

## El tratamiento de ataque de la sífilis por el Bismuto Liposoluble

El Profesor Schwartz acaba de publicar un interesante estudio acerca del tratamiento de ataque de la sífilis por el bismuto liposoluble, estudio en el que llega a conclusiones radicales y en un todo demoledoras de las concepciones que se tienen acerca del tratamiento de la temible enfermedad.

Las conclusiones se dan en el tratamiento de 5.000 casos de Sífilis en el Hospital Cochín en el

Servicio del Profesor Foarnier.) Todos esos casos han sido tratados exclusivamente por el bismuto, cualquiera que sea el período en que se hallaba el enfermo y los resultados han sido sencillamente maravillosos, según la frase del autor.

En esta experiencia en grande escala se ha suprimido totalmente el empleo del arsénico y del mercurio, de modo que las con

esto podemos decir que la tiroidectomía tiene más probabilidades de traer mayores beneficios cuando más temprano se haga. [Ejemplos: fichas; 2760 (H. de Cl.), 913 (H. R.), 989 (H. R.)].

Hay, sin embargo, casos, afortunadamente los menos, en que este criterio no puede aplicarse porque han sido intensamente tóxicos desde su comienzo [v. gr.: fichas: 840 (H. R.) y 493 (H. R.)].

Si la precocidad en la tiroidectomía es un buen indicio para esperar un mejor resultado, la modalidad clínica del caso y la extirpación en grado suficiente de la glándula, constituyen los factores más importantes para fundar el pronóstico.

Porque así como hay basedonianos que son graves desde el comienzo, hay los que toleran su mal con manifiesta benignidad

durante varios años. Ejemplo de esto último son las fichas 985 y 665 (H. R.), de 7 años de antigüedad cada uno, que llegaron al servicio con un metabolismo basal de + 24,4% el primero y de + 39% el segundo, y la operación los volvió a la salud.

### BIBLIOGRAFÍA

(1) Pemberton J.—Mayo Clinic. Año 1929. Pág. 544-454, y también Sistrunk W. F., Mayo Clinic. Año 1928. Pág. 541-543.

(2) F. De Quervain.—Le Goitre, pág. 162 A. Maloine et Fus (Paris).

(3) Haines S. F. and Boothby W. M.—The value of oxygen treatment after thyroidectomy. Mayo Clinic. Año 1928. Pág. 566-575.

(4) Bartlett.—Surgical treatment of goiter. Pág. 283.

Del *Día Médico* de Buenos Aires,

clusiones son de un valor indiscutible.

Se inició el estudio con el empleo de sales insolubles de bismuto, pero a pesar de éxitos sorprendentes, se decidió a abandonar esas preparaciones por algunos inconvenientes dignos de tomarse en cuenta.

Su absorción es más lenta que la del arsénico, es muy irregular, lo que a veces ocasiona gingivitis y raras veces han provocado abscesos bismúticos.

Por fin se logró hallar un bismuto liposoluble que reúne casi todas las condiciones necesarias, el Biazancon. Han sido tratados 1.500 casos, con el cual se han obtenido éxitos inmediatos tan brillantes como el arsenobenzol, con resultados serológicos mayores y más constantes los que dan los arsenicales intravenosos.

El sistema seguido por el Profesor Schwartz ha sido el siguiente:

1.—Primera serie de 12 inyecciones de 0.08 de bismutoliposoluble. Tres inyecciones la primera semana, dos inyecciones las semanas siguientes.

2.—Reposo de un mes.

3.—Segunda serie igual a la primera.

4.—Reposo de un mes.

5.—Tercera serie

6.—Reposo de tres meses.

7.—Cuarta serie.

8.—Durante varios años subsiguientes dos series de inyecciones por año.

Durante todo el tratamiento se

harán repetidas reacciones de Bordet Wassermann y se vigilarán cuidadosamente las encías a la menor señal de estomatitis.

Con la primera serie el 33% de los enfermos presenta una reacción negativa; con la segunda otro 33% y con la tercera los restantes siendo excepcional que al concluir la tercera serie haya reacciones positivas.

Con este tratamiento no se presenta casi nunca ninguno de los inconvenientes de los bismutos insolubles o de los arsenicales intravenosos.) Ni estomatitis ni albuminuria ni embolias se observan sobre todo cuando se emplean dosis proporcionadas a la edad y al peso del individuo.

#### **La premunición contra la Difteria por la piel**

Lowenstein de Viena acaba de publicar los resultados de su método de prevenir la difteria vacunando a los niños por medio de una pomada que contiene cultivo diftérico total formulado sin filtrar.—Tres fricciones a 15 días de intervalo sobre el dorso lavado y desengrasado del niño, le han permitido vacunar 125.000 niños, sin haberse observado reacción local ni general.

Si este procedimiento es confirmado por nuevas y más rigurosas observaciones valdría de sustituirlo al viejo procedimiento que exigía tres inyecciones, que a menudo provoca reacciones febrilísimas, que a veces inmunizaba incompletamente y necesita

Va aplicación previa de la prueba de Schiga en los adultos y en los adolescentes.

#### La Fórmula Leucocitaria en la Apenaicitis.

Goodale y Manning estudiando la fórmula leucocitaria de cuarenta individuos, la víspera de ser operados, obtuvieron los resultados siguientes:

En los casos en que los apéndices presentaban lesiones microscópicas y macroscópicas se encontró aumento de los leucocitos con neutrofilia manifiesta y desviación a la izquierda del hemograma Schilling. En las apendicitis crónicas hay también leucocitosis y la neutrofilia sin ser constante es frecuente, pero el hemograma no se desvía a la izquierda. En los apéndices poco o nada alterados ni hay leucocitosis ni neutrofilia frecuente ni desviación del hemograma hacia la izquierda.

De allí deducen los autores que la leucocitosis con neutrofilia y desviación del hemograma a la izquierda permite asegurar la existencia de un proceso agudo apendicular.

#### Oclusión intestinal de origen apendicular

Paul Guibal de Bezier publica en la Prensa Médica un interesante estudio sobre la oclusión intestinal de origen apendicular, haciendo ver su extremada frecuencia que llega a ser un 18%.

Dada la generalización del a-

pendicitis consideramos de alguna importancia glosar el estudio de referencia.

La oclusión puede presentarse en el curso de una apenaicitis crónica o aguda. Durante la primera sus síntomas son tan poco netos que el diagnóstico puede no ser hecho.

Pero generalmente la oclusión se presenta en la faz aguda de la enfermedad después de la operación. En este último caso puede aparecer ya sea inmediatamente después de la intervención, ya una o dos semanas después o tardíamente.

Cuando la oclusión es precoz, es decir cuando aparece en las dos primeras semanas que siguen a la operación, el padecimiento puede tomar la forma crónica, presentando fases de remisión que pueden engañar al clínico, haciéndolo demorar una operación que hecha a tiempo sería la salvación del enfermo.

La forma inmediata, en cambio tiene una sintomatología tan clara, que sería difícil equivocarse.

El tratamiento tiene sus indicaciones especiales que pasaremos en revista.

La célebre fórmula, ni muy temprano ni muy tarde debe ser seguida aquí estrictamente, fórmula que sólo la experiencia permite llenar con exactitud.

Una operación precoz, puede ser, por lo menos inútil y el autor señala casos en los que habiendo fijado para algunas horas después la operación una debacle del in-

testino ha impedido una intervención que podía haber sido perjudicial para el enfermo.

Debe en cambio temerse una intervención tardía cuando se trata de enfermos agotados por una intervención anterior, por la inanición consiguiente y por la intoxicación producida por la enfermedad inicial.

El autor considera que la mejor vía para la intervención en este caso es la vía media por ser más amplia y más limpia que la que se abriría operando en la región ilíaca.

La anestesia debe ser local cuando el estado del enfermo es delicado, pero en la mayoría de los casos la anestesia general por el método de Schleich es preferible.

Los cuidados anteriores a la operación son los comunmente empleados en estos casos: lavado del estómago. Inyecciones abundantes de suero artificial y de tónico-diacos, intravenosas de 20 c. c. de suero clorado hipertónico antes y después de la operación.

Al abrir la cavidad intestinal se tropieza con la gravísima dificultad de que las asas intestinales obstruyen completamente las maniobras del cirujano, por lo cual es conveniente hacer una punción en la asa intestinal más dilatada, más congestionada que se encuentra al fin de íleon, colocando un tubo de tkenage N° 20 por el que saldrá una gran cantidad de gases y líquidos.

Encontrado el obstáculo se pro-

cederá a removerlo conforme a las técnicas habituales, apendicectomía, sección de una brida, liberación de una adherencia,

Pero cuando se trata de una peritonitis difusa, toda tentativa de liberación de adherencias es peligrosa porque expone generalmente a desgarraduras del intestino, desnudamiento de la serosa y a la reproducción de las adherencias cuando han logrado ser liberadas.

En tales casos lo único que queda es hacer la enteroanastomosis o la en te rostro mí a, debiendo preferirse la ileostomía en el último caso, porque generalmente el obstáculo se encuentra en la última porción del íleon.

La conducta que debe observarse frente al apéndice es muy variable según las circunstancias. Se impone su resección cuando es el agente directo de la oclusión, por apenaicitis crónica.

Pero si no es causa directa de la oclusión queda a juicio del cirujano removerlo o no.

Hecha la laparotomía media, el cirujano abordará en caso necesario el apéndice por la vía ilíaca, reseándolo si es posible o limitándose a abrir el absceso en caso contrario.

El pronóstico de esta complicación apendicular es gravísimo y la mortalidad llega a ser de 50%, pero puede ser mejorado si no se opera muy tardíamente, si no se abre un absceso de peritonitis plástica y si se sigue el procedi-

miento de Witzel a la hora de la enterostomía.

Siguiendo estas indicaciones el autor ha operado ocho casos con ocho curaciones.

#### Muerte súbita por inyección intravenosa de quinina

M. Tamalet relata en la Sociedad de Medicina, Cirujía y Farmacia de Tolosa, algunos casos de muerte súbita en el curso de inyecciones intravenosas de quinina, hechas con toda clase de precauciones.

El primer caso era el de un niño de trece años al cual se le inyectaban cincuenta centigramos de clorhidrato de quinina y urea

diluidos en veinte gramos de suero glucosado isotónico. No se había concluido la inyección cuando el niño presenta algunos sobresaltos y muere.

En el segundo caso se trata de una señora de 46 años, obesa, a la cual se le inyecta un gramo de quinina diluido en 30 de suero glucosado. Apenas termina la inyección la enferma cae en el coma, tiene convulsiones epileptiformes en el lado izquierdo. Después de media hora estos síntomas desaparecen y la enferma se recupera.

Cosa semejante pasa con un niño de siete años al que se le in-