

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

Dr. Salvador Paredes P.

Redactores

Dr. Ricardo D. Alduvín

Dr. Manuel Larios Córdova

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Secretario de Redacción:

Dr. Tito López Pineda

Administrador:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año II |

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Julio de 1931

| Núm. 15

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

En repetidas ocasiones hemos ocupado esta página para recomendar a los colegas el estricto cumplimiento de las reglas que rigen la moral profesional; hemos execrado con palabras de fuego a quienes transformaban el sagrado ministerio en medio de lucro feroz y criminal; hemos ensalsado a los individuos que por sus virtudes, esfuerzo, capacidad y valor iluminan con su ejemplo la senda que debemos seguir y queremos hoy ocuparnos de un aspecto lastimoso de la moralidad profesional, llenos de vergüenza y de piedad para quienes no pudiendo triunfar de otra manera acuden a ruines y miserables medios.

Se trata de la difamación de colegas. Se dice con el mayor aplomo de la tierra: no busque a fulano, es un ignorante; cuídese de sutano, es un bárbaro; no se deje operar de mengano porque se muere; aquél le cobrará muy caro; éste lo va a estafar; el otro le trabajará gratis pero mal y así por el estilo son las menudencias que se gastan & diario.

Aunque es muy difícil sentar cátedra de moralidad, no lo es denunciar los hechos tal como llegan a nuestros oídos, es nuestro deber y obligación.

La Sociedad Médica estima como uno de sus más altos postulados el de velar por la armonía y moralidad de sus miembros y así copio está presta a cooperar en ayuda de los necesitados, también le abundará valor y energía para reprimir los abusos e insolencias de los descarriados.

Muy peregrina es la idea de creer que cuanto más desciende el nivel social o profesional de los otros, más suben los valores de quienes se ocupan de difamar a sus compañeros. Tal vez aceptaríamos ese medio de escalar una buena posición si no existieran aquellos encerrados en los cercos de la decencia, la capacidad, el estudio, la dedicación, el desinterés y el amor a sus semejantes. Tal vez las necesidades apremiantes de la vida, tal vez el hambre con sus garras implacables, rasgan los tenues velos que cubren el honor y la dignidad de los demás, sin misericordia, para saciar su voracidad en las blandas y suaves carnes de los hombres que ejercen la profesión con devoción de apóstoles. Sin embargo, ni aun en esos casos extremados concedemos eficacia al procedimiento. No. Hay un ojo avisador que está por encima de todos; hay una conciencia pública que instintivamente rechaza la calumnia; hay un cuerpo médico asociado, con el deber de arrazar con esas malas hierbas que pululan al amparo de una falsa humildad, que viven destilando el veneno de sus odios concentrados a ras de tierra, como las víboras.

Nosotros, los que estamos por encima de todas esas miserias humanas, ni nos molestamos, ni resentimos; ni mordidas ni ladridos de canes rabiosos remontan hasta las conciencias tranquilas, satisfechas y contentas de] fruto de sus labores; pero hay un honor profesional, hay un honor nacional que no pertenece a Juan ni a Pedro, y que estamos todos los hijos de Esculapio obligados a mantener muy en alto; hay una Patria que vale más que los tesoros de un Dorado fantástico, a quien pertenecemos y a quien debemos hacer incondicional ofrenda de nuestras vidas, dignificarla, servirla, amarla con delirio, y sacar de sus desgracias, en vez de lágrimas y lamentos, lecciones y energías para remediar sus males, en el entendido que serán nuestros nietos los disfrutadores de la cosecha de esos granos que hoy sembramos.

Deténganse queridos colegas, vuelvan al camino honorable; respeten si quieren ser respetados; el lodo arrojado a los demás, bien puede ahogarnos al menor descuido.

Algunas Ideas sobre el Tratamiento de los vómitos habituales del lactante

Creemos que en nuestro país no hay un solo médico que no haya tenido ocasión de ser consultado y requerido para asistir a un niño que vomita después de cada tetada ya que éste es un síndrome bastante común y anasó uno de los que más preocupan a las madres de familia.

El problema se presenta a veces con sencillez desconcertante y para resolverlo, bastará en semejantes casos imponer una **dic**-ta hídrica, que en general no pasará de nueve horas. Pero ocasiones hay, y muy frecuentes en que el problema es confuso, complejo, hasta el punto de comprometer la vida del lactante y poner en entredicho la reputación

del facultativo consultado, Siguiendo un orden lógico el médico debe ante todo tratar de descubrir la causa de tales vómitos.

En general después de algunas eliminaciones fáciles, nos encontramos frente a uno de estos tres problemas: *Se trata de la enfermedad de los vómitos habituales? De vómitos periódicos, con acetonemia?* o bien *nos hallamos frente a una estenosis congenital del piloro?* Tal es la incógnita que el médico debe resolver. Tales son las afecciones entre las cuales debe hacer su diagnóstico positivo, o al menos de probabilidades. Sólo las dos primeras incumben a sus actividades, la úl-

Hay una juventud que mira y palpa nuestros actos; pesa los quilates de cada uno; avalora sincera y serenamente el valor de sus conductores. No tenemos el derecho de darle malas enseñanzas; al contrario; hasta el sacrificio debemos llegar para hacerla aprender no solamente la ciencia médica, las técnicas y fórmulas para curar sino sobre todo una moral sencilla, adaptable a nuestro medio, un respeto comedido al colega, sea quien fuere, y sobre todo un destierro definitivo de las emanaciones mefíticas del psiquis tan propias, y tan detestables, de la especie humana.

Triunfadores serán quienes venzan la fiera interior. Justos quienes en ellos reconozcan el mérito de haber sabido atortolar con fuertes cadenas la ferocidad de sus pasiones.

El gremio médico de Honduras no debe distinguirse por amoral. Tiene mejores y más vastos campos donde desarrollar sus actividades.

Tegucigalpa, Julio de 1931.

tima corresponde al cirujano.

Los signos propios a cada afección permitirán despejar la incógnita, no sin olvidar, que entre una y otra *de* estas manifestaciones patológicas, se coloca toda una serie de formas clínicas cuya determinación requiere un examen riguroso, una detenida observación y el dominio de conocimientos especiales.

En este artículo sólo nos proponemos dar a conocer algunas nociones, sino nuevas al menos útiles, en lo que concierne al tratamiento de los *vómitos habituales del lactante*. Sobre su etiología, patogenia, síntomas, etc., no haremos hincapié, ya que estos capítulos pueden ser consultados en cualquier manual de Pediatría.

Ulteriormente escribiremos otros artículos sobre los vómitos periódicos con acetonemia y la estenosis congénita del píloro para que el lector se de cuenta de cual es la conducta que en uno y otro caso debemos observar.

La enfermedad que nos ocupa ha sido estudiada en Estados Unidos de América por numerosos y reputados autores entre los cuales figuran notablemente, Stedman, Snow, E. Holt, Rachford, Whitney y Griffith, en Francia por Marfán, Nobecourt, Lerebttmlet, Rivádau, Dumas, Lesné, Comoy, Hutinel y Pehu, todos ellos mundialmente conocidos; en Alemania por Hecker, Wolmer, Finkelstein, Mosser, etc. En Italia por Cosolinio Busa,

Furno y otros; en Inglaterra por Laugmead, Hopkins; en Sud América por Torres Umaña, Gerbino, etc. De ahí pues, que la etiología sea en la actualidad objeto de diversas interpretaciones.

En primer término deben colocarse los vómitos de origen alimenticio debidos a:

1?—Ingestión muy rápida o en gran cantidad de alimentos (fleche). Es lo que notablemente se designa con el nombre vulgar e indeterminado de indigestión y que se observa en todas las edades, es decir, lo mismo en el niño de pecho que en el adolescente y el adulto.

2?—Ingestión prematura de alimentos sólidos.

3?—Ingestión de alimentos alterados; y

4?—Mala composición química de leche, ya porque sea muy rica en grasa y pobre en caseína, ya porque contenga productos tóxicos emetizantes provenientes de la alimentación de la madre o de los estados patológicos que ésta pueda presentar. A veces la leche puede estar químicamente equilibrada pero las secreciones gástricas del niño son insuficientes. En este caso la coagulación inicial y la disolución secundaria de la leche, necesarias al tránsito intrapilórico, no se producen y el bebé rechaza 1 o 2 horas después de la tetada, gran cantidad de leche no coagulada.

En segundo lugar los vómitos pueden obedecer a una causa mecánica: imperforación del esófago, divertículo del esófago, in-

suficiencia de las fosas nasales. En este último caso el niño al mismo tiempo que ingiere la leche se ve obligado a respirar por la boca deglutiendo gran cantidad de aire q' al distender el estómago de manera considerable provocando hipo y contracciones del orden reflexo que terminan por evacuar el contenido estomacal. El mismo resultado se registra cuando, sin haber insuficiencia de las fosas nasales, el seno de la madre, por su volumen, cubre los orificios de entrada obligando al pequeño, de este modo, a respirar por la boca. Bastará en tales casos aconsejar a la madre que tome las precauciones necesarias a manera de que sólo el pezón quede en contacto con la boca del niño.

En tercer lugar gran atención debe prestarse al *sistema nervioso*; para no pocos autores todo el síndrome dependería de él. En efecto, la gran mayoría de los enfermos pertenece a lo que el profesor Laude llama "pequeños nervios irritables". En ellos parece ser que el factor espasmo juega un papel principalísimo explicándose o justificándose así los nombres de *Gastritis espasmódica*, *Espasmo del Píloro*, *Espasmo del Cardias* y *Gastro-Neurosis emetizante* con que sucesivamente ha sido designado el síndrome que nos ocupa.

Ciertos niños presentan a la vez espasmo gástrico e intestinal de donde la producción de vómitos y constipación (forma grave) y un espasmo habitual o intermitente de la musculatura ab-

dominal. Para Lesage se trata en semejantes casos de una "gastritis espasmódica". Para Nobecourt de una crisis "tetania oculta" y para Marfán de una "gastro-neurosis emetizante".

Como ya dijimos, algunas de estas denominaciones tienen su justificación si se toma en cuenta el punto de partida de la contracción estomacal; así: si a la simple inspección o palpación, o lo que es mejor a la radiografía se constata que el asiento del espasmo está en el píloro, se tratará de un **píloro-espasmo**; si en el cardias, de un **cardio-espasmo**; si es el estómago en conjunto el que se contrae, de una **gastritis espasmódica**, etc., etc.

En cuarto lugar, recordemos que el Profesor Marfán y su escuela han incriminado duramente a la sífilis congénital "como la causa más frecuente, sino la sola, de la enfermedad de los vómitos habituales del lactante". Es ella, dicen, la que determina la súper excitabilidad de la mucosa estomacal, excitabilidad que se traduce por un gastro-espasmo emetizante.

Para hacer tales afirmaciones estos autores se han basado en extensas estadísticas de coexistencia de sífilis congénital y vómitos habituales.

Sin embargo, todos sabemos hasta la saciedad que en medicina no hay nada absoluto y que el mejor partido es el de ser e-cécticos.

Respetemos pues la autorizada opinión del insigne Pediatra francés pero no por eso olvide-

mas las otras causas ya citadas cuando nos encontremos frente a un niño padeciendo de vómitos habituales.

En fin, no insistiremos sobre los vómitos sintomáticos de algunas afecciones como: apendicitis, oclusión intestinal., síndrome de Hirshprung, peritonitis, meningitis, tumores cerebrales, rino-faringitis, etc., por no acomodarse al presente estudio.

Y por último, recordaremos que E. Weil y Hutinel han observado casos de vómitos habituales de origen *amafiláctico*, es decir, debidos a intolerancia por la leche.

Expuestas las anteriores ideas necesarias para la mejor comprensión de la conducta terapéutica, permitásenos abordar la parte esencial del presente artículo: el tratamiento.

Iniciamos ahora el capítulo más interesante del pequeño estudio. En efecto, en las líneas que siguen el lector encontrará no sólo algunas nociones esencialmente prácticas, sino también toda una conducta en lo que al tratamiento de los vómitos habituales del lactante se refiere. Desde luego no creemos demás advertir que algunas de las ideas adelante expuestas las extractamos de las más recientes enseñanzas de los Profesores Marfán y Nobecourt y de los doctores J. Hutinel y Lesné.

Ante todo, dice Marfán, el tratamiento comprende das partes:

19—La elección del régimen alimenticio que mejor convenga al lactante vomitador; y

29—un ensayo de tratamiento anti-sifilítico, que en la mayor parte de los casos hay que combinar con un tratamiento anti-emético.

Régimen alimenticio.—Si difícil es establecer reglas de dietética aplicables a un adulto, más difícil es todavía crearlas y volverlas soportables, tratándose de un niño cuyo estómago es altamente delicado. Sí a esto agregamos que no es a un niño sano, sino a un niño que vomita y que vomita incesantemente a quien debemos imponerlas, fácil es comprender que la situación del médico, en semejantes casos, no deja de ser embarazosa. De ahí que en no pocas ocasiones el médico se vea obligado a "tantear" a "sondear" y variar las prescripciones según los caracteres y las fases de la afección. No obstante, existe un cierto número de principios de aplicación general.

Desde el primer momento someteremos a nuestro pequeño paciente a una dieta hídrica que por ningún motivo se prolongará más allá de nueve horas ya que la experiencia demuestra que la privación prolongada de alimentos no sólo es inútil sino también perjudicial, particularmente en estos sujetos que poseen una especial aptitud para deshidratarse con extraordinaria rapidez. Hay que impedir a todo precio la inanición, dice Marfán. Lo esencial, continúa, no es tanto suprimir los vómitos como alimentar al

enfermo. "Hay que alimentarlo a pesar de sus vómitos".

Pero, qué alimentos administrarle y cómo?

Sin lugar a duda la leche de mujer es el mejor. Si el niño es alimentado al seno se le dejará así, no -cambiando de nodriza sino cuando se haya comprobado que la leche de ésta le es perjudicial. Si al contrario el pequeño está sometido a la lactancia artificial se ensayará ponerlo al seno y sólo cuando esto no sea posible se le alimentará con leche de burra, alimento costoso y escaso en Europa pero felizmente al alcance de todas las fortunas, en nuestro país. Si por cualquiera circunstancia no pudiéramos procurarnos esta última, recurriremos entonces a la *leche de vaca descremada y azucarada*. El hecho de que la leche de vaca deba administrarse *descremada*, es un detalle que nunca debe estar ausente del espíritu del médico ya que de todos los componentes de la leche, la "crema" (grasa) es el peor tolerado por los lactantes vomitadores: es largo tiempo retenida en el estómago y da nacimiento a ácidos grasos volátiles, que son irritantes.

No olvidemos, pues: a defecto de leche de mujer o de burra, nos serviremos de leche de vaca descremada y adicionada de agua hervida azucarada al 10 % (primero a partes iguales, después al tercio y luego al cuarto) o bien como la han hecho notar Varriot, Laviaillie y Rousselot, de leche condensada, descremada y

azucarada. Se comienza en este caso por una solución débil: una cucharadita de leche condensada para 50 grs. de agua.

Pehu, Terrien y otros han elogiado calurosamente los resultados obtenidos mediante el empleo del "Babeurre y el Kéfir", productos ácidos desprovistos de grasa y sobre los cuales preparamos un artículo, que dentro de poco aparecerá en estas mismas páginas ya que en la actualidad ocupan ellos un lugar preeminente en el cuadro terapéutico infantil.

El Dr. Marcel Maillot en una comunicación reciente a la "Sociedad de Pediatría" de París, presenta una estadística de 55 lactantes atacados de vómitos habituales, tratados exclusivamente por medio de la *leche evaporada*.

"De estos 55 sujetos, dice, la leche evaporada nos ha dado 53 éxitos, de los cuales en 49 casos no hubo necesidad de adjuntar ninguna otra terapéutica. De una manera general, agrega, los resultados obtenidos por medio de la leche evaporada son tanto más satisfactorios cuanto que en la gran mayoría de los casos múltiples tratamientos dietéticos y terapéuticos hablan sido ensayados en vano".

