *el más* eficaz de esta enfermedad, al yodo, nos encontramos con el hecho notable de que Elsbach y Beselin combinan fin forma **sima** el tratamiento dietético antes indicado, con el empleo del yodo, administrando leche yodada: 275 gotas de tintura de yodo por litro de leche. (está que una dosis tan elevada de yodo podrá prescribirse mirante muy breve plazo, y que **deberá** tenerse siempre presente el peligro de un yodismo; por esta razón, la yodoterapia se empleará siempre de modo intermito, te. Suelo recetar 3 comprimidos diarios de sayodina dura: los 8 primeros días de cada mes; también en esta forma es necesaria a constante vigilancia del médico. También son recomendables las fricciones con, pomada de yotión al 3%, o las pincelaciones cutáneas con yotionva-

sogeno a la misma concentración. Fruto natural de las modernas corrientes biológicas de el tratamiento de la ocena por la ergosterina irradiada (vigantol) (Birkholz, Beselin). Se administraron dosis de 4 a 8 mg. de vitamina D, con mejorías más o menos duraderas. Partiendo del supuesto de que la ocena depende de una infección con el cocobacilo de Pérez, se ensayó el tratamiento con vacunas preparadas con dichas bacterias. Los resultados necesitan ser comprobados. Otros autores no ven en los resultados de esta terapéutica más que una estímulo terapia, una activación del protoplasma; con el mismo objeto se han empleado la tuberculina y otras muchas proteína.-. Según mi experiencia, la forma menos peligrosa de esta terapéutica está representada por las inyecciones de novoprotina, una ampolla tres veces por semana. Partiendo del resultado de sus investigaciones, según las cuales existe en los enfermos de ocena un déficit de colesteroína en la sangre, Otto Pleiachmann ha realizado interesantes ensayos para cubrir dicho déficit. Utilizó para ello una emulsión de lipoides llamada helpín. Fleischmann recomienda especialmente este tratamiento en aquellos casos de ocena en que no se obtienen resultados satisfactorios con la operación.

Por último, también es comprensible el tratamiento de la ocena mediante extractos de glándulas endocrinas. El metabolismo del calcio está dominado por las glándulas paratiroides; el desarrollo óseo depende principalmente de la hipófisis. Por eso parece natural el empleo de los extractos de estas glándulas para tratar la atrofia ósea que se encuentra en la ocena; pero en este terreno no se ha pasado aún de los primeros tanteos. El tratamiento quirúrgico de la ocena tiende a corregir la amplitud adquirida por la cavidad nasal en esta enfermedad. Para ello se han aconsejado diversos métodos. En algún tiempo se emplearon mucho las inyecciones de parafina; a Albert Stein corresponde el mérito de haber perfeccionado la técnica de este método, mediante el empleo de una parafina con punto de fusión a 42°, y de instrumental especial. A pesar de ello, ha pasado ya la época de esas inyecciones de parafina en la ocena, principalmente, porque para un cirujano conciente tiene muchos inconvenientes la creación de un depósito en los cuerpos cavernosos de los cornetes, muy irrigados, atravesando una mucosa infectada y gravemente alterada. Por esta razón se procuró la reducción de la cavidad nasal en otra forma. Brünings utilizó un depósito de tejido adiposo.

procedente del propio enfermo, y que introducía en el tabique; este procedimiento está ya abandonado, lo mismo que el de Schonstedt, que introducía, por incisión practicada desde la boca, un trozo de hueso bajo la mucosa del sudo de las fosas nasa les. Los métodos actualmente utilizados - son los de Hinsberg Lautensehlager, que modifican las paredes laterales de las fosas nasales; no puede dudarse de sus buenos resultados, aun cuan-do se registren algunos fracaso. Por último, citaremos el procedimiento de Wittmaak. Este autor aislaba el conducto excrede la parótida y lo llevaba a desaguar en la pared externa de seno maxilar, consiguiendo de esta manera una cierta lubricación de la cavidad nasal. También este procedimiento se usa ya poco. No hemos de detener

nos en la descripción de todas estas técnicas, ya que su práctica exige gran especialización quirúrgica. Constituyen el procedimiento de elección en t» los casos graves; pero indudable que también por otros caminos puede llegarse a hacer portable la enfermedad. Al medico corresponde no esclavisarse a un determinado método, sino conseguir en cada caso los mejores resultados posibles, alternando sabiamente los remedios locales con los Grales.; es preciso alternar, pues cualquiera de métodos terapéuticos agota paulatinamente su acción, y ha de ser sustituido por o1 Añadiremos algunas palabras acerca de las complicaciones o, mejor dicho, de las propagaciones de esta enfermedad hacía la faringe y la laringe. También en este sentido ocupa lugar

ferente un tratamiento protector, en forma de inhalaciones ríesencias etéreas y aguas **minerales alcalinas**. Para **la laringe** recomendamos **las instilaciones** de líquidos oleosos, especialmente de aceite mentolado. No puede dar resultados favorables la **pincelación** de la faringe con medicamentos astringentes; **en** su lugar deben prescribirse los gargarismos con el preparado "presido", recomendado por mí.

Resumen

La oena es una afección inflamatoria crónica de la nariz, caracterizada por atrofia de la mucosa y de la armazón ósea de la nariz, y por un olor fétido sui generis. El tratamiento **local** consiste en limpieza de la cavidad nasal con líquidos aplicados con pulverizador, en aplicación de polvos que actúan como absorbentes, y en taponamientos de Gottstein. Estos taponos **van** impregnados en líquidos o pomadas; la eficacia máxima corresponde al bálsamo del Perú. Entre los remedios internos re-

sulta especialmente activo el yodo, y también son útiles las vitaminas y la proteínoterapia. Los casos **que** no mejoran considerablemente con los remedios antes citados, deben cometerse a **tratamiento** quirúrgico.

S.-S.

Los fibromas no hemorrágicos se revelan a menudo por trastornos urinarios: incontinencia de orina, cuando residen en la pared posterior o sobre el fondo del útero en anteversión, apoyándose en la vejiga; retención cuando se trata de fibromas de la pared posterior con útero en retroflexión, cuyo cuello viene a apoyarse sobre la uretra, un poco abajo de la vejiga. La presión aumenta bajo la influencia de la congestión uterina la víspera o al principio de las reglas al grado de exigir algunas veces un cateterismo. Son estos accidentes los que hacen descubrir fibromas desconocidos que se encuentran no con mucha rareza.

SIREDEY.

Ruge, H. (Kiel). **Contribución** a la clínica de los llamados bubones climáticos (105 casos). *Dermatol. Wochenschrift* 1930, tomo 90, num. 1

En los últimos años se ha observado mucho el llamado bubón climático, que lleva asimismo el nombre de linfogranulomatosis inguinal. Desde 1924 al 31 de julio de 1929, contáronse, sólo en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo, 135 casos. De Europa, procedían 15; de Asia, 28; de Africa, 16; de Norteamérica, 2; de América Central y del Sur, 30; y de Australia, 1. Los enfermos eran casi todos marineros, cocineros y gente de mar. Sólo dos eran de color. Únicamente uno, no había estado nunca en el extranjero y adquirió la enfermedad en Hamburgo. En el 90% de los casos el mal fue contagiado por coito: La incubación importó término medios 30 días. A pesar de numerosas investigaciones, no se consiguió comprobar el agente. En los casos aquí observados estaban atacadas exclusivamente las glándulas de las ingles y pelvis. Las llamadas lesiones primarias, o sea defectos superficiales del epitelio, se registraron muy raras veces. Al principio se encuentra n menudo una leucocitosis con aumento de las células neutrofilas. Si no hay intervención, las glándulas entran en supuración y se forman numerosas fistulas por las

que sale el pus. En algunos casos las adenitis remiten con compresas y tratamiento no específico. En los casos rebeldes, hay que extirpar con el bisturí los restos de las glándulas. Lo mejor es extirpar el bubón no reblandecido aun.

En los casos pronunciados, el diagnóstico no es difícil. La prueba de Frei (antígeno del pus) es específica.—Para designar el síndrome descrito, el nombre, "bubón climático" sigue siendo el más apropiado.

(Autorrelato).

Es necesario practicar el tacto vaginal lo menos posible en período obstétrico, tanto durante el parto, como en el embarazo y puerperio. Así mismo en las amenazas de aborto: Baudelocque lo enseñaba: Se evita, decía, fatigar y atormentar la mujer tocándola frecuentemente en el curso del trabajo del aborto, cuando se verifica en los dos o tres primeros meses del embarazo.

Y también es necesario i las exploraciones vaginales muy frecuentes en práctica ginecológica, lo mismo conviene evitarlos embrollos inútiles.

HENRI VIGNES

El júrame oto de un médico árabe-judío del siglo XII

EL doctor **Enzo Maronni, de** Venecia, ha publicado recientemente **en la *Ilustracione Medica***, un estudio relativa a Maimonide, nacido en Córdoba, en el año 1135, gran teólogo y moralista judío, y médico en **la** escuela árabe. Su fama de médico era tan grande que el rey de Inglaterra, Ricardo 1o, lo invitó varias veces a ocupar el puesto de médico de la corte.

Destacamos de este estudio el juramento o más bien la plegaria del médico tal como lo concebía Maimonide. Estas plegarias, "motto" y testamento espiritual en cierto modo del médico, **estaban** muy en boga entre los Árabes y procedían del juramento de Hipócrates. La Plegaria de Maimoní-de de la que **más** abajo reproducimos los principales pasajes, sedestaca del os numerosos documentos similares.

"¡Dios de la bondad! Tú has formado el cuerpo del hombre con una infinita cordura y has reunido *en* él innumerables fuerzas **destinadas** a mantener y conservar esta preciosa envoltura de su alma inmortal.

«Pero sobre esta materia **frágil** las pasiones desencadenadas traen el desorden, y el cuerpo vuelve a caer en el polvo de donde ha salido. Pero antes de *que* esta ruina sea consumada, tú le **envías** las enfer-

medades que le previenen del peligro.

«Al hombre le has comunicado tu cordura y le has enseñado *a* socorrer a su semejante que sufre, a bien conocer su cuerpo, extraer de los escondrijos mus **ocultos las** esencias saludables, a profundizar sus virtudes especiales y a preferirla y emplearlas para que rindan el **servicio** al cual están destinadas.

«Yo mismo fui escogido por tu previsión eterna para velar sobre la vida y la salud de tus **criaturas**. Que tu ayuda me sostenga en **esta** obra para que pueda llevarla a buen fin.

«Sosten las **fuerzas** de mí **corazón** y de mi alma para que yo pueda prestarme, con igual humor, a servir al rico y al pobre, al **honrado** y al malvado, al amigo y al enemigo y a no ver en el enfermo sino mi propia imagen, bajo el sufrimiento . . .

"Que mi pensamiento permanezca dueño de si mismo ante la cama del enfermo, que ninguna fantasía venga a distraerlo, que no vea yo sino lo que la experiencia y la reflexión puedan sugerirme sin que mis meditaciones sean **turbadas**, pues grandes y sagradas son las obras meditadas en **la soledad**.

"Inspira a mis enfermos una ple-

na confianza en mi y en mi arte, y una obediencia absoluta a mis ordenanzas. Aparta de ellos al charlatán quien destruiría lo que yo he podido realizar gracias a la asistencia de tu bondad: y asimismo, aparta de ellos el enjambre de los parientes aconsejadores y de las mujeres habladoras y porfiadas, gen les nefastas por su vanidad.

«Si otros médicos más instruidos quieren servirme de guías y de consejeros, inspírame confianza, obediencia y gratitud hacia ellos, pues el estudio de nuestro arte es inmenso y cierto es que no es dado a uno solo saber todo.

"Haz que yo tenga la dulzura necesaria para con mis enfermos y la paciencia para con mis colegas de más edad quienes orgullosos de su ancianidad, quisieran rechazarme, censurarme, dominarme, aniquilarme.

«Permite que yo **pueda** aprovecharme de los bienes que una larga experiencia ha podido conferirles pero que sus presunciones no sujeten nada mi alma pues, si se reflexiona, son viejos, y la vejez no

está siempre exenta de pasiones y de locuras.

"Concédeme la fuerza, la facilidad y la ocasión de rectificar siempre mis conocimientos adquiridos y de extender el dominio de ellos pues si el arte es inmenso, el espíritu del hombre puede igualmente extenderse sin fin y enriquecerse cada día de nuevos conocimientos, puede descubrir hoy muchos errores en su saber de ayer y el día siguiente pudiera traerle luces insospechadas hoy.

«Dios de la bondad, asísteme para que pueda cumplir con felicidad mi misión, pues nada le sale bien al hombre sin tú socorro».

Formulemos la cura do reposo con precisión y minuciosidad pues es a ese precio que la cura de reposo será eficaz, prolongará y calmará los tísicos condenados inmovilizará las lesiones evolutivas, detendrá los procesos iniciales, en una palabra será útil y saludable.

MA URICE PERRIN.

Doce casos de coqueluche y sus complicaciones tratados por enemas de *eter* compuesto y aceite de olivas

POR LOS DOCTORES

ALFREDO MARTÍNEZ VIVOT y **REYNALDO AGRELO**
Subjefe. Médico adjunto.

Al presentar este trabajo al cuerpo médico, sobre tus convulsa y sus complicaciones, no tenemos la pretensión de enseñar una cosa nueva, sino confirmar una vez más los excelentes resultados obtenidos por otros colegas con el procedimiento de la eteroterapia.

Nos guía el propósito elevado de confirmar la primera publicación entre nosotros, sobre la eteroterapia, cuyo autor, el Dr. Hernando Magliano, hizo en LA SEMANA MEDICA, n° 23, año 1926, donde pide se hagan mayores ensayos.

Los resultados obtenidos en la sala, así como en el consultorio externo y clientela particular nos ha llevado al más íntimo convencimientos, de los excelentes resultados que se obtienen con ese tratamiento, lo que confirmaría las observaciones del Dr. Maguano posteriores a su primer trabajo y publicadas en LA SEMANA MEDICA, n° 5, 1928, y no 35, 1929.

De algunas historias clínicas que acompañamos en el presente trabajo, se 'f (Apremien los excelentes resultados obtenidos y que

merecerá, de nuestra parte una nueva comunicación estadística del servicio de Coqueluche (Sala y consultorio).

Ampliando nuestras investigaciones, hemos usado en todos los enfermos tratados, fórmulas compuestas con gomenol y eucaliptol, comprobando la eficacia de dicha combinación.

Hemos tratado varios casos de neumonía y bronconeumonía habiendo obtenido resultados siempre halagüeños que nos inducen a continuar y aconsejarlo con todo entusiasmo. En éste compuesto, el alcanfor como tónico cardíaco, el gomenol y eucaliptol como balsámico y fluidificante de los exudados de las vías respiratorias desempeñan importantísima función completando la acción tónico cardíaca del éter.

No hemos olvidado la eficacia y los resultados favorables del eter, que si bien se ha dejado de usar por vía intramuscular debido o lo doloroso, a las neuritis y escaras que produce (opinión de] Dr, Alberto M. Marque, LA SEMANA MEDICA, n° 17, 1928J, habiendo comprobado uno de noso-

tros (Dr. Martínez Vivot) que el dolor es tolerable y que la producción de neuritis y escaras es cuestión de técnica. Pero tiene la desventaja de que debe ser aplicada, por médicos y no con la facilidad de la enema que lo hacen los íntimos del paciente. La nueva vía rectal estudiada por los doctores Mariano, profesor Imaz, Tonina y Montanaro, permite usar dosis aún mayores que las empleadas, en los casos que presentamos sin ningún temor a molestias o inconvenientes.

Hemos observado en algunos niños, que las enemas de éter les produce sensación de molestia, fenómeno explicable por la absorción del éter en el intestino; ésta molestia es pasajera y sin importancia; muchos de ellos no acusan la más mínima sensación de incomodidad.

En todos los casos tratados con enemas de éter compuesto hemos notado, en primer lugar, tolerancia perfecta y luego beneficio inmediato.

La intensidad de los ataques convulsivos cede marcadamente; si existen fenómenos de bronquitis o alveolitis mejoran pronto y la curación de la coqueluche es obtenida en poco tiempo.

Acostumbramos dar 1 c. c. de éter compuesto n° 2 en 6 c. c. de aceite.

Se practica la enema por la noche previo lavaje intestinal con suero fisiológico o cocimientos de malvas.

Además creemos que el olor como se elimina en substancia

sin modificaciones de ningún género, y es posible que tenga una acción microbicida que se certificaría, con la preparación de vacuna por esterilización al éter.

Elisabeth C. de 5 años, Alemana; Hipercoqueluche. Presentaba gran cantidad de accesos de tos quintosos (25 por la noche) cianosis, vómitos—bronquitis gruesas en ambos pulmones, temperatura 38 y 5.

So le practicaron seis enemas de éter compuesto n° 2, día por medio, previo lavaje intestinal de cocimiento de malvas, teniendo apretadas las nalgas durante uno* minutos y poniendo un tapón de algodón con vaselina blanca para evitar su expulsión.

En la primera enema, la niña tuvo casi la mitad de accesos en la noche, continuando al tratamiento en los días siguientes; la tos disminuye entre la tercera y cuarta enema, al llegar a la sexta, el pulmón estaba en estado normal, la fiebre desaparecida y la tos aunque normal, la fiebre desaparecida y la tos aunque persistía era muy poco y no había vómitos ni cianosis.

Isabel C., 3 años; Coqueluche y Bronconeumonía.

Esta enfermedad se presenta después de 25 días de coqueluche (dice la madre). Hoy presenta aleteo de nariz, tiraje supra e infra esternal, disnea, quintas características de tosferina, fiebre alta, 39o 8.

Rales subcrepitantes en ambos pulmones de todos tamaños timbre y soplo tubario en pulmón

derecho. Se le practican enema de éter compuesto n.º 2, como en los casos anteriores la enferma mejora desde la cuarta enema (los s pulmonares, la fiebre y la disminuyen notablemente). Se continúa con las enemas, dos lía, hasta diez y seis, y algunas inyecciones de aceite alcanforado 1 c. c. por la noche (total tres). Se dá de alta curada después de 22 días de tratamiento.

Año 1928.

P. T., 4 años.

Un mes de coqueluche. Solu-ción n' 2 Curado. Elvira A , 1 año 7 meses. Coqueluche. Solución n ° 2

Curada. R, P., 5 meses.

Coqueluche inicial, heredo específico. Solución n ° 1 Curado.

Juan Jose C. Coqueluche. Solución n" 2 Durado.

Años 1930.

Ángel T., 15 meses. Coqueluche. Solución n" I Curado.

Elena S., 10 meses. Enemas de éter 5 c. c. aceite de olivas 60 ce. 20 por día. Curada. Leopoldo L. P. Coqueluche. Enemas de éter compuesto. Curado. Inés P., 4 años. Enemas de éter 5c. c. aceite de olivas 60c. c, 20c. e. por día; 15 días de tos. Padecía accesos intensos con apnea e intensas cianosis. Curada. Julia V., 2 y 1/2 años. Enemas de éter 5 c, c. aceite de olivas 60 o. c. Tos convulsa, fatiga, fiebre, diez días de tos. Curada. Lidia Q-, 3 meses, ("nemas de éter compuesto n. I. Coqueluche inicial. Curada.

BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

Dr. Magliano.—La Semana Médica, 1926. 28, 29.

DR. Ignacio Imaz.—"P.M. A., 1927.

Dr. Tonina y Montanaro.—La "Semana Médica", año 1929.

Dr. Smith Han ge.—Tesis sobre Coqueluche.

NOTAS

En la sesión celebrada por la **Asociación** Médica Hondureña el 6 del presente se acordó" aceptar la renuncia interpuesta por el Doctor Ramón Valladares del cargo de Redactor de la Revista, por motivo de enfermedad, y **fue** electo para sustituirlo el Doctor Manuel Cáceres Vijil, quien ya entro en funciones.

En la misma sesión fueron electos los secretarios, conforme a la reforma aprobada del artículo referente a ellos, en la forma siguiente: Secretario General Dr. Romualdo H. Zepeda; 1er. Prosecretario Doctor Carlos Pinel h. 2v Prosecretario Doctor José Manuel Davila.

Hemos empezado a recibir las **potables** revistas argentinas. El Médico y La Semana Médica. Mucho agradecemos su envío y tenemos el gusto de reproducir en la nuestra algunos de sus trabajos, para difundir más la ciencia argentina, darla a conocer más entre nosotros y estrechar las relaciones científicas entre la Argentina v Honduras.

Habiendo aceptado los Doctores Pedro B. Landabure y Rodolfo González Bosch la **designación** de la Asociación Médica Hondureña de colaboradores, de la Revista Médica Hondureña, serán tenidos como tales de hoy en **adelante** agradeciéndoles mucho su deferencia.

Hemos recibido la elegante y espléndida Revista Médica cuba-correspondiente al mes de septiembre y dirigida por los Doctores A Iberio S. de Bustamante y Carlos E. Kohly.

Mucho nos honra con su visita la Revista Médica Cubana.

Habiendo llegado al término de jubilación el Profesor Roger Decano de la Facultad de **Medicina** de París, fue electo para sustituirlo el Profesor Baltazard.

Con frecuencia nos llegan solicitudes de sociedades y bibliotecas departamentales pidiendo el envío de nuestra Revista. Gustosos accedemos a sus peticiones.