La leche evaporada (método de Weill y Gardère) debe emplearse reducida a la mitad de su volumen inicial, por ebullición durante 110 a 120 minutos, a fuego lento, en un recipiente sin cubierta y teniendo la precaución de destruir la película que se

forma en la superficie".

El grado de reducción no es indiferente; en efecto, está plenamente demostrado que reducida al tercio no provoca la desaparición de los vómitos, aun agregándole un anti-espasmódico. El tenor en azúcar será el indicado anteriormente'.

Por la demás, la manera de administrar la leche evaporada no puede ser *más* sencilla para dar por dosis un poco *más* de la mitad de la cantidad que se administraría normalmente de leche ordinaria, *según la edad y el peso* del niño, teniendo la *esencial precaución* de administrar una hora antes de la ingestión de leche evaporada, una cantidad de agua hervida sencillamente igual a la eliminada por la evaporación. Tiene esto por objeto evitar los accidentes por carencia de agua sobre los cuales Chatin tanto 'ha insistido. También sería prudente dar un poco de jugo de frutas para no dejar de lado el factor vitaminas que por el momento está de moda.

Sí el niño es mayor de tres meses, podremos agregar a los alimentos precedentes, papillas de harina lacteada; si tiene más de cinco meses podremos aún enriquecer el menú con atoles a base de harina ordinaria, azúcar, agua hervida y caldo de legumbres a manera de constituir alimentos "un poco más espesos", para emplear la expresión de Terrien y Guillemot.

En cuanto a la técnica de administración del alimento elegido, necesario es hacer la distin-

ción de dos casos principales:

En *la: forma común* de vómitos' habituales, es decir, cuando no existe constipación,, se dará al niño una cantidad sensiblemente igual a la que tomaría si se encontrara en buena salud. Quiere esto decir que se le permitirá igual número de comidas: con los mismos, intervalos y cantidad para cada comida.

En *la forma grave*, es decir, la que se acompaña de constipación pertinaz; la fórmula será: comidas menos abundantes pero más numerosas que en el régimen normal.

Mas, sí a pesar de todo el bebé continúa rechazando todo lo que ingiere habrá que llegar hasta el extremo de darle de comer al cuenta gotas, valiéndose de alimentos fríos, helados. El líquido será vertido gota a gota en la boca cada tres o cuatro minutos. Con ese método, dice el profesor Marfán, que sólo una madre es capaz de aplicar, se llega en no pocas ocasiones a obtener la tolerancia gástrica y a conjurar los efectos de la inanición.

Epstein aconseja el puré de papas y al efecto se expresa de la siguiente manera: "Se deja tetar al niño como de ordinario, sin modificar la ración. Algunas minutos antes de cada tetada se le hace tomar una o dos cucharaditas de puré preparado sea con caldo de legumbres pobre en grasa, sea simplemente con agua y sal común. Se puede administrar este alimento aun a niños de uno a dos meses, que a las dosis indicadas su digestión no o-

frece inconvenientes".

Esta tolerancia es debida a que la leche de mujer contiene una amilasa muy activa que favorece grandemente la digestión de los amiloides. El solo inconveniente a. notar es la dificultad de los lactantes para ingerir el puré a causa de su estado semisólido y granuloso.

En fin, Gelston, de California "trata a los pequeños vomitadores de seis a-siete ζemanas de edad naciéndoles absorber, en 24 horas una papilla preparada con 350 grs., de agua hervida, 8 -cucharadas de harina de trigo o 15 de harina de arroz y una cucharada de azúcar. El todo *se inerve* al baño de María durante 3 y media horas, debiendo agregarse poco a poco la harina, durante los 15 minutos primeros. Terminada la operación, se divide lo que queda en 5 o 6 comidas para las-24 horas". A voluntad puede darse antes de cada comida una o dos cucharaditas de agua azucarada.

Y por último, cuando a pesar de los regímenes anteriormente citados los vómitos persisten y la inanición se hace presente, debemos ensayar un último recurso: la nutrición por el recto empleando los elementos cuya revisión venimos de realizar y de preferencia *la leche de mujer*.

Tales son las principales reglas de dietética aplicables al niño que vomita. Una vez desarrolladas, permítasenos pasar al tratamiento médico.

TRTAMIENTO MEDICO.—Teniendo en cuenta la autorizada

opinión del profesor Marfán en cuanto a que la sífilis juega un papel principalísimo en la génesis de la inmensa mayoría de los vómitos habituales del niño de pecho, será siempre prudente y aconsejable ensayar el tratamiento específico, de no importa qué manera: fricciones de unguento napolitano según la técnica corriente, solución de lactato de mercurio al uno por mil, calomel a pequeñas dosis, sulíarsenol, ectina, etc., etc.

A la medicación antisifilitica adjuntaremos siempre un *tratamiento anti- emético*.

En la *forma común se* emplearán los antidispépticos, particularmente aquellos que, como el sub-nitrato de bismuto unen a su acción terapéutica una acción mecánica al recubrir la pared estomacal suprimiendo así, en c' «fío modo, su excitabilidad. La siguiente fórmula es recomendable:

Subnitrato. de bismuto 2 grs.
Julepe gomoso ...;.... 45 „
Jarabe diacodi6n45 „

(AGÍTESE)

Tomar una cucharadita 5 a 10 minutos antes de cada comida, o bien: 4 veces por día 0.25 gr., de subnitrato de bismuto disueltos en un biber6n.

(Esta última forma de administrar el medicamento no nos parece del todo recomendable debido a la poca solubilidad del subnitrato).

■ Al mismo tiempo- se practicarán enemas de agua caliente 37? a 409) a razón de dos por día. Cada vez; se introducirán bajo

débil presión 120 grs., antes de Eres meses; ciento cincuenta (150) de 3 a 5 meses y 200 grs., después de 6 *meses*.

Varríot recomienda de manera entusiasta la acción antiemética del citrato de soda, así:

Citrato de soda..... 6 grs.
 Agua destilada 300 „

Una cucharadita en cada biberón de 50 a 60 grs.; 2 en un biberón de 150 grs. Si el niño está al seno se le darán 1 o 2 cucharaditas antes de cada tetada.

Jules Lemaire recomienda servirse del polvo de presura, polvo blanco, rico en fermento coagulante y conteniendo gran cantidad de pepcína. Para 100 grs. de leche bastará la tercera parte de una cucharadita de polvo. La leche se coagula pero agitándola el coágulo se divide en pequeños y finos copos que pueden perfectamente franquear los agujeras de la tetina. Si el niño *es* alimentado al seno bastará con disolver la misma cantidad de polvo en una cucharada de leche de mujer o de vaca.

Otros en fin, prefieren la papaina (fermento de origen vegetal cuya acción es semejante a la de la Pepsina animal) bajo la forma de jarabe y a la dosis de una cucharadita entre una comida y otra cuatro o cinco veces por día.

En la forma seria, con fases espasmódicas prolongadas, los medicamentos anti dispépticos de que nos hemos venido ocupando ceden su lugar a los antiespasmódicos y muy especialmente a la belladona y la atropina. La

segunda muy en boga entre los autores alemanes se prescribe a la dosis de II (2) gotas tres veces por día, de una solución de sulfato de atropina al uno por mil. Deberá administrarse diez minutos antes de la tetada o comida respectiva.

En cuanto a la primera, la belladona, puede emplearse a la siguiente fórmula: Tintura de belladona XV grs. Bromuro de sodio 1 grs. Bicarbonato de soda .. 1.50 grs.

Agua destilada 60 grs.
 Jarabe simple .. .; .. 30 c.c.

Hasta 2 meses, 4 a 5 cucharaditas por día; de 2 a- 4 meses, 6 cucharaditas por día. Como para la atropina, la dosis debe darse diez minutos antes de la tetada.

Examinando la prescripción anterior desde el punto de vista farmacodinámico, podemos poner en evidencia: la belladona, poderoso anti-espasmódico, el bromuro que refuerza la acción de la anterior; el bicarbonato de soda que actúa como alcalino neutralizando la hiper acidez que siempre existe y favoreciendo el desprendimiento de ácido carbónico que al decir de algunos autores actuaría como anestésico.

Otros antiespasmódicos pueden ser empleados: gardenal a la dosis de 1 a 3 grs., por día; clorhidrato de papaverina en inyecciones subcutáneas o ingestión, etc.

Las aplicaciones de rayos ultravioleta, la transfusión de sangre de la madre, la aplicación de

Las enfermedades tropicales en nuestro país

Por el Dr. MANUEL CACERES VIJIL.

— III —

La Fiebre Hemoglobinúrica era considerada por diferentes autores como una enfermedad completamente distinta en su etiología y patología de la malaria; mas las nuevas investigaciones después de la guerra mundial, la mayor parte de las autoridades

sobre enfermedades tropicales han llegado casi al convencimiento de que la Fiebre de Aguas Negras no es más que una complicación de la subterciana malarica; y es considerada como una forma de paludismo en que los hematíes o glóbulos rojos se disuelven en el suero sanguíneo.

compresas calientes sobre la región epigástrica y las inyecciones subcutáneas de leche de la madre.

El estado general no será olvidado y al efecto se practicarán inyecciones de suero fisiológico, aceite alcanforado, etc., según el caso lo requiera.

Por último digamos que hay quienes tratan los vómitos habituales por medio del lavado del estómago, método ampliamente conocido para que entremos en detalles. Sin embargo, para mejor comprender su modo de acción y sus más salientes indicaciones leamos lo que al respecto dice el profesor Marfán:

"La acción del lavado de estómago es sin duda muy compleja. En primer lugar actúa mecánicamente: evacúa y limpia secreciones que, en caso de estasis fermentan y dan nacimientos a productos irritantes. En segundo término determina modificaciones vitales. Se puede suponer

que disminuye el estado espasmódico, que regulariza los movimientos de la musculatura gastro-pilórica y que estimula la secreción normal de todas las glándulas digestivas".

León Tixier y Terrian han estudiado recientemente la eficacia del lavado de estómago. No obstante, retengamos como ÚNICL hecho interesante que sus indicaciones están limitadas a aquellos casos en los cuales existe una hipersecreción glerosa gástrica.

Tales son las principales ideas que en la actualidad profesamos sobre el tratamiento de los vómitos habituales del lactante. Si el lector puede obtener de su lectura alguna utilidad, habrá quedado satisfecha nuestra ambición.

M. J. Echeverría h.

París, junio de 1931.

Se presenta en todas las edades y en todos los individuos de diferentes razas, que viven en los trópicos.

Han habido diferentes controversias para explicar la etiología de la fiebre Hemoglobinúrica; y así se han mencionado la teoría específica, en que atribuían la enfermedad a un microorganismo basándose en que habían encontrado espiroquetas en el período agudo, pero esta teoría no ha sido comprobada; la teoría de que la quinina producía la hematuria, por cierto una teoría que tuvo su mayor apogeo a mediados del siglo pasado, tampoco ha sido comprobada; pues la hematuria sólo se ha presentado en los casos de enfermos que tienen un paludismo latente; y en contra de la teoría está la frecuencia con que se dan grandes dosis de quinina sin que se produzca el menor síntoma de fiebres de aguas negras. La teoría palúdica o mejor dicho que la fiebre hemoglobinúrica es una complicación de la malaria lo comprueban la infinidad de datos y así vemos a Castex, González, Poletti y Trabadores usando la quinoterapia y dándoles mejor resultado la cinconina, y recomendando dichos autores que cuando hay idiosincrasia a la quinina o marcada extenuación debe usarse plasmocina, que tiene cierta eficacia contra los gametos; la distribución geográfica, pues la fiebre de aguas negras, solamente se encuentra en zonas enteramente palúdicas; los records llevados en algunos lu-

gares de que en un cincuenta por ciento de enfermos de hemoglobinúrica se han encontrado en la sangre periférica de malaria, en su mayor parte formas jóvenes, y el dato esencialmente positivo que todos los enfermos que se presentan con fiebre de aguas negras han padecido en otros tiempos de ataques de malaria, ya en su forma febril o en su forma larvada, y estos enfermos se han descuidado no tratándose su paludismo o haciéndolo con insuficiencia.

En apoyo de esta teoría, es decir que la fiebre hemoglobinúrica, no es una entidad mórbida diferente, sino una complicación de la malaria, presento las cinco observaciones siguientes de pacientes que han ingresado a este Hospital en diferentes épocas del año.

Observación 1?—Arturo G., de 18 años de edad, vecino de Lima Vieja, soltero, ingresó al Hospital el día 30 de enero del corriente año a ocupar la cama número 12 del servicio de Medicina de Hombres, a cargo del Dr. Rafael Martínez.

Antecedentes hereditarios: 'sin' importancia:

Antecedentes personales: Dice haber padecido de varios ataques de malaria que no les ha dado ninguna importancia.

Historia: Refiere el enfermo que hace pocas días empezó a sentir frío, fiebre, dolor de cabeza y de cuerpo, que al siguiente día le vino basca y vómito, sin poder tolerar en su estómago ninguna clase de alimentos - y

que lo más que le preocupaba es la debilidad y el color de La orina, que 'es de un rojo subido.

Examen clínico: El paciente se presenta en un completo estado de astenia.

Piel: tinte ictérico marcado.

Aparato digestivo: Lengua saburral, hay constipación, abdomen doloroso a la palpación, hígado hipertrofiado y doloroso, "bazo hipertrofiado.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Sistema nervioso: normal.

Temperatura tomada en la boca: 104 F. o 40 g.c.

Puísos: 120.

Respiraciones: 40.

Examen de sangre por malaria: negativo.

Examen de heces fecales: presencia de tricocéfalos.

Examen de orina: presencia de albúmina y de hemoglobina.

Diagnóstico: FIEBRE HEMOGLOBINURICA.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: Reposo absoluto, citrato de soda y bicarbonato de soda, ningún alimento por la boca, permitiéndosele únicamente pequeños fragmentos de hielo para, mitigar la sed; 500 cc. de suero fisiológico -en la mañana y 500 por la tarde. Por espacio de tres días el mismo tratamiento, logrando ese día contener los vómitos, que bajara la fiebre a 37 grados centígrados y desapareciendo la hemoglobina y hay necesidad de suspender estos medicamentos; al sexto día estando la, orina completamente normal se le mandó a dar plasmó-

quina y el enfermo logró su curación al duodécimo día, que pide su alta.

Observación 29—Humberto Benítez, de 28 años de edad, originario de Santa Rosa de Copan, ingresa al Hospital de la finca "Mantecales" el 17 de abril, al servicio de medicina del Dr. Cáceres Vijil.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: Refiere el enfermo haber tenido anteriormente y con alguna frecuencia molestias de fríos y calenturas que se le quitaban tomando, purgantes y un poco de quinina.

Actualmente se siente con calentura, dolor de cabeza, náuseas, vómito y la orina de un color negro.

Examen clínico:

Temperatura tomada en la boca: 41°.

Pulso: 120.

Respiración: 40.

Piel: Tinte ictérico pronunciado.

Aparato digestivo: Lengua saburral y seca, hígado y bazo hipertrofiados.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: ligeros soplos anémicos en la región precordial.

Sistema nervioso: normal.

Examen de materias fecales: sin importancia.

Examen de sangre por malaria: POSITIVO: anillos.

Examen de orina: presencia de albúmina y hemoglobina.

Diagnóstico: FIEBRE HEMOGLOBINURICA.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: Reposo, citrato de soda, cloruro de calcio, suero g-lucosado, bicarbonato de soda, ningún alimento por la boca. Al tercer día -baja la fiebre, desaparece la hemoglobina, se le prescribe plasmuquina en pequeñas dosis, saliendo del Hospital al décimo quinto día en un estado de convalecencia.

Observación 3[^]—Genaro. Salinas, de 23 años de edad, nacido en Jocoro, República de El Salvador, llega en la ambulancia, procedente del campo de "Mopala" al servicio de medicina del Dr. Martínez, en este Hospital.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: Relata el enfermo haber padecido con anterioridad de fríos y calenturas y haber tenido en otra ocasión la orina de color negro como la tiene en la actualidad. Hace dos días se siente mal a consecuencia de calenturas, vómitos, dolores musculares y debilidad general.

Examen clínico:

Temperatura en la boca: 40°.

Pulso: 130.

Respiración: 36.

Piel: Tinte ictérico.

Aparato digestivo: Lengua seca y saburral, hígado hipertrofiado; bazo bastante hipertrofiado, bajado del flanco izquierdo.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Sistema nervioso: normal.

Examen de la sangre por ma-

laria: negativo.

Examen de materias fecales: sin importancia.

Examen de orina: presencia de hemoglobina.

Diagnóstico: FIEBRE DE AGUAS NEGRAS.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: El mismo que los anteriores, a los cuatro primeros días se le quita la hema-tura y la fiebre, pero apareciendo de nuevo al séptimo día y no pudiendo hacerla desaparecer de ninguna manera, teniendo un desenlace fatal, al vigésimo día.

Observación 4[^] — Francisco Guardado, de 37 años, nacido en Chalatenango, República de El Salvador, vino de Guanchía 2, entró al Hospital el 4 de mayo de 1931, a ocupar la cama número 7 del servicio del Dr. Cáceres Vijil.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: En la historia del enfermo se observa que ha tenido en los siete años que hace que trabaja en este litoral, varios ataques de paludismo con cortos intervalos y a los cuales él no les ha dado la debida importancia.

Actualmente se queja de fríos y calenturas de náuseas, vómitos, dolores musculares.

Examen clínico:

Temperatura tomada en la boca: 40.

Pulso: 115.

Respiraciones: 36.

Piel: Tinte ictérico.

Aparato digestivo: Fuliginosidades en la boca, lengua seca y saburral, hígado doloroso a la

palpación, bazo algo hipertrofiado.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Sistema nervioso: normal.

Examen de sangre **por** malaria:

POSITIVO: gametos.

Examen de heces fecales; negativo.

Examen de orina: presencia de hemoglobina.

Diagnóstico: FIEBRE HEMOGLOBINURICA. Pronóstico:

Reservado. Tratamiento: Igual que los anteriores: cloruro de calcio, citrato y bicarbonato de soda, suero fisiológico; a éste paciente, se le Instituyó también el -cianuro de mercurio endovenoso; al cuarto día mejoró la fiebre, desaparece la hemoglobinuria y se le empieza a dar pequeñas dosis de quinina combinada con plasmó-quina, saliendo del Hospital a los diez y seis días completamente **curado**.

Observación 5[^] — Darío Sura, de 25 años, originario de San Miguel, República de El Salvador, ingresa al Hospital el día 16 de junio del corriente año, trabajador de la finca "Campo 1".

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: Ha padecido de fríos y calenturas, dolores osteocópsos y disenteria, enfermedad ésta que disminuye en gran parte la resistencia del organismo, que unida a la mala alimentación, han contribuido a que el paciente se encuentre en un estado de astenia y postración. Nos dice el paciente que hace dos días tiene fríos, -calen-

turas, con vómitos, mareos y que la orina es de un color de vino tinto.

Examen Clínico:

Temperatura bucal: 39,

Pulso: 120.

Respiraciones: 34.

Piel: tinte ictérica

Aparato digestivo: lengua un poco saburral.

Abdomen doloroso: hígado y bazo rebasando los rebordes costales.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: soplos anémicos en la región precordial.

Sistema nervioso: normal.

Examen de la sangre por malaria: negativo.

Examen de materias fecales: sin importancia.

Examen de orina: presencia de albúmina y hemoglobina.

Diagnóstico: FIEBRE HEMOGLOBINURICA,

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: Se le Instituye el mismo tratamiento, teniendo mejorías pasajeras en que desaparece la hemoglobina en la mañana, volviendo a presentarse por la noche, hasta llegar al décimo quinto día, en que el enfermo ha entrado en un período de franca convalecencia.

En todas estas observaciones se verá que los pacientes han vivido en zonas palúdicas; que tienen antecedentes palúdicos; que en su examen clínico se ha encontrado el hígado y sobre todo el bazo hipertrofiado y que en algunos de ellos ha sido positivo el Hematozoario de Laveran en su sangre periférica.

La Lima, Cortés, 1931.

La solaritis en las ptosis y en las apendicitis

Par el Dr. PABLO JACQUET, Medico de los Hospitales de País

Entre todos los síntomas dolorosos o simplemente molestos que acompañan a las dispepsias, la solaritis es, sin duda alguna, el más frecuente. Se la observa en más de la tercera parte de los enfermos que asisten a los dispensarios de gastroenterología, y es la que con mayor frecuencia induce a los enfermos a consultarnos.

La solaritis no es por sí misma una enfermedad, es tan sólo un síntoma. Es la manifestación del estado de sufrimiento de los plexos abdominales dependientes, a su vez, de trastornos funcionales u orgánicos que conviene precisar. No obstante, tal cual es, va acompañada de un cortejo de síntomas difusos, molestos, deprimentes, dolorosos a veces, que conviene conocer y que reclaman un tratamiento adecuado. En efecto, la solaritis no tratada persiste. Muy a menudo pone en jaque el tratamiento de la afección causal, y es la causa de la mayor parte de fracasos que observamos en el tratamiento de las dispepsias. *Precisa ante todo cu-*

rar la solaritis y después diagnosticar ' \$ tratar la msa que la ha producido.

Sumamente frecuente, la solaritis se observa a cada instante al estudiar las dispepsias. La enfermedad que la acompaña y que cubre con su manto, reviste una semiología difusa, imprecisa, que hace sumamente difícil de catalogarla. El dispéptico solar se nos presenta con todos los caracteres de un dispéptico típico.

El síntoma revelador de la solaritis es la existencia de *latidos epigástricos*. Una vez discretos, perceptibles con la palpación profunda en pleno epigastrio en forma de una pulsación ligera, constituye, aun bajo esta forma, un síntoma netamente patológico. Otras veces acentuados los latidos levantan varios milímetros los dedos que palpan, se corren hacia el ombligo y los rebordes costales, siendo a veces tanta la amplitud y difusión de esta zona pulsátil, que inmediatamente viene a nuestra mente la idea de una ectasia. Además, el epigastrio es siempre sensible, y el dolor provocado por

la presión en esta zona es el corolario obligada de los latidos que en ella existen.

Las sensaciones experimentadas por el enfermo se reducen a un «dolor de estómago», por cierto bastante vago y casi siempre tolerable, acompañado de un estado nauseoso vago también, pero muy desagradable. A todas horas, el enfermo experimenta esta sensación molesta, incómoda más que verdaderamente dolorosa. Diurna y nocturna, continua, sin relación directa con las comidas, esta molestia epigástrica sólo calma con el reposo en posición horizontal, a condición, no obstante, que sea suficientemente prolongado. La aplicación de calor en el hueco epigástrico alivia algo, y los enfermos son los primeros en manifestárnoslo.

Regurgitaciones pituitosas, salivación casi siempre aumentada y a veces molesta, algunos Eructos aerofágicos forman parte del síndrome.

El enfermo pierde el apetito y come cada vez menos. Duerme mal, con un sueño agitado. Enflaquece rápidamente.

A veces, estas molestias van acompañadas de una cierta congestión respiratoria, de una sensación vaga de sofocación. Otras, el dolor epigástrico repercute en la espalda y predomina en los lomos, produciendo una sensación de contricción en la base del tórax.

Asociados a estas molestias, algunos síntomas a distancia halar-

man a veces a los enfermos. Son, por ejemplo, vértigos ligeros (1), pasajeros, en posición vertical sobre todo y que cesan durante el decúbito. Los enfermos tienen un estado nauseoso permanente que en ocasiones llega a producirles vómitos. Algunos aquejan trastornos visuales: tienen la impresión de ver los objetos turbios de un modo pasajero, sin que sea posible precisar exactamente la causa. Los -estados jaquecosos son frecuentes. El enfermo tiene un estreñimiento espasmódico que cede casi siempre con la belladona, o bien una diarrea serosa en forma de deposiciones frecuentes.

Estas molestias múltiples repercuten sobre el estado psíquico, y es por eso que algunos de estos enfermos son considerados como gastrópatas. Están deprimidos, inquietos, persigúeles idea de su mal, pudiendo llegar hasta constituir en ellos una verdadera obsesión. Rendidos y descorazonados, muchos se abandonan a su suerte.

En los casos inveterados con intensa hiperestesia solar y latidos muy acentuados, los enfermos, constantemente ansiosos, ñacos, con la mirada brillante, con insomnio pertinaz, tienen un cierto parecido con el síndrome de Basedow. Los vómitos no son

(1) Pablo Jacquet, Los vértigos en clínica- Ptosis, vértigos y aerofagia (*Journal MSdwal Franrak*, noviembre de 1929). El vértigo de los ptósicos (*Liège Medical*, 30 de junio de 1929).

¿aros en estas formas graves. La molestia epigástrica se convierte en un verdadero sufrimiento, y algunos paroxismos tienen *un* cierto parecido con una crisis gástrica»

La evolución de la solaritis es variable. Unas veces efímera, cesa espontáneamente con la causa, pasajera también, que la ha originada. Otras, en cambio, es tenaz, persiste durante meses, hasta el día en que el enfermo, vencido, se entrega a] reposo prolongado, que es lo que le aliviará. Otras veces, finalmente, intenso e irreductible, persiste durante años, y convierte a estos pacientes en unos verdaderos achacosos.

La solaritis se observa en las más diversas afecciones, digestivas u otras, susceptibles de producir una perturbación cualquiera en la inervación del abdomen. Es el corolario obligado de las afecciones agudas y dolorosas del abdomen con **carácter** de crisis: crisis enteralgia, cólico hepático, úlcera dolorosa gastroduodenal. Una sencilla gastroenteritis estival puede ir acompañada de este síntoma, que produce entonces timpanismo molesto, dolorimiento difuso del epigastrio y de todo el abdomen, pudiendo persistir aún después de curada aquélla.

La solaritis ha sido estudiada en el curso de la aortitis abdominal (Loeper). Se observa a menudo en la enfermedad de **Bassendow**, es la que regula en gran parte los trastornos digestivos y las crisis abdominales que se ob-

servan a veces,

Pero en la inmensa mayoría de casos, la solaritis se presenta como un *síntoma solitario*, cuyas causas deben ser minuciosamente buscadas. A veces se trata de resecciones inflamatorias lentas, crónicas, migratorias (1), con o sin perivisceritis de la mitad derecha del abdomen y que forman parte del cuadro de la apendicitis crónica, manifestación entonces casi siempre de una forma que, si por desgracia es operada, irá acompañada de consecuencias desgraciadas en forma de secuelas dolorosas y muy rebeldes.

En la mayor parte de casos, por el contrario, la solaritis se presenta como manifestación de una ptosis visceral, constitucional o adquirida. En efecto, la defectuosa estática abdominal es la responsable casi siempre de la solaritis. Forma parte integrante de aquellos estados complejos designados con el nombre de *desequilibrio abdominal*, baya o no ptosis (2).

Todo dispéptico que presenta el signo de los latidos epigástricos debe ser tratado obligatoriamente con la permanencia en cama o por lo menos con el reposo de posición horizontal. Este es el principio fundamental del tratamiento de la solaritis, cuya inobservancia es

(1) Pablo Jacquet, Epíploitis y perivisceritis. Las infecciones migratorias crónicas del abdomen (*La Medicine*, julio de 1926).

(2) Pablo Jacquet. Los desequilibrios del vientre en clínica diaria (*Journal Medical Français*, noviembre de 1929).

responsable de la mayor parte de fracasos observados en el tratamiento de las dispepsias. No solamente la permanencia en cama es indispensable para curar la solaritis, sino que los buenos resultados que da son la mejor prueba del diagnóstico causal.

En efecto, en la solaritis de orden funcional debida casi siempre al desequilibrio abdominal o a la ptosis confirmada, la solaritis cede en pocos días con la permanencia en cama. Los latidos calman y desaparecen, el enfermo recupera su bienestar. La permanencia en cama debe ser continuada hasta la desaparición completa de los latidos epigástricos, asociada al porte casi permanente de un foco de calor en el hueco epigástrico, no siendo preciso que el enfermo se someta a un régimen especial.

Si, por el contrario, después de unos ocho días, la solaritis persiste y resiste a la permanencia en cama, podemos afirmar, casi con seguridad, que existe una espina orgánica que conviene precisar.

Una vez curada la solaritis, procuraremos evitar su recidiva.

En los *ptósicos por eventración*, o por lo menos en aquellos cuyo vientre es prominente, el porte habitual de un cinturón bastará casi siempre. El cinturón más sencillo es el mejor. Puede consistir en una venda de franela o de tejido elástico que sujete el abdomen por debajo del ombligo, venda que se aplicará estando el enfermo acostado y apoyado so-

bre los talones para hacer refluir la masa abdominal hacia la base del tórax.

El cinturón ortopédico deberá parecerse todo lo posible al cinturón de los gimnastas. Con las hebillas detrás, estará formado por una simple venda de tejido elástico y ejercerá una *tracción ascendente* sobre el bajo vientre, tomando punto de apoyo en la región lumbar. Desprovisto de toda clase de accesorios, el cinturón debe ser bajo y no ejercer presión por encima del ombligo.

Muchas veces, en cambio, el desequilibrio abdominal causante de la solaritis es debido al *evjlaquecimiento* (1) constitucional o adquirido y a la defectuosa contención visceral consecutiva a la desaparición de la almohadilla adiposa del abdomen necesaria para el sostenimiento de los órganos. Lo que debemos proponernos es hacer engordar al enfermo para que llegue a alcanzar el peso normal con el que se encuentra bien después de bien sostenidos los órganos abdominales. Por regla general, el enfermo sabe perfectamente cuál es este peso ideal que él califica de peso de buena salud.

El régimen ideal para encordar es el lácteo, administrado a grandes dosis, combinado con la permanencia en cama, que se hace entonces doblemente indispen-

(1) Pablo Jacquet, Las ptosis y el síndrome de contención defectuosa de los órganos del abdomen (*Joarnal Medical Fmncats*, noviembre de 1929).

Reumatismo tuberculoso

Los Sres. Bezancon, Matieu-Fierre Weii, J. Deiarue, V. Oumansky y Srta. Pau, han podido hacer el estudio completo de

una poliartritis sobrevenida en una joven atacada por otra parte de lesiones discretas a evolución larga de tuberculosis pleuro

sable. Las regías de este tratamiento han sido precisadas por el profesor P. Carnot (2).

El enfermo permanecerá en cama durante unos diez días y tomará una ración diaria de 2½ litros de leche repartida en seis tomas, cada una con dos horas y media de intervalo, y, a ser posible, muy azucarada y adicionada de media cucharadita de citrato de sosa. En contra de lo que podría creerse, a causa de la permanencia en cama, del manantial de calor aplicado al hueco epigástrico y de la acción del citrato de sosa, este régimen es muy bien tolerado. Puesto al régimen *del lactante*, que despierta para mamar y se duerme después, el enfermo digiere y está tranquilo. Recupera su bienestar anterior, vuelve el apetito y se rehidrata. A partir del tercero o cuarto día, y una vez bien tolerada la leche, a tres de las tomas de leche, de preferencia, las que corresponden a las comidas habituales, se añe-

de un alimento suplementario: tapioca, fideos, harina, puré, etc. A no tardar, el propio enfermo reclama nuevos suplementos, siéndole permitido todos los alimentos, tanto en cantidad como en calidad, según las preferencias de cada cual.

Al cabo de unos diez días se suprime la leche, pues, a la larga, se convertiría en un factor de anorexia, permitiéndole entonces levantarse durante un tiempo cada vez más largo. Recomendaremos al enfermo beba poco comiendo, se acueste durante una o dos horas después de las comidas, tome una alimentación lo más substancial y variada posible en poco volumen, ya que, conforme hemos dicho, ningún alimento está contraindicado.

Muchos de estos enfermos, en efecto, antes de llegar a este punto y para combatir sus molestias dispépticas, han pido sometidos o se han sometido por propia voluntad a regímenes cada vez restrictivos. Ha sido primeramente la supresión del pan, después la carne, todos los alimen-

(Continuará)

(2) Pablo Carnot, La cínodigestión nocturna en las gastralgias de los ptósicos (*Journal Medical Francaiz*, noviembre de 1929).

polmonar-hemoptoica. Las manifestaciones articulares remon- taban a cuatro años, habían evo- lucionado bajo forma de crisis inflamatorias agudas de aspecto reumatismal que se habían fijado poco a poco en el codo y en la rodilla izquierda. Pero en ese momento todavía las articulacio- nes aunque parcialmente anqui- losadas eran asiento de crisis flu- xionarias con fiebre, dolores, tu- mefacciones vivas mientras que los fenómenos dolorosos atacaban simultáneamente las otras arti- culaciones. La presencia de bacilos en la expectoración no pue- de ser constatada directamente sino la víspera de la muerte des- pués de 17 exámenes negativos. Pero la inoculación al cobayo de la sangre de la enferma, extraída en período de apirexia, deterrni nó una tuberculosis exclusivamen- te ganglionar. La inyección del producto de trituración de la sinovial obtenida después de la muerte tuberculizó igualmente los cobayos según el tipo Vilie- miii.

El examen anatómico de las articulaciones muestra lesiones banales de anquilosis fibrosa par- cial, la de los diversos órganos ha revelado lesiones de tubercu- losis discreta, pero difusa; escler- osis pulmonar apical y nódulos calcificados o fibrosos en las pro- ximidades de los hilios, pericar- ditis adhesiva, perihepatitis y periesplenitis.

El examen histológico de todos los órganos muestra la ausencia

casi completa, fuera de los pul- mones, de formaciones folicula- res, epitelio gigante-celulares, caseosas o no. La lesión tipo está realizada por nódulos infla- matorios polimorfos, perivaseula- res (linfocitos, plasmocitos, po- linucleares neutrófilos intactos o eosinófilos, histioeitos): se en- cuentran estos en los cortes de sinovia] articular, de pericardio, de hígado, de bazo y en los cor- tes de los lóbulos inferiores de los pulmones. La constatación de bacilos ácido-resistentes en estos nódulos (sinovial y pericar- dio) viene a dar la prueba de la naturaleza tuberculosa de las le- siones.

Los autores insisten sobre el tipo clínico realizado por esta ob- servación que acaban de comuni- car recientemente a Sa Academia de Medicina. Realiza bien el «Reumatismo tuberculoso» descri- to por Poneet. Si el estudio bacte- riológico e histológico viene por la primera vez a demostrar rigu- rosamente lo bien fundados que eran las concepciones de la escue- la de Lyon, muestra por otra parte que lesiones tuberculosas así desprovistas de los caracteres histológicos considerados clásica- mente como específicas, son no obstante realizados por bacilos á c i d o-resistentes morfológica- mente y experimentalmente típi- cos.

Debe desconfiarse de dos defec- tos frecuentes particularmente en los médicos: la credulidad y el escepticismo. —*HutineL*

NOTA CIENTÍFICA

En la sesión ordinaria celebrada por la Asociación Médica Hondureña el sábado 4 de Julio, presentó el Dr. Ricardo D. Aiduvín, Vice-Presidente de la misma, un trabajo primoroso y de gran interés didáctico, consistente en una serie de cortes bulbo-medulares transversales dibujados en láminas de zinc y pegados en el sitio correspondiente, los cordones medulares representados por pequeñas masas de pasta coloreados todos de diversa manera pero siempre la misma para cada cordón en los diferentes cortes. Las láminas están escalonadas en ranuras talladas en un soporte de madera. Uniendo las láminas están las fibras medulares con el mismo color de los cordones y se ven emerger los nervios formados por la unión de aquellas fibras.

Partiendo del principio general que toda terminación nerviosa tiene su célula de origen en el lado opuesto en los centros se ven con claridad los cruces de las fibras que van a formar determinado nervio. También se ven algunas fibras, que apartándose de *a regla siguen una vía directa, por un capricho escapado aún a la sagacidad de los anatomistas.

El Dr., Aiduvín hizo una descripción admirable de aquel complicado sistema, presentado en la mayor sencillez posible, con su elocuencia característica. Nos

expuso como se relacionan el trigémino con la médula y como ciertas sensaciones genésicas se experimentan cuando este gran nervio craneal recibe alguna excitación periférica. Para completar el trabajo presentó un esquema ligero de cerebelo que sirve para ver como los pedúnculos van y vienen a las porciones altas del bulbo. Vimos los orígenes de* los nervios craneales en el bulbo y vimos en fin que no habitamos en el desierto; que tenemos un representativo auténtico de la ciencia, un individuo que sabe a fondo la materia encomendada a su cuidado en la enseñanza Médica.

Los alumnos de Anatomía han adquirido ya una nueva y fácil manera de aprender su curso; el esfuerzo de la memoria disminuido en la mitad por la simplicidad objetiva de ese tan intrincado sistema bulbo-medular, gracias a la incansable laboriosidad de un Profesor que sabe y no tiene pereza.

La Sociedad Médica agradece, una vez más, al Dr. Aiduvín, sus pruebas de afecto para ella y al felicitarlo muy calurosamente, lo consagra como el más esforzado y competente Profesor que da gran prestigio a la Facultad de Medicina.

Tegucigalpa, Julio de 1931.

LA PALABRA DEL MEDICO (1)

Ni muy poco, ni demasiado, sino a propósito

Por el Dr. PABLO LE GENDRE,
miembro de la Academia de Mediana.

Probablemente se *me* acusará de tratar a mis lectores como a unos niños a los que se aprende el civilismo pueril y honrado; creo no obstante poder ser útil a algunos diciéndoles que el médico debe vigilar con mucho cuidado sus palabras desde la mañana hasta la noche, en su clientela ante todo y en el ejercicio de su profesión y también en la tertulia, en la mesa; y hasta desde la mañana a la noche puesto que trabaja a veces también durante la noche, no debiendo abandonarse ni siquiera en la intimidad familiar a confidencias acerca de sus

Cuando hablamos a enfermos nuestra constante preocupación debe saber si nuestras palabras son realmente las más adecuadas para expresar nuestro **pensamiento** de un modo claro a nuestros oyentes no siempre-cosa fácil porque tenemos -que tratar sucesivamente con personas de todas edades y de todas condiciones y peligramos muchas veces ser más comprendidos si empleamos con todos las mismas formas de lenguaje.

(1) Extracto de «Vie du (Guía práctica del estudiante y del práctico. De ortología y práctica profesional) por el Doctor Pablo Le Gendre. Ediciones ilaloine, 1 vol. precio 80 fres.

Debemos ocuparnos ya de la corrección de nuestras palabras desde el punto de vista gramatical, sino de su adaptación lo más exacta posible a la educación; al grado de inteligencia, a la profesión y al ambiente de nuestro interlocutor. Con dolor vemos a veces por algunos indicios que después de haber expresado nuestro pensamiento en lenguaje corriente no hemos conseguido ser comprendidos, e, lo que es peor aun, que el auditor ha comprendido a! revés lo que decimos» Es ello cierto, no solamente en un cambio de palabras entre nosotros y **clientes** de espíritu poco educado, obreros o campesinos, sino hasta en medios «en los que parece que las palabras deberían ser comprendidas en su acepción

Cuando se trata de asuntos que exponemos para recoger conmemorativos importantes, síntomas o prescripciones referentes al tratamiento, es evidente que si somos mal comprendidos, todo nuestro trabajo profesional queda comprometido. Aseguremos que?, repitiendo los conceptos y con algunos incisos! en el curso de nuestra consulta, que nuestras pala-

(Pasa a la pág, 63)

Estudio sobre las afecciones oculares de origen dental

i

Por el doctor O. BJERRUM.

Jefe del servicio dental el hospital universitario de Copenhague.

Se sabe que la cuestión aferente a las relaciones que existirían entre las afecciones oculares y los desórdenes dentales no es de fecha reciente. Hipócrates, autor de tantas cosas, observó en otra época que las afecciones dentales pueden influenciar órganos téjanos. La denominación de «diente colmillo» que vulgarmente se da a los caninos demuestra, en efecto, que ciertas observaciones clínicas han sido hechas en este dominio.

Ya en 1728. Fauchard ha hecho observar en Francia las relaciones que existen entre las enfermedades dentales y ciertas afecciones generales. En este orden de ideas, el célebre cirujano francés Boyer ha llamado la atención en 1840 sobre la importancia que presentan los dientes. Además yo haré observar que hace más de 25 años que se ha interesado mucho de las relaciones que existen entre las enfermedades dentales y las afecciones oculares. Sin embargo, es el Americano Rosenow quien en 1914 ha dado un serio impulso a este estudio.

No está demás decir que, después de Rosenow, casi todos los autores americanos e ingleses que

han hecho aparecer publicaciones médicas y odontológicas se han declarado adeptos fervientes de sus teorías, reconociendo un origen dental a toda una serie de afecciones oculares. En Europa, por el contrario, se ha observado una actitud más reservada, pero han venido *de todos los países* informaciones casuísticas dispersas, relatando un parentesco entre ciertas enfermedades dentales y afecciones oculares.

La literatura nórdica no contiene sino un caso, expuesto en un resumen muy sumario por Elander, aparecido en una revista dental sueca (1917). Los diferentes autores son unánimes en reconocer a las enfermedades dentales una gran importancia relativamente al origen de afecciones oculares. Por ejemplo, algunos estiman que en la mayoría de los casos, las iritis que no son de origen sifilítico tienen un origen dental, mientras que otros, más sobrios en sus apreciaciones, se limitan a atribuir este origen a 10% más o menos de los casos. Consideradas desde un punto de vista general, las afecciones oculares no pueden tener su origen en enfermedades dentales sino en tres casos, a saber:

1? contigüidad; 2^ metástasis (que siguen los vasos sanguíneos o linfáticos); 3\$ reflejos. Las afecciones del globo ocular y de la órbita

El primero de estos grupos comprende las enfermedades del globo o de la órbita, determinadas por afecciones dentales y cuya transmisión se hace directamente por los tejidos conectivos; estas afecciones están fuera de duda.

Schmidt-impler (Viena, 1898), informa también que muchos enfermos, en los que una avulsión de dientes fue seguida de ceguera, sufrían de una afección en el seno maxilar que había servido de vía de transmisión. Sin embargo, la superficie exterior de la pared ósea del seno maxilar puede igualmente llevar la inflamación hasta el ojo; tal ha sido el caso en un paciente de Irse en quien se produjo una ceguera completa después de una atrofia del nervio óptico en relación con

IA extracción del segundo premolar superior; en el caso en cuestión se trataba de una periostitis alveolar purulenta de la superficie anterior del maxilar superior que al franquear el borde de IA órbita había penetrado en la órbita misma y había provocado una inflamación del tejido celular, y ésta trajo consigo a su vez una neuritis óptica seguida de atrofia del nervio óptico.

Graefe-Saemisch (Berlín, 1875) pretende que la substancia infecciosa que contienen cavidades inflamadas en las proximidades de la vena facial anterior puede penetrar en la órbita (flemón y tromboflebitis) en el seno maxilar y hasta la base del cerebro; esta substancia infecciosa puede determinar por una tromboflebitis la obstrucción de los vasos venosos de la dura-madre y de la vena oftálmica del otro lado. Observaciones análogas han sido hechas por Picus, por Paul Pesme

(1929) y por Lagrange y Mathieu. En el hospital universitario de Copenhague, hemos visto dos casos en que la relación entre una afección y la otra, es decir una lesión dental y un flemón de la órbita, era evidente (Revista médica danesa *Ugeskriftfor Leager*, 1925).

Fístulas y dacriocistitis

Igualmente se puede ver en la región de los ojos fistulas comunicando con una inflamación de las raíces dentales. Ahora bien, ocurre que estas fistulas afectan los síntomas de una inflamación de las glándulas lagrimales. Sin embargo, el origen de estas fistulas que parten de los dientes (caninos o molares), se abre lo más a menudo un poco más abajo que lo hacen las fistulas originarias de las glándulas lagrimales. Meyerhot relata un caso en que el pus había penetrado a través del hueso remontando a lo largo de la superficie de éste, hasta el borde interno en donde había perforado la piel. Nos ha sido posible observar un caso análogo. Se trataba de una periodontitis purulenta crónica cerca de un diente canino.

Una verdadera dacriocistitis

determinada por una perforación directa del saco lacrimal y originaria de un absceso de raíz dentaria ha sido señalado por Lempert, pero son sin duda, casos excesivamente raros.

Igualmente se encuentra, aunque en casos raros, una fistula cerca del borde externo que tiene su origen en un premolar o de un molar del maxilar superior. En el hospital universitario de Copenhague hemos visto una fistula originaria de una afección dental y que se abrió cerca del borde externo, se trataba de una niña de 14 años que sufría de un quiste folicular infectado por el primer molar del maxilar superior.

Nos es raro comprobar una conjuntivitis simple combinada con una periodontitis aguda del mismo lado. Así, hemos tenido recientemente un caso de periodontitis aguda (del segundo premolar) acompañada de un edema particularmente acentuado que había ocasionado el cierre casi completo del ojo izquierdo. El sitio de la lesión era de un rojo muy oscuro e inflamado; se notaba que los párpados estaban pegados el uno con el otro, un flujo moderado de líquido lagrimal y dolores encima de los ojos. To-

1? contigüidad; 2? metástasis (que siguen los vasos sanguíneos o linfáticos); 3? reflejos. Las afecciones del globo ocular y de la órbita

El primero de estos grupos comprende las enfermedades del globo o de la órbita, determinadas por afecciones dentales y cuya transmisión se hace directamente por los tejidos conectivos; estas afecciones están fuera de duda.

Schmidt-Rimpler (Viena, 1898), informa también que muchos enfermos, en los que una avulsión de dientes fue seguida de ceguera, sufrían de una afección en el seno maxilar que había servido de vía de transmisión. Sin embargo, la superficie exterior de la pared ósea del seno maxilar puede igualmente llevar la inflamación hasta el ojo; tal ha sido el caso en un paciente de Hirsch en quien se produjo una ceguera completa después de una atrofía del nervio óptico en relación con

la extracción del segundo premolar superior; en el caso en cuestión se trataba de la periostitis alveolar purulenta de la superficie anterior del maxilar superior-*que* al franquear el borde de la órbita había penetrado en la órbita misma y había provocado una inflamación del tejido celular, y ésta trajo consigo a su vez una neuritis óptica seguida de atrofía del nervio óptico.

Graefe-Saemisch (Berlín, 1925), pretende que la substancia infecciosa que contienen cavidades inflamadas en las proximidades de la vena facial anterior puede penetrar en la órbita (fiemen y tromboflebitis) en el seno maxilar y hasta la base del cerebro; esta substancia infecciosa puede determinar por una tromboflebitis la obstrucción de los vasos venosos de la dura-madre y de la vena oftálmica del otro lado. Observaciones análogas han sido hechas por Picus, por Paul Pesme

(1929) y por Lagrange y Mathieu. En el hospital universitario de Copenhague, hemos visto dos casos en que la relación entre una afección y la otra, es decir una lesión dental y un flemón de la órbita, era evidente (Revista médica danesa *Ugeskriftfor Leager*, 1925).

Fistulas y dacriocistitis

Igualmente se puede ver en la región de los ojos fistulas comunicando con una inflamación de las raíces dentales. Ahora bien, ocurre que estas fistulas afectan los síntomas de una inflamación de las glándulas lagrimales. Sin embargo, el origen de estas fistulas que parten de los dientes (caninos o molares), se abre lo más a menudo un poco más abajo que lo hacen las fistulas originarias de las glándulas lagrimales. Meyerhot relata un caso en que el pus había penetrado a través del hueso remontando a lo largo de la superficie de éste, hasta el borde interno en donde había perforado la piel. Nos ha sido posible observar un caso análogo. Se trataba de una periodontitis purulenta crónica cerca de un diente canino.

Una verdadera dacriocistitis

determinada por una perforación directa del saco lacrimal y originaria de un absceso de raíz dentaria ha sido señalado por Lempert, pero son sin duda, casos excesivamente raros.

Igualmente se encuentra, aunque en casos raros, una fistula cerca del borde externo que tiene su origen en un premolar o de un molar del maxilar superior. En el hospital universitario de Copenhague hemos visto una fistula originaria de una afección dental y que se abrió cerca del borde externo, se trataba de una niña de 14 años que sufría de un quiste folicular infectado por el primer molar del maxilar superior.

Nos es raro comprobar una conjuntivitis simple combinada con una periodontitis aguda del mismo lado. Así, hemos tenido recientemente un caso de periodontitis aguda (del segundo premolar) acompañada de un edema particularmente acentuado que había ocasionado el cierre casi completo del ojo izquierdo. El sitio de la lesión era de un rojo muy oscuro e inflamado; se notaba que los párpados estaban pegados el uno con el otro, un flujo moderado de líquido lagrimal y dolores encima de los ojos. To-

dos los síntomas se atenuaron rápidamente después de la extracción del diente.

Las afecciones córneas
Según Bach, tal como el herpes de 3a cernea es casi siempre de origen dental, ha demostrado que los dientes cariados de estos enfermos contienen siempre el virus del herpes y ha demostrado, al mismo tiempo, la presencia de dientes muy defectuosos en enfermos afectados de esta enfermedad. Baeh ha probado igualmente que es posible **provocar** un herpes de la córnea inoculando en la de un conejo sustancias extraídas de los **granulomas** de raíces dentales. Está inclinado a creer que la infección tiene lugar por el trayecto de los nervios hasta la córnea, sabiendo que el herpes se propaga por las vías que siguen los nervios. Sin embargo

una infección directa aportada; por el enfermo mismo del diente al ojo (infección con los dedos) podría también considerarse como posible.

Jost, de Estrasburgo, **ha visto*** la queratitis sanar por un tratamiento dental, lo cual también ha sido¹ comprobado por Straeten..

La iritis

Pasemos ahora a considerar la **iritis**, y la iridocicüitis, *que son* aparentemente las afecciones oculares *que* más Pian interesado* a la gran mayoría de los autores. Las relaciones que existen entre las afecciones dentales y la **iritis** han suministrado materia para numerosos artículos, especialmente de E. C. Rosenow,

Sería superfluo entrar aquí en detalles de las teorías y experiencias de este autor. Sus experiencias tienden a probar, como se

sabe, que los cultivos de microbios retirados de los granulomas y de accesos de las raíces dentales en enfermos atacados simultáneamente de afecciones oculares provocan igualmente en los animales que sirven a la experimentación un porcentaje elevado de enfermedades oculares: estima haber demostrado, en fin, que en ciertas condiciones el estreptococo viridans se transforma en estreptococo hemolítico. Este punto está todavía sujeto a discusión.

En cuanto a la teoría sobre la propiedad colectiva de los microbios, no parece tampoco reposar sobre una base suficientemente establecida.

Haden, uno de los discípulos más distinguidos de Rosenow, es un partidario ardiente de esta teoría; sin embargo, la electividad en cuestión no ha podido ser todavía comprobada en Europa.

Bach declara que los estreptococos aparecen regularmente en los granulomas, no son patógenos para los ratones así como tampoco no manifiestan electividad para el ojo de conejos. Introducidos en el ojo no se diferencian de ningún modo de los microbios pió-

genos **ordinarios.**

Kenneth Campbell niega la existencia de iritis reumatismal y estima que las iritis provienen el 9% de los casos de afecciones bucales y de la nutrición

¿Pueden las lesiones dentales ser causa de iritis?

B. F. Lassd es de opinión que de 176 casos de iritis, 71 provienen de infecciones de la boca.

Sir W. Lang- pretende que de 215 casos que se han podido observar como de origen séptico, 139 remontaban a orígenes piórricos de otro origen dental.

Worth estima que el 50% de los casos se deben a un estado séptico de la cavidad bucal o a un estado análogo.

Frederik declara que de 200 casos de iritis una piórrica alveolar era la causa exclusiva en 74 casos.

Belle, Krebs y Patterson señalan casos de curación de líi iritis por tratamiento dental.

Benedikt estima que el 20% de las iritis se deben a afecciones dentales o tonsilares,

Bedel! hace observar que el iris, el cuerpo ciliar y la coroides constituyen las partes del ojo que se

asocian indiscutiblemente con la infección dental; los otros tejidos se ven atacados muy raramente.

Llamas informa casos de iritis y de iridocitiitis con mejoría desde el comienzo de un tratamiento exclusivamente dental.

Bach ha tenido oportunidad de someter a un estudio dental a 50 enfermos afectados de iritis y de iridocitiitis de origen no determinados, con exclusión previa de todos los casos sífilíticos así como de todos los enfermos que manifestaban signos de tuberculosis.

Para estos 50 casos ha podido encontrar comprobaciones dentales negativas en 4 casos, lo cual significa que en 92% de los casos en estudio ha hallado dientes cariados, periodontitis crónicas o piorreas alveolares. Estas averiguaciones permiten establecer como conclusión que este estudio

no ha revelado nada de nuevo que lo que generalmente se observa en individuos que no sufren de afecciones oculares. Es pues un resultado bastante modesto. En lo que concierne a las iritis simples, ha hallado lesiones dentales positivas relativamente frecuentes del mismo lado *es* donde se hallaba la iritis. En los enfermos que sufren de iritis comprueba que los dientes del maxilar superior están mayormente afectados que los del maxilar inferior.

Los hallazgos dentales positivos consistían en raigones y en dientes con granulomas cuya presencia podía ser probada clínicamente y operatoriamente. No ha habido paradentosis sino en muy débil proporción, sea una observación que concuerda, bien con la experiencia que hemos adquirido de un modo general y según

la cual la piorrea alveolar es relativamente menos nociva al conjunto del organismo que los abscesos de las raíces o los granulomas.

Bach refiere que en 3 casos la evolución estaba caracterizada por una mejoría notable después de avulsión.

En el *Journal of the American Medical Association*, 1923, Irons Brown han dado cuenta de un conjunto de 100 casos de iritis. De éstos había 9 cuyo origen dental era aparente (absceso alveolar) y de 5 entre esos 9 casos, fue imposible encontrar ninguna otra fuente de infección; en cada uno de los otros 4 casos, se pudo observar una infección de las amígdalas o del seno maxilar. En 43 pacientes se encontró un absceso de la raíz, 8 de estos enfermos habían sido colocados en el grupo de los sifilíticos, mientras que 15 pertenecían al grupo tonsilar; uno solo estaba atacado de lesiones del seno maxilar mientras que un grupo de 19 enfermos acusaba infecciones mixtas. En este último grupo se hallaban 2 casos portadores de una piorrea alveolar muy

neta y los autores añaden «que es muy posible que estos dos casos pertenezcan a iritis de origen dental», aunque nos halla sido demostrado por la experiencia adquirida que la piorrea alveolar se asocia a menudo con lesiones metastásicas.

En las dos terceras partes de los casos había más de una fuente de infección.

Ratón y Chassignol han dado a conocer en 1928 algunos casos de iritis cuya curación ha podido ser obtenida por tratamiento dental. Lo mismo ha sido el caso por Monbrun (París) y por Fromaget.

De 50 enfermos afectados de iritis y cuyo caso ha sido estudiado en último año universitario de Copenhague, en parte fuera del hospital, se han podido obtener los resultados reproducidos más arriba; sin embargo, es preciso agregar que ninguno de estos enfermos era sifilítico, pues tales casos fueron separados desde el comienzo de los estudios. He aquí los resultados de que se trata: 3 pacientes mostraron un esta-

do dental absolutamente irreprochable.'

En 5 enfermos faltaban todos los dientes del maxilar superior y algunos del maxilar inferior; los otros dientes estaban perfectamente sanos; la extracción de los dientes que faltaban había tenido lugar hacia muchos años.

6 acusaban una iritis doble, malos dientes, en los dos maxilares (periodontitis crónicas, granulomas), sin que el tratamiento dental hubiese determinado ninguna mejoría.

36 pacientes estaban atacados de iritis simple o de iridociclitis; entre estos enfermos 16 presentaban granulomas o periodontitis crónicas del mismo lado que la iritis, mientras que veinte enfermos sufrían de afecciones dentales simultáneamente del lado derecho y del lado izquierdo tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior.

En 6 de estos pacientes se creía haber comprobado una mejoría sensible después de la extracción de los dientes enfermos, pero algunos meses más tarde los enfermos volvieron, sufriendo de una

recidiva de su afección ocular.

En uno de mis enfermos, todos los síntomas de la afección ocular desaparecieron en el espacio de dos días después de haber extraído un molar con un pequeño abceso situado del mismo lado que la iritis; este enfermo había sufrido durante varios años de dolores de cabeza localizados en la nuca; este dolor ha desaparecido igualmente y desde entonces, es decir desde hace tres años, el enfermo no ha sentido ningún dolor y ha sanado de la iritis.

Se ha comprobado también, de vez en cuando, una coroiditis en relación con afecciones dentales, especialmente inflamaciones crónicas de los premolares en la mitad de la mandíbula correspondiente al ojo enfermo. Casos de este género han acusado una mejoría sensible después de la extracción dental y han sido observados por Wirtz, Guttmann y otros.

Terson ha dado a conocer un caso de neurorretinitis hemorrágica de origen dental *seguro* (1927).

Igualmente se han observado

casos de neuritis del nervio óptico conjuntamente con afecciones dentales (comunicados por Arnen, Hall, Wirtz, Hillemann, Dutoit, Bach y otros),

L. Dor escribe en la *Semaine dentaire*, 1925, que el desprendimiento de la retina puede deberse a granulomas, mientras que él estima que la piorrea alveolar puede provocar una catarata. Sin embargo, me parece que las pruebas en apoyo de esta teoría faltan todavía. Bach ha observado 5 casos de neuritis retrobulbar, todos en relación con estados patológicos dentales positivos, y piensa que en presencia de esta afección es conveniente eliminar siempre las fosas dentales eventuales, en especial porque él está inclinado a reconocer las relaciones estrechas entre las afecciones dentales, la neuritis retrobulbar y la esclerosis múltiple.

Inmediatamente después que apareció el artículo de Bach tuve ocasión de examinar desde el punto de vista dental dos pacientes que sufrían de una neuritis retrobulbar: estos dos enfermos tenían sin embargo dientes completamente sanos, de modo que no había en ellos, en todo caso,

ninguna relación entre una afección dental y la neuritis. Esto, se sobre entiende, no atañe al hecho que hay que contar que a veces existe una relación entre una intoxicación crónica y las neuritis, y que la intoxicación crónica es precisamente la consecuencia de afecciones dentales crónicas. De otra parte, es evidente que desde el momento que se pretende con seguridad que una neuritis retrobulbar pueda ser provocada por inflamaciones en el seno etmoidal o en otras cavidades secundarias es preciso interesarse en las afecciones dentales, y eso tanto más cuanto pueden existir relaciones estrechas entre afecciones dentales y afecciones que están situadas en las cavidades secundarias.

Los pacientes afectados de glaucoma se quejan a veces de dolores dentales que desaparecen después de los accesos de este mal; Paul Brusselman ha hecho la descripción de casos de este género.

A causa de intoxicación después de un acceso de difteria, de tifus o de influenza, se puede observar durante cierto tiempo una astenopía que se atenúa progre-

sivamente durante un período más o menos largo. De otra parte, se oye quejarse a enfermos que sufren de afecciones dentales crónicas, especialmente de accesos purulentos o de granulomas, de un debilitamiento progresivo de la vista y que se sienten fatigados y molestos; al tratar tales casos, ya sea por la sección de (a raíz o por la extracción de los dientes enfermos y por la eliminación de las fosas dentales, se ve volver en poco tiempo el gusto de la vida. En estos casos se trata ciertamente de una intoxicación constante por microbios virulentos de las fosas dentales. Las afecciones reflejas del ojo Para terminar diré algunas palabras sobre las afecciones reflejas del ojo que pueden tener relaciones con enfermedades dentales.

Fromaget opina que los granulomas dentales pueden ocasionar lesiones oculares reflejas, no solamente para el agente microbiano que contienen, sino además por fenómenos locales de irritación.

No es raro que enfermos que sufren de una pulpitis se quejen de dolores encima del ojo; ocurre aún que los enfermos no acusen otro síntoma que «dolor en el ojo», a pesar de que la afección de que verdaderamente sufren sea una pulpitis situada lo más a menudo cerca de un diente del maxilar superior. A la inversa, ocurre que enfermos afectados de iritis o glaucoma se quejen especialmente de dolores de dientes mientras que éstos están completamente sanos.

No es raro observar en unión con la pulpitis, una epífora muy pronunciada durante los accesos de dolor, como igualmente puede ocurrir que la conjuntiva esté inyectada. Son todos esos casos que desaparecen instantáneamente después que se somete a tratamiento el diente culpable.

Las inflamaciones dentales pueden provocar dolores en el ojo.

De este estudio puede por lo tanto concluirse que a las afecciones dentales se asocian a veces afecciones oculares — más rara-

mente que lo que creen los autores ingleses y americanos, según puede juzgarse -pero con mayor frecuencia sin duda que lo que se cree en la mayoría de los países europeos.

Según toda posibilidad, se trata lo más a menudo de un efecto tóxico determinado por toxinas microbianas, y la explicación de ello sería especialmente la rapidez del efecto producido para la eliminación de las fosas dentales; si se tratase de una infección que fuese introducida en el ojo, confieso que no me explicaría su interrupción inmediata por la supresión de su causa primordial (es decir el diente). Si por el contrario se admite la teoría de un efecto tóxico es evidente que por la supresión de la fosa dental que engendra el tóxico, el efecto de la intoxicación deberá cesar en un plazo más o menos largo.

Se encontrará, también, infección metastásica, pero es más difícil descubrir la relación existen-

te porque no es de rigor en este caso observar un efecto evidente, a pesar de la extracción. Al aplicar un tratamiento dental a enfermos de los ojos, cuya afección es de origen desconocido, debemos tratar las fosas dentales como si ellas fuesen la causa de la afección ocular. Tal será el caso por ejemplo cuando se trata de afecciones oculares infecciosas o tóxicas que son un peligro para la vista y para las cuales no se conoce de antemano causas originarias, como la sífilis o la tuberculosis.

Así como ha dicho A. Terson será preciso recordar que un diente enfermo puede, por más excepcional que esto sea, engendrar una neuritis óptica de las más graves y, por su ablación, conjurar la ceguera.»

Conviene también no olvidar esa otra advertencia del mismo autor; «Se conservan muchos dientes que son peligrosos no sólo para la vista sino para la vida.»
De *El Siglo Médico*.

MEDICINA PRACTICA

Diarreas del niño de pecho

Por JUAN BE DIOS UGAKTK.

La noción capital para *el* estado, clasificación y tratamiento de las diarreas de la primera infancia, es la forma de alimentación.

Según esté el niño, criado a pecho, con lactancia artificial o lactancia mixta, tendremos en la práctica tres síndromes diarreicos, cuyo diagnóstico, pronóstico y tratamiento será diferente.

Diarreas del niño criado a pecho.—Casi siempre las deposiciones diarreicas del niño al pecho son verdes. Dicha coloración es debida a la presencia de biliverdina y no significa una forma especial de diarrea.

Es necesario gravar en la mente de todos, que la diarrea del niño criado exclusivamente a pecho *jamás es grave*.

Síntomas.—Número de deposiciones aumentando en 3,5,8 ó 10. Mucogruosas, semi-liquidas, verdosas, con grumos blanquecinos o amarillentos formados por

grasa neutra; reacción ácida. Eritema intertrigo de nalgas.

A la diarrea se añade, a veces vómitos, flatulencia y algunas décimas de fiebre. Disminuye el apetito y el peso queda estacionado.

Etiología.—Pueden ser primitivas o secundarias.

Las primitivas, pueden ser debidas a sobre alimentación (tetas copiosas o frecuentes), a ciertas alteraciones cuantitativas de la leche de la madre o nodriza, como el exceso de grasas permanente (50 gramos por litro); al abuso que se hace de purgantes en el niño {calomelanos, aceite de ricino). Otra variedad de estas diarreas primitivas, son las llamadas por Marfán *disérgicas*, en las que las cosas ocurren como si el intestino presentara una irritabilidad idiosincrásica para la leche de mujer; y si se *cambia de nodriza* casi siempre persiste la *diarrea*.

Secundarias son aquellas cuyo acto inicial ocurre fuera del tubo digestivo (bronco-neumonía, tuberculosis). En esta variedad los síntomas generales dependen de la enfermedad primordial y no de la diarrea.

Tratamiento.—Reglamentación de las tetadas, guardando horas, pasando alguna de ellas, para evitar raciones demasiado copiosas.

Se reemplazarán una o dos tetadas por agua hervida o una infusión ligera de te sin azúcar.

Dar una cucharadita de las de café, antes de cada tetada de la siguiente fórmula:

Agua de cal oficial.....70 gramos
Jarabe de diacodión 10 „
Jarabe de membrillo c. s. para. 90 c. c.

En ciertos casos en que persiste la diarrea, se puede usar el sub-nitrato de bismuto o el acetyl-tanino a las mismas dosis.

Acetyl-tanino0'50 gramos
Julepe gomoso., c. s. para.. 30 c. c.

2 a 4 cucharadas en las 24 horas.

No usar jamás *purgantes*, pues muchas veces son causa de que las diarreas sean interminables.

Diarreas del niño criado con lactancia artificial.—El carácter distintivo de estas diarreas con las anteriores, es la rapidez con

que afectan al estado general del niño, dando lugar a un cuadro de intoxicación, que *jamás* se presenta en las diarreas del niño criado a pecho.

Se presentan a veces sin período prodrómico, pero otras sor» consecutivas a la dispepsia de la leche de vaca; A menudo les preceden síntomas de sobrealimentación.

El número de deposiciones está más aumentado que en la otra forma anterior. Son más líquidas y contienen más sustancia viscosa (moco) y grumos más voluminosos que en las deposiciones del niño criado a pecho. Son alcalinas y de olor pútrido. Producen un eritema de nalgas papulo-erosivo.

La fiebre es más alta (38). El peso se estaciona para descender rápidamente y afectar a la nutrición, desde una ligera hipotrep-sía hasta la atrepsia.

En el curso de estas diarreas se presentan muchas veces accidentes coleriformes. Los ojos se excavan, la facies se modifica y persiste el pliegue de la piel, (síntoma de deshidratación).

Las infecciones secundarias (broncepneumonía, piodermis)

se añaden a veces, determinando septicemias mortales.

Etiología.—Es la inaptitud de la mayoría de los niños a digerir la leche de otra especie.

El hecho de la sustitución de la leche de mujer por la de vaca explica la gravedad de esta forma de diarreas.

A ella se añaden como causas coadyuvantes, la sobrealimentación que es peor tolerada en esta forma. La alimentación de las vacas (residuos industriales). La pululación microbiana, favorecida por el calor durante el verano. La mala esterilización que, sin destruir los gérmenes, favorece muchas veces con sus temperaturas medias la multiplicación de los gérmenes saprofitos.

Pronóstico.—Serio. Tanto más, cuanto más joven sea el niño. Es más grave en verano que en invierno, en el hospital que en casa, en la ciudad que en el campo.

Tratamiento.—Dieta hídrica.

Agua o una infusión ligera y sin azúcar de te, menta o tila. Hay que esforzarse por todos los medios en que tomen 125 gramos de agua por kilo de peso, hasta un año; después del año un litro de agua al día. Si no se llega a estas dosis, la dieta hídrica no evita los peligros de la inanición y no desin-toxica.

Para hacerles tomar dicha cantidad, sin provocar vómitos ni repugnancia, lo mejor es hacérsela ingerir por pequeñas cantidades con una cucharilla y a menudo.

Como norma general, la dieta hídrica, (cuya duración varía con la gravedad del caso) no debe pasar de *tres días*.

Después de la dieta dicha, la alimentación será *progresiva*, (en esto estriba la mayoría de las veces el éxito).

Antes de los seis meses el alimento ideal de este período es la leche de mujer. Si no podemos proporcionarle dicha leche, el me-

El mejor sustitutivo es la de burra. En defecto de ambas el babeurre y en último caso las leches conservadas y *desgrasadas*. Milfo núm. 0).

Si conseguimos leche de mujer, la realimentación puede empezarse después de un día de dieta hídrica. El primer día se le darán ocho tomas de 20 gramos cada una, dándole en los intervalos agua suficiente para que la cantidad de líquido ingerido durante el día corresponda a 125 gramos por kilo.

Con la leche de burra seguiremos la misma pauta.

Si empleamos el babeurre (que se encuentra en el comercio con el nombre de Super babeurre Nutricia) o una leche conservada y desgrasada seguiremos una norma como la siguiente.

Hasta los 6 meses:

Día 1? dieta hídrica (600 gramos aproximadamente)

Día 2? Caldo vegetal (600 gramos aproximadamente),

Día 3? Diez tomas de 10 gramos de babeurre y 40 gramos de agua.

Los días siguientes se aumenta

la cantidad de babeurre pero no la de agua y hacia el séptimo u octavo día, se empezará a añadir pequeñas cantidades de leche, que se aumentarán prudencialmente hasta llegar al régimen normal.

En los niños mayores de siete meses, se procederá de la siguiente manera:

Día 1º Dieta hídrica: « 2?

Caldo vegetal o agua
arroz.

« 3? *Seis* tomas cada tres horas.

La 2, 3, 5 y 6 serán 150 gramos de caldo vegetal. La 1 se preparará con una cucharadita de café de crema de arroz o de harina lacteada (que tiene la ventaja de que la toman muy bien los niños) diluida en frío en 150 gramos de agua y sometida a cocción durante 10 minutos. La 4 se preparará con la misma harina, en vez de una cucharadita con dos y añadiéndole un terrón de azúcar (5 gramos).

49 día. *Tres* tomas de 150 gramos de caldo vegetal o cocimiento de cereales y *tres* de papilla, preparada con tres cucharaditas

de las de café de harina, una de leche y un terrón de azúcar en 150 gramos de agua.

Los días siguientes se aumenta progresivamente la leche en papillas, observando la diarrea, la temperatura y el peso y aumentando o modificando según nos lo indiquen dichos síntomas.

Medicación estimulante. — Al mismo tiempo que se instituye la dieta hídrica, se recurre a las inyecciones de suero glucosado al 47 por 1,000 *sin adrenalina* o de suero hipotónico (1 o 2 gramos de cloruro sódico por 1.000) añadiéndole una pequeña cantidad de citrato de cafeína (0,20 por 1.000). Ribadeau-Dumas recomienda el suero anti-pneumocócico (tónico y preventivo hasta 40 c. c. por día.

Se recomiendan dos o tres baños al día, calientes o templados según la temperatura del niño.

En caso de colapso, se inyectan pequeñas cantidades de aceite alcanforado o se dan per os unas

gotas de Coramina Ciba.

Diarrea del niño criado con alimentación mixta. — Cuando un niño criado con pecho y leche de vaca presenta diarrea, hay que buscar si la causa estriba en el pecho, en la leche o en una anomalía de su aparato digestivo.

Los síntomas se parecen más a las diarreas del niño criado con alimentación artificial que a las del criado a pecho. Pero su pronóstico es mejor. No están expuestos a la hipotrepia y resisten mejor a las infecciones secundarias, pero a veces se presenta la diarrea coleriforme, cosa que *jamás* se presenta en el criado a pecho.

El tratamiento consiste en suprimir la leche de vaca durante dos o tres días y darle sólo pecho cada cuatro horas, añadiéndole en los intervalos agua. Si persiste la diarrea, se tratará como la del niño criado a pecho.

(De *Revista Médica de Sevilla*)

La hipertrofia del cuello vesical

Existen enfermos que sin padecer de hipertrofia de la próstata ni otra enfermedad similar (cáncer, estrechez, tabes, etc.). presentan síntomas semejantes y que han sido incluidos en el grupo de prostáticos sin próstata; esto podía ser defendido desde el punto de vista clínico, pero nunca nosográfico; los estudios de Marión sobre esta materia le hicieron establecer la nueva entidad clínica que os agrupada bajo el nombre de hipertrofia congénita del cuello vesical; los datos que nos presenta el autor son la consecuencia de quince casos de este síndrome, habiendo obtenido como conclusión que es el resultado de una hipertrofia del tejido muscular, sin intervenir ninguna otra alteración en su etiología.

Historia.—Mercier en el 844 atribuyó a la hipertrofia de un lóbulo medio las retenciones sin causa aparente; Thomson en el 886 señaló la hipertrofia de los haces musculares del cuello como consecuencia de irritaciones continuadas; Guyón, más tai de,

supone que es la atonía del cuello vesical la causa de estos síntomas; Fuller, el 97, cree en la existencia de un anillo hipertrófico en la parte interna de la uretra; Most, el 907, da como causa la atonía vesical y la disminución de fibras musculares de la vejiga; Moran expone un caso que es curado con una simple sección de cuello; Albarrán, el 908, que son fenómenos provocados por una inhibición del esfínter interno y como consecuencia la contractura del externo; Marión, el 13, ve pequeños adenomas como causa; el 914 hablan los alemanes de una atrofia de la próstata, y el 919 Legueu la llama enfermedad del cuello con hipertrofia de la mucosa de las glándulas y del tejido fibroso.

¿Qué se entiende por cuello vesical?—Dice el autor —a propósito de este punto—que podemos considerar como tal la zona comprendida desde un centímetro por detrás del cuello hasta el vorumon-tanun. Su estructura se compone de una capa mucosa con glán-

dulas submontanales y otras subcervieales, otras de fibras musculares longitudinales que se continúan con las uretrales, debajo otra, de circulares que se continúan con las vesicales del mismo sentido dando lugar a la formación de un esfínter. Para Joung el esfínter liso está formado por dos asas; la primera, por dos ramas que se destacan de la capa media vesical, y la segunda, por unas fibras circulares que parten de la parte inferior de la vejiga y que se dirigen oblicuamente hacia la uretra.

Bouillie admite: 1° tejido conectivo; 2°, vasos, y 3°, glándulas; el tejido conectivo se encuentra en bastante abundancia entre los hacecillos musculares de aspecto colágeno y muy laxo; los vasos son perfectamente recono-

cibles y se logra ver en muchas arterioíás su luz, consecuencia de una pared muscular bien diferenciada y con múltiples glóbulos rojos; las glándulas son muy abundantes y se las encuentra como en mantel en la capa mósculoconjuntiva, pudiendo estar juntas con sus fondos de saco o aisladas, encontrándose separadas del cuello básica] por una capa de tejido muscular; su diámetro es variable y se las encuentra con sus secreciones en las boquillas, compuestos amiláceos como es sabido; el epitelio es cilíndrico con una sola capa de células con su núcleo basal y sus vacuolas claras; *en fin*, el cuello podemos considerarlo constituido por los siguientes elementos: cavidad uretral, epitelio, cortón y brazaletes muscular con sus diversas formaciones oca-

sionadas por las glándulas.

Fisiología del esfínter liso. Este por serlo, es involuntario, siendo el externo el que verdaderamente determina la micción; el mecanismo reflejo de contracción vesical se verifica por su distensión; el reflejo de inhibición del esfínter estriado por algunas gotas que escaparon a los esfuerzos de contracción de la vejiga, que cuando se pueden realizar se relaja éste y es verificada la micción; Jounj cree que la función de la suspensión de la micción es más bien paralizada por el músculo del trigono.

Estudio clínico de los casos.— Desde luego se caracterizan de un modo general por fenómenos de tipo disúrico, siendo en algún caso la retención el primer dato de orientación; en algunos se presentan los primeros signos antes de los veinte años (50 por 100), otros a los treinta (25 por 100) y otros después de esta edad; al explorador de bola hay que darle su verdadero valor, pudiendo darnos en muchos casos el diagnóstico; el tacto rectal nos eliminará de un modo general las lesiones de próstata; la cistoscopia nos hará ver vejigas con celdas y colum-

nas, debiendo eliminar con la exploración de los reflejos, toda causa nerviosa; no podemos, como hemos visto, dar un valor definitivo a la cistoscopia, pues el cuello sólo puede presentar alguna irregularidad en su parte inferior que !u asemeje a la superior; de la uretoscopia tampoco le da gran valor el autor diciendo que sólo puede servir para eliminar otras enfermedades, pero sin poder ser determinante para el diagnóstico; dice Marión que cuando encontremos enfermos con los trastornos funcionales citados procedamos a la extirpación del cuello, operación poco cruenta.

Etiología y patogenia, teoría inflamatoria. -Atribuye al gonococo o al de Koch la causa más frecuente; la teoría de la contractura, por causa inflamatoria se relaciona con la anterior; la del espasmo es descartada en cuanto se demuestra la hipertrofia; Marión la considera como lesión congénita por la precosidad en su aparición y por lo frecuentes que son las alteraciones congénitas en estos casos (divertículos).

Tratamiento. -Vía uretral, sección con los instrumentos de Bottini, con el uretrotomo de Gera-

El post-operatorio del bocio exoftálmico

Por el Dr. Félix Puchulu (Adscrito a la Cátedra) Octava conferencia del curso de seminario de enfermedades endocrinas

SUMARIO: Indicaciones para las horas posteriores a la operación, al día siguiente y en los días ulteriores.—Complicaciones del postoperatorio. Crisis de hipertiroidismo postoperatorio. Hemorragias. Choc. Colapso de la tráquea. Edema y parálisis de la laring-e. Complicaciones pulmonares. Fiebre. Hematoma. Infección. Tetania. Resultados de la operación..

Indicaciones para las horas posteriores a la operación

Una vez que el cirujano nos devuelve el enfermo ya intervenido, procuraremos, como indicación primera y fundamenta?, el reposo absoluto, con todos los cuidados y consideraciones ya expresadas en el pre operatorio.

Por lo común, en las horas inmediatas a la operación el enfermo no necesita sedantes ni analgésicos, y sólo a las diez o doce horas después es necesario hacer una inyección de eucodal o morfina.

chy o por electrocoagulación; vía transvesical: 1º, discisión del cuello; 2º, sección; 3*º, escisión cuneiforme; 4º, ablación total, sea con el dedo, sea con el bisturí, cree Marión que la técnica más práctica es con la vejiga abierta y ejecutar la extirpación a un centímetro del cuello y a otro de la uretra; taponar y cerrar la vejiga en dos planos dejando un tubo del autor (Marión); a continuación relata las historias clínicas.

Conclusiones, 1º, disuria y re-

Aparte del reposo, ¡a otra indicación fundamental es el cuidado en mantener hidratado al enfermo, a cuyo efecto puede recurrirse al Murphy con suero glucosado o con suero fisiológico. Este último ha sido contraindicado por algunos médicos norteamericanos, fundados en que los basedowianos suelen tener lesiones renales; no obstante mantendremos su empleo por ser esta razón de orden muy general, aparte de que las lesiones renales que como coincidencia pueden hallarse en algunos casos no implican siempre

tención como principales síntomas; 2ª, aceptable teoría congénita; 3ª, diagnóstico (eliminar otras causas); 4º, exámenes anatomopatológicos demuestran la hipertrofia; 5ª, tratamiento, extirpación total con bisturí; 6ª, no está bien definida su naturaleza; 7ª, debe recibir el nombre de hipertrofia congénita del cuello vesical.

(Ap. *Rev. Ib. Am. de Cien. Méd.*, noviembre de 1929.) Maza. De *Revista Española de Medicina y Cirujía.*

una insuficiencia renal. Y antes de operar a nuestro enfermo, conoceremos el estado de su riñón.

También puede ayudarse la hidratación con la inyección subcutánea de suero glucosado isotónico (47 y 50 por mil) en una cantidad de 500 c. c., "hecha en una o dos sesiones.

Varias horas después, si la deglución no es dolorosa, podrá tomar naranjada, agua con azúcar, leche helada.

Y por la noche se le hará un enema para retener de 150 c. c. de agua con cincuenta gotas de lugol.

Resumiendo, entonces, tres son las indicaciones fundamentales de las horas consecutivas a la operación: el reposo absoluto, la hidratación y el enema con cincuenta gotas de lugol!

Al día siguiente será más fácil el empleo de la vía oral, por esto mantendremos la hidratación dando naranjada, leche, agua azucarada por la boca. Aprovecharemos para incorporar hidrocarbonados bajo forma de sémola o tapioca con leche, dulce de leche.

Le daremos unas 60 gotas de lugol, que es la dosis más común, repartidas en cuatro porciones de 15 gotas cada una.

Finalmente volveremos a la valeriana como sedante y sólo en caso de verdadera necesidad inyectaremos eucodal o morfina.

En los días ulteriores se vuelve progresivamente al régimen del preoperatorio, pasando de los alimentos líquidos a los pastosos y a los sólidos.

Seguiremos utilizando los sedantes en la misma forma del preoperatorio y el lugol se irá disminuyendo a dosis de 30 a 40 gotas en el día, o aún menos si el caso lo permite.

¿Cuánto tiempo se seguirá empleando el lugol después de la operación? No puedo darle una respuesta concreta a esta pregunta. Es corriente su utilización durante dos o tres meses. Pero, en lugar de dar un plazo fijo, podríamos decir que se le seguirá suministrando según lo indique la evolución de cada caso.

Así nos lo enseñan las observaciones acumuladas en esta Cate-

dra en estos dos últimos años.

Complicaciones del post-operatorio.—Se han registrado numerosas complicaciones, pero las que se han señalado en un tiempo, como más importantes y frecuentes, son: la crisis aguda de hipertiroidismo post operatorio y la hemorragia. Y digo «en un tiempo», porque actualmente estas contingencias desfavorables han sido notablemente reducidas, sobre todo la primera.

Pemberton (1), en su estadística de 1927, encuentra que de 1520 operados de tiroides sólo tuvo once fallecimientos, lo que le dá una mortalidad de 0.72%, es decir, según él mismo, que esta proporción le reduce a la quinta parte las cifras que señalaban sus estadísticas anteriores al empleo del lugol!. Porque es al lugol a quien hay que atribuir semejante beneficio ya que de los once muertos ninguno lo fue por crisis aguda de hipertiroidismo. Las causas de defunción fueron hemorragias, heridas de nervios e infecciones pulmonares.

Esta cita y estas cifras nos en-

señan con toda elocuencia acerca de la importancia del lugol en el preoperatorio, cuyo empleo no debemos ignorar y nos muestran cómo aún las hemorragias tienen su parte como complicación mortal del post operatorio. Por consiguiente, insisto por lo útil, tendremos siempre la obligación de llevar un basedowiano a la mesa de operaciones con un tiempo de coagulación normal.

Crisis de hipertiroidismo post-operatorio.—Por lo común cuando aparece, lo hace en el mismo día de la operación.

La **temperatura** comienza a aumentar y lo hace rápidamente, pudiendo llegar hasta 41°. Se hace apreciable una **polipnea** acentuada con una **taquicardia** muy elevada, con dilatación de cavidades cardíacas y descenso tensional. Hay una sudación abundante, la fonación es dificultosa y el paciente experimenta una gran inquietud, su mirada es brillante, hay temblor generalizado, siendo fácil la aparición de un estado de confusión mental. Pueden agregarse diarreas.

Si el sujeto va a la muerte, el cuadro final es el siguiente: dificultad respiratoria, anestesia de la cornea, pulso incontable, caída de la presión arterial, especialmente de la diastólica, sudores generalizados, postración extrema, relajación de esfínteres.

Esta complicación se la trata con cincuenta a cien gotas de lugol al día, por boca o por enema, con la ingestión de grandes dosis de valeriana, si es posible hacerlo, con inyecciones de morfina, hielo precordial y en tiroides, digipuratum endovenoso, hipodermocclisis con suero glucosado. Es lógico que el cuadro clínico de cada caso particular impondrá agregados o modificaciones a estas indicaciones generales.

Hemorragias. - Pueden producirse en la mesa de operaciones o en el post-operatorio.

1º En la mesa de operación:

El cirujano tratará de lograr la hemostasia.

Si llegase a producirse una gran pérdida de sangre se harían 500 c. c. de suero glucosado hipertónico (10%) endovenoso y transfusión sanguínea. Además

se usarán los tónicos cardíacos y a veces la morfina.

2º En el post-operatorio:

A veces es necesario reabrir la herida operatoria para lograr la hemostasia y así evitar la gran pérdida de sangre con los fenómenos de compresión que sobre los órganos de la vecindad puede dar.

Las otras indicaciones que acabo de referir para el caso de hemorragia, se cumplirán según las exigencias del momento.

Choc- Con el cumplimiento meticoloso de los cuidados del preoperatorio se reducen al mínimo las posibilidades del choc operatorio. Es que todos los cuidados de un buen preoperatorio pone al individuo al cubierto de los riesgos del «choc psíquico», así como la buena anestesia local lo preserva de los peligros del «choc físico».

Sólo me resta decir sobre este particular, que el tratamiento del choc no difiere del clásicamente conocido, y que se señala al bocio intratorácico como el que con más probabilidad lo puede ocasionar al extirparlo, por la compresión

que ha estado ejerciendo sobre los órganos vecinos.

Colapso de la tráquea.— La formación de un hematoma puede llegar a provocarlo. En estas circunstancias el tratamiento lógico es la eliminación del hematoma. Se han atribuido algunos casos de colapso de la tráquea a parálisis del mecanismo abductor de la laringe causada por la injuria operatoria de los nervios motores de la laringe. En estos casos raros en que la parálisis puede ser grave, ha sido necesaria hasta la traqueotomía.

Aprovecho la oportunidad para recordarles que también se ha visto producir una disnea continua consecutiva a la extirpación del bocio. Esto ha sobrevenido en esas tráqueas en «vaina de sable^{1*} (2), estrechadas, y que se hundían cuando la extirpación del bocio las priva de su tutor.

Para prevenir este hundimiento De Quervain aconseja pasar suturas a través de los cartílagos de la tráquea, lo que permite separar las paredes hundidas y

mantenerlas separadas por medio de dos ansas de catgut fijadas a los dos esternocleidomastoideos. Sin embargo, el mismo autor dice que cuanto más se conserve el íntimo de la tiroides tanto menos se tendrá necesidad de utilizar estos recursos poco seguros.

Edema y parálisis de la laringe.—No es un hecho raro que después de la operación el enfermo tenga la voz ronca por algunos días, pudiéndose observar hasta afonía. Este hecho se lo explica por la injuria transitoria que sobre el nervio laríngeo superior puede provocar el acto operatorio (compresión, infiltración, edema).

Puede producirse una abolición pasajera de la percepción de los estímulos sensitivos de la faringe, lo que perturba la regularidad del cierre de la epiglotis con los movimientos de deglución. Esto trae dificultad para tragar porque, al hacerlo, sobrevienen violentos accesos de tos, con todos los inconvenientes imaginables para un operado del cuello.

Complicaciones pulmonares.— Pueden aparecer como en cualquier otro post-operatorio. Aún tienen su participación en la pequeña cifra de mortalidad a que se ha llegado en la Mayo Clinic. En esta institución se han empleado recientemente (3), y al parecer con buen éxito, las cámaras con un ambiente cargado de oxígeno a una determinada presión. Colocados los sujetos con complicaciones pulmonares y con una apreciable cianosis se han producido con frecuencia mejorías rápidas con descenso de la temperatura y del pulso y con desaparición de la disnea completa o parcialmente. Los autores (Haines y Boothby) iniciaron sus observaciones fundados en que experimentalmente se ha visto que si se inyecta tiroxina a algunos animales (ratas) se hacen más sensibles a la privación de oxígeno. En otro lugar ya hemos hecho mención de la mayor necesidad de oxígeno que tienen los hipertiroideos. Haines y Boothby creen que con este procedimiento no sólo han curado complicaciones pulmonares que hubieran evolucionado gravemente, sino que también han prevenido

en otros casos su advenimiento.

Como no tenemos a nuestra disposición este recurso que parece tan útil, nos conformaremos con seguir con el tratamiento clásico de los procesos, no descuidando las inhalaciones de oxígeno que, antes de llegar a las vías respiratorias del enfermo, habrá pasado a través de un recipiente con agua, a fin de evitar la acción secante que produciría su proyección directa sobre aquéllos.

Fiebre.—Es raro que no aparezca en los dos primeros días posteriores a la intervención. Es la fiebre que aparece en casi todos los post-operatorios, aparte de que aquí tiene un justificado más en la irritación producida en el resto de la tiroides que se ha conservado. Los basedowianos, ya lo hemos dicho, tienen temperaturas con facilidad; la operación es una causa capaz de originarla.

La fiebre con ascenso rápido hasta alturas increíbles con una asociación sintomática grave, ya lo hemos señalado como iniciación de una crisis aguda de hipertiroidismo post-operatorio.

Hematoma.—Es una complicación no deseable, porque puede dar lugar a accidentes de impor-

tancia, como ser: la compresión de la tráquea o la infección consecutiva. Su aparición es cada vez más rara debido a la meticulosidad con que se cumple el acto operatorio, así como el pre-operatorio, y el empleo de compresas especiales.

Infección.—La infección de la región intervenida puede tener dos orígenes: la supuración de un hematoma allí formado, o la larga exposición operatoria de una herida amplia.

El uso de las compresas de goma ha disminuido las probabilidades de esta complicación.

Tetania. — Aparece con suma rareza. Las indicaciones de la técnica operatoria son muy precisas y de esta manera resulta muy difícil que al intervenir se extirpen también las paratiroides.

Es cierto que al ver extraer la gran cantidad de glándula (5/6) que actualmente se extirpa, se piensa en la posibilidad de esta complicación, pero lo que se deja es la parte posterior de los lóbulos, que es donde se alojan las paratiroides. Y esta extirpación

abundante de la glándula bociosa es necesaria porque, si así no se hace, se corre el riesgo de realizar una operación ineficaz, ya que con ella sólo se habrá conseguido un ligero alivio. Muchos cirujanos norteamericanos son terminantes, declarando que cuando la enfermedad continúa después de la operación es porque la cantidad de glándula extirpada ha sido insuficiente.

Hay otras causas aparte de la extirpación quirúrgica que pueden dar lugar a síntomas de insuficiencia paratiroidea en el post-operatorio.

Una, aunque excepcional, es la supuración de la zona operada. Tal es el caso referido por Bartlett (4), que reingresa en su clínica con convulsiones epileptiformes para morir poco después, comprobándose en la autopsia una amplia supuración de la región intervenida y de las partes vecinas, que seguramente había invadido a las paratiroides.

Causas menos graves son las que producen la compresión de las paratiroides por un hematoma

o por un vendaje demasiado ajustado.

En los casos hechos operar en esta Cátedra no se ha producido esta complicación.

Con un interés meramente ilustrativo recuerdo el método que sigue Crile (5) para el tratamiento de la tetania post-operatoria:

Aparecidos los síntomas, hace una inyección endovenosa de le. c. de Hormona de Coilip y, a la media hora, según dice, aparece la mejoría.

Hace después tres dosis de 2 c. c., consiguiendo una completa mejoría. Tal es lo que ha observado en cinco casos agudos.

Sí no hay a mano Hormona de Coilip, indica: Extracto tiroideo (?), extracto paratiroideo y lactato de calcio cada cuatro horas. Igualmente aconseja el cloruro de calcio endovenoso al 10% durante tres días seguidos. El dosaje del calcio en la sangre indicará el tiempo en que se continuará utilizando en cualquiera de sus formas. Si los síntomas fuesen muy alarmantes, se inyectará & c. c. de morfina y 20 c. c. subcu-

táneo de sulfato de magnesia al 25% cada cinco a seis horas durante tres o cuatro días.

Resultados de la operación.— A través de todas estas exposiciones hemos podido ir destacando el concepto de que sin la lobectomía subtotal es muy difícil esperar una cura radical del bocio exoftálmico.

No obstante, si los resultados que generalmente se muestran coinciden en vigorizar esa convicción, es conveniente exigir, para afianzarla definitivamente, el informe acerca del estado de esos mismos operados a los cinco más años de intervenidos.

Con las observaciones clínicas q' he compilado para realizar este curso, no podemos satisfacer esta exigencia. La mayoría corresponde a casos estudiados en estos dos últimos años, de manera que sólo podemos hablar de resultados inmediatos.

Puede apreciarse en ellos que los éxitos mejores se han logrado con basedowianos de poco tiempo de enfermedad y operados, por consiguiente, precozmente. Po \

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 comúnmente empleados en estos casos: lavado del estómago. Inyecciones abundantes de suero artificial y de tónicos, intravenosas de 20 c. c. de suero clorurado 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 del íleon, colocando un tubo de drenaje 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 enterostomía, 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 apendicitis 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, reseccándolo 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-

Un tratamiento de la Fiebre Tifoidea y de las Paratíficas, que da el 98% de Curaciones

Por el Dr. Edmundo Escomel.
Académico Corresponsal en Arequipa, Perú.

Cuando un método terapéutico es científicamente lógico y su aplicación en 3a práctica verdaderamente eficaz, es deber ineludible el divulgarlo por la vía legal, es decir, por medio de las asociaciones de los hombres de ciencia y en la mayor amplitud posible, a fin de que vaya a beneficiar al más grande número de seres humanos atacados por el mal.

En la eficacia de un tratamiento se suman su facilidad de comprensión y de aplicación, así como su costo moderado, que ensancha su radio de acción haciéndole llegar hasta las ciudades más modestas, ingresando fácilmente en la vivienda más humilde de aquél que la fortuna no ha llegado a engreír.

Tal ha acontecido con el tratamiento de la Tricomonosis intestinal que hemos divulgado por todo el mundo, cuya especificidad

yecta colobiasa de quinina después de un largo tratamiento por inyecciones intramusculares de formiato de quinina.

La explicación dada por el autor es que un choque coloidoclásico o anafiláctico o una sensibilidad especiales del aparato cardiovascular de los enfermos, fue la causa de todos estos accidentes.

ha sido reconocida en todas partes y cuyo poco precio ha puesto al alcance de todos mis enfermos, no siendo desalojado por los remedios pomposos que sólo se encuentran en las grandes ciudades y cuyo costo es rimbombante también.

Veinticinco años de práctica aceptada cada día con mayor aprobación y con un noventa y ocho por ciento de curaciones, nos permite emitir una opinión seria sobre la terapéutica de la fiebre tifoidea, cuya terapéutica se ha extendido de la ciudad a los distritos, dando en una y otros los resultados benéficos acabados de señalar.

La receta se formula así:

- Rp. Vaselina líquida __ 30 gr.
Gomenol..... 0.30 gr.
Gotas para la nariz.
- Rp. Formoi..... 50 gr.
Eosína..... 0.30 gr.
Gotas para uso externo
- Rp. Tintura de iodo al 10% hecho con iodo bisublimado..... 10. gr.
Gotas para tomar.
- Rp. Arseniat sod 0.002
Benz. soda..... 4 gr.
Ext. Fl. Quinina, aa
Id „ Kola gr.
Sulfato Espartei-

na.....0.15 gr.
 Inf. de Canela.... 120 „
 Jbe_r Azahar 30 „
 Cucharadas.
 Rp. Taka Diastasa __ 0.10 gr.
 Para un papel N°

Se llenan las cantidades en relación con la edad y condiciones de cada enfermo.

INSTRUCCIÓN.-Echar diez gotas de aceite en cada ventanilla de la nariz teniendo la cabeza vuelta hacia atrás hasta sentir el gusto en la garganta, tres veces al día.

Tomar una cucharada en la mañana, al medio día y en la tarde y 3, 4 o 5 gotas en una taza de leche, dos horas después de cada cucharada.

ALIMENTO.—Leche cocida y mandiocas de harina de papa, cada tres horas, tomando un papel de taka diastasa después de cada alimento y enjuagándose la boca con agua en un litro de la cual se han echado diez gotas de formol.

Beber abundantemente cocimiento de grama, cebada, cabello de choclo y jugo de limón.

Tener a permanencia sobre el vientre una tohalla felpuda doblada y humedecida en agua y vinagre aromático, a partes iguales si la temperatura llega a 38 grados.

Si la temperatura llega a 38 grados, dar una fricción en todo el cuerpo con una mezcla de vinagre y agua tibia, cubrir en seguida al enfermo para provocar la transpiración. Repetir cada

dos horas si la temperatura permanece alta.

Poner dos veces al día lavativas de cocimiento de manzanilla, medio litro y cuatro cucharadas de miel de caña.

Cada vez que toque al enfermo o a sus secreciones (esputos, orines, excrementos, etc.) el asistente debe lavarse las manos en agua en la *que* se habrá echado 20 gotas de formol por litro, haciéndose verter sobre las manos alcohol de 40 grados antes de secarse.

Sobre los orines y las deposiciones deben eeharse 20 gotas de formol antes de arrojarse al desagüe.

Repítase si es necesario hasta 21y aun 28 días.

Explicaremos el porqué de esta terapéutica.

El aceite gomenolado por la nariz tiene la propiedad de favorecer la enérgica defensa fagocitaria que se realiza en las fosas nasales previniendo las complicaciones faríngeas, otíticas, laríngeas y aun bronco-pulmonares, que son muy fáciles de observar cuando la defensa se hace mal en una mucosa seca o impermeable a la acción de los leucocitos.

La tintura de iodo en ingestión constituye, experimental y clínicamente uno de los medios más eficaces para atenuar la virulencia de los agentes infecciosos y de sus toxinas, particularmente cuando se trata del bacilo de Eberth y en general, de los de la familia Tifo-coli.

Administrada *en* leche se hace de absoluta tolerancia por el albuminato que se forma, sin producir lesión ni cansancio para la mucosa gástrica.

En la poción predominan los reconstituyentes, el arseniato, la kola, la canela y 3a quina cuya acción tóxica es en esta última reforzada por su papel antitérmico.

El benzoato de soda, además de ser anticatarral, alealiniza el plasma sanguíneo que se acidifica considerablemente en el curso de las infecciones y cuya alcalinización es condición muy favorable para llegar a buen término en el proceso morbozo, aparte de que, como anticatarral, favorece la defensa en las complicaciones respiratorias tan frecuentes en la Eberthiosis.

La administración de taka diastasa a seguida de los alimentos, permite que éstos se digieran y aprovechen, aún cuando la mucosa digestiva está resentida en sus funciones por el proceso febril, llegando los enfermos, por efecto de esta administración al término de su enfermedad con un aspecto y llenura relativa de carnes que contrasta con la emaciación de los que no la usan.

La esparteína a pequeña y continuada dosis sostiene la energía del corazón y previene los síncope tan temidos en los últimos septenarios y en la convalecencia.

Usamos la *loción avinagrada* tibia para imitar a la naturaleza

en su manera de bajar la temperatura elevada de los enfermos, es decir, produciendo una capa atemperada de sudor que al evaporarse espontáneamente hipotermiza, sin impresiones depresivas y sin temores a desfallecimientos cardíacos.

La loción tibia no sólo es aceptada con agrado por los enfermos sino requerida por ellos mismos, más a menudo de lo prescrito a causa del bienestar que ella les produce.

Los lavados de sólo medio litro, al mismo tiempo que evacúan el polisembrio cultivable infeccioso y tóxico que se hace en la zona terminal del intestino, no determinan trastornos en las placas de Peyer inflamadas, hasta las cuales no llegan.

A pesar de nuestra tendencia siempre innovadora, no hemos podido cambiar por ninguna otra hasta hoy, esta sencilla terapéutica anti-Eberthiana que nos da una tan ebvada proporción de curaciones.

Arequipa, julio de 1930.

EDMUNDO ESCOMEL.

Académico corresponsal en Arequipa, Perú.

Lo que es necesario cuidar en el viejo no es su tensión arterial, sino de una parte, la esclerosis arterial, que es la base, y de otra las debilidades orgánicas cardíacas o renales, que en el decurso de esta esclerosis pueden hacer su aparición.— *Laubry*.

El examen de los enfermos antes de las operaciones y la evaluación de su resistencia quirúrgica

Todo enfermo que deba sufrir una operación debe ser sometido a un examen general, destinado a reconocer la existencia de taras orgánicas o de insuficiencia viscerales susceptibles de disminuir su resistencia a la anestesia y al shock operatorio. Hay que apreciar el valor funcional de los principales órganos y sistemas de la economía y en particular sobre los órganos del metabolismo, de la excreción, de la circulación, de la respiración, análisis de las orinas, de la sangre y en ciertos casos la medida de] metabolismo basal. Ello permite reconocer las taras del sujeto y hacer las indicaciones necesarias para un tratamiento previo que permita al enfermo someterse en las condiciones más favorables al tratamiento quirúrgico.

Los métodos de examen de las funciones renales son numerosos: actualmente el azul de metileno ha sido reemplazado por la sulfofenol-ptaleina, que inyectada bajo la piel se elimina al cabo de cierto tiempo por la orina. Indica el valor filtrante de los riñones y de una manera general sobre el conjunto de las funciones renales; pero ella sólo no es suficiente y la orina debe ser examinada con precisión desde el punto de vista de la investigación de albúminas, de los leucocitos aislados o en

grupos y de los cilindros: hialinos, granulosos, epiteliales, leucocitarios o hemáticos, la presencia de los cuales indica una nefritis.

La dosificación de la urea sanguínea es de importancia capital, mide el valor de excreción del riñón para las materias azoadas. Para más precisión aún, en ciertos casos se establecerá la cifra del coeficiente uro-secretorio de Ambard.

Las funciones hepáticas son a causa de su multiplicidad y de su complejidad mucho más difíciles de explorar que las funciones renales. Para darnos cuenta del valor del hígado hay que explorar individualmente cada una de las funciones primordiales y cada una por varios procedimientos concurrentes.

El estudio de la glycuronuria provocada permite apreciar la función de conjugación y 3o mismo la de la hemoclasia digestiva y que el autor gracias a sus investigaciones, ha demostrado independientemente de la calidad del metabolismo azoadado que se había creído poder explorar gracias a ella.

Un procedimiento de moda actualmente lo es de la cromoscopia: materias colorantes diversas son introducidas en la circulación sanguínea para estudiar su elimi-

nación por la bilis. Es posible, sin embargo, que el hígado deje pasar bien las materias colorantes y que se efectúen mal sus funciones glicogénica o proteolítica e inversamente.

La función glicogénica se explora por medio de la investigación de la glucosuria, Jadis ha empleado, nos dice el autor, la prueba de Colrat, de la glucosuria, provocada por la ingestión de glucosa, método imperfecto de resultados inciertos, influenciados fuertemente por trastornos del funcionamiento renal. La prueba de Colrat ha sido substituida actualmente por la de la hiperglicemia provocada por la ingestión de glucosa, que ofrece una precisión notable y nos rinde grandes servicios, pero indica solamente el trastorno de la función gluco-regulatriz, sin que permita decir si el trastorno procede de una lesión hepática, pancreática, nerviosa o endocrina. No permite ella sola establecer el diagnóstico de insuficiencia hepática.

Una de las funciones más importante a examinar es la proteolítica, ya que sus trastornos conducen a poner en libertad en el organismo sustancias azoadas tóxicas capaces de ser el punto de partida, afirma Labbe, de síndromes graves; la urea urinaria, a esta consideración, no ofrece ninguna significación siendo la relación azotúrica la que permite reconocer la imperfección de la ureogenia.

El autor señala la importancia de la dosificación de los aminoácidos en las orinas por el método de Philibert y por el establecimiento de la relación de aminoaciduria; este coeficiente que no pasa de un 3% en estado normal puede elevarse por encima del 3% en las lesiones serias del hígado.

La amoniuria, apreciada por la relación del ázoe de las sales amoniacales al ázoe total es también un buen índice de insuficiencia hepática; la relación no debe pasar de un 5 a 6%. Su importancia ha sido discutida en estos últimos años desde los trabajos de Nash y Benedict, que han demostrado la posibilidad de formación de amoniaco a nivel del riñón.

La excreción de ázoe coloidal y la relación del ázoe coloidal al ázoe total, puede servir también para descubrir el trastorno del metabolismo azoadado.

Continúa el autor estudiando la relación azotémica; la diferencia entre el ázoe total y el ázoe de la urea dosificada en el suero sanguíneo, desalbuminado llamado ázoe residual; las sustancias intermediarias del metabolismo, tales como los ácidos aminados y los polipeptidos etc.

La función hipolítica del hígado es difícil de apreciar: la medida de la Hanemia que está generalmente aumentada en la insuficiencia hepática; la quetosis urinaria (acetona y ácido diacético) que fuera de la diabetes, tradu-

cen frecuentemente un trastorno grave del órgano hepático.

La función biliar es apreciada por la investigación de la ictericia y sub-ictericia; por la dosificación de la bilirubina en la sangre y por el examen de las orinas: bilirubina, urobilina y sales biliares.

En el estudio de las funciones del hígado hay que estudiar el valor de la coagulación sanguínea anormalmente realizada en estas afecciones donde las hemorragias suelen producirse.

Las funciones circulatorias son apreciadas por el examen general del corazón completado con la medida de la presión arterial y si hay trastornos del ritmo se practicará un electro-cardiograma.

El examen de la sangre debe no olvidarse: numeración de hemáties, medida de la hemoglobina, numeración de leucocitos, etc.

Los trastornos de la nutrición y en particular la diabetes que necesita precauciones particulares y un tratamiento pre operatorio destinado a poner al sujeto en las mejores condiciones para evitar las complicaciones que se ven sobrevenir en los diabéticos hiperglicémicos. En ellos la evaluación de la acidosis es más importante todavía que la de la glicosuria.

En los sujetos afectos de una afección endocrina, un bocio por ejemplo, la medida del metabolismo basal ofrece una importancia capital; en efecto, el tratamiento quirúrgico de la enferme-

dad de Basedow, necesita una preparación del enfermo, antes de la intervención para refrenar la actividad excesiva del cuerpo tiroides y bajar su metabolismo basal.

El examen del aparato respiratorio también debe practicarse y así reconocer cualquier afección de las vías respiratorias.

El interés de estos exámenes, concluye el autor, no reside solamente en la necesidad de establecer un pronóstico operatorio, sino también y sobre todo para preparar al enfermo y atenuar sus taras funcionales, y orgánicas, de manera que pueda llegar a la operación en las condiciones más favorables.

De *Revista de Medicina y Cirujía* de La Habana.

El muguet de los tísicos se desarrolla muy rápidamente y se extiende en algunas horas a toda la cavidad buco faríngea; es penoso y acelera el fin de los enfermos, interrumpiéndole la alimentación ya insuficiente. La mayor parte de los medicamentos son desagradables o ineficaces. Solo las pintelaciones repetidas cada 2 ó 3 horas con una solución acuosa de argirol a 1 por 10 me han dado resultados constantes y han mejorado o curado de esta complicación numerosos enfermos del Hospital Villemin, Jamás es tarde para tratar el muguet, pero es preferible cuidar de los tísicos e intervenir desde la fase eritematosa de esta mycosis. *Mauricio Perrin.*

(Viene de la pág. 23)

bras han sido bien comprendidas en el mentido preciso que les hemos atribuido.

No quiere ello decir que debamos hablar mucho. Muy al contrario, es más probable que haya confusiones cuando se diluye el pensamiento en demasiadas palabras. Pero lo principal es hablar con lentitud; después seguir el orden más lógico en la expresión de las ideas, y finalmente, no exponer en una misma frase ideas demasiado numerosas o sin relación entre sí. Sólo como recuerdo diré que la causa de no ser comprendido puede ser consecuencia de haber locuciones especiales en una región; cuando un médico se instala en una ciudad o en una localidad en la que reside por primera vez, su primer cuidado debe ser informarse lo antes posible y con la mayor exactitud de las expresiones corrientes en la localidad.

Pero siempre donde -desconfiar *ut* taee-eirque el cliente no concede a una expresión el mismo sentido que nosotros, por cuanto hay familias en las que se ha creado y se trasmite una fraseología muy especial con respecto a cosas de la salud: es a primera vista una especie de volapuk para el no iniciado, pero una vez conocido el secreto, el camino es fácil y sería inútil y hasta inconveniente querer corregir estas anomalías lingüísticas, es preferible adaptarse a ella. Mi querido amigo el profesor Brissaud, tan apreciado en la facultad de París a la que honraba tanto por su carácter tanto como con su ciencia, y estaba dotado de grandes ciudades literarias había escrito hermosas páginas sobre el asunto en un hermoso libro que es conveniente poseer. Una dificultad

de la práctica cuando se observan enfermos en medios muy diferentes, es saberse adaptar pronto a su nuevo lenguaje.

No menos importancia tienen nuestras frases en las circunstancias de la vida en que no actuamos como médicos. El público tiene una tendencia nociva a no dejarnos olvidar nunca nuestro carácter profesional; es una preocupación sumamente extendida en medios en que la educación refinada parece no debería hablar con su vecino ocasional de cosas de su profesión, dependiendo ello sin duda alguna de la curiosidad casi universal de las personas por las cuestiones de medicina. El caso es que de buen grado o por fuerza aquellos de nosotros que desearíamos olvidar que somos médicos cuando estamos en la mesa, en el tren o en el teatro nos vemos obligados a hablar de medicina para no aparecer despreocupados o "mal educados".

Entonces es cuando precisa meditar las palabras, no ya como en la cabecera del enfermo por el temor de cometer un error de diagnóstico o ser poco precisos al explicar un tratamiento, sino para no comprometer la profesión o perjudicar a algún compañero o contribuir a difundir alguna noción falsa en materias de higiene o de medicina. Y ello ocurre con sobrada frecuencia si nos metemos a hablar con profanos como si estuviéramos entre compañeros, que es la tendencia más natural por ser la más cómoda. El empleo de palabras técnicas o la emisión de ideas que para ser comprendidas en su completa integridad suponen el conocimiento de otros datos que nos son familiares pero que son letra muerta para nuestros preguntones indis-

cretos, puede dar lugar a desagradables equívocos.

En términos generales debemos evitar que la conversación vaya a parar al terreno de nuestra clientela; si se nos pregunta sobre este asunto más o menos directamente dejemos pasar 3a pregunta afectando no haberla oído, o contentándonos con evasivas para que el que nos pregunta comprenda que deseamos acabar con el tema; caso de insistir no nos quedará otro remedio que darle a comprender que sus preguntas son indiscretas.

No hablemos nunca de nuestros compañeros espontáneamente: si alguien habla de alguno de ellos en nuestra presencia tomemos la actitud que desearíamos tuvieran con nosotros nuestros compañeros en análogas circunstancias, es decir, si se les alaba asentimos; si se les ataca defendámosles sin restricciones ni atenuaciones.

si se habla de medicina delante de nosotros y se exponen ideas erróneas, nuestro deber es combatir estos errores; pero no debe ello dar ocasión a entrar en detalles que puedan ser mal comprendidos. Mantengámonos en las líneas generales en las que todos los médicos están de acuerdo, no contribuyamos a que conozca el público las divergencias de doctrinas que reinan en nuestras escuelas y que dan al público la impresión que la medicina está poco adelantada, puesto que en ella todo es objeto de discusión.

Sobre todo no nos dejemos llevar a conversar con los clientes, como si fueran compañeros, refiriendo observaciones de enfermedades, casos clínicos, ni siquiera anónimos; hay en ello dos peligros: uno es que a pesar del anónimo, alguno de los que nos escuchan puede reconocer la perso-

na a la que se refiere la observación; y el otro, que el auditorio deduzca conclusiones desfavorables o peligrosas para la profesión. Así pues, emitir una opinión sobre el pronóstico general de tal o cual enfermedad, y sobre todo sobre el mejor modo de tratamiento, es exponer a que otra circunstancia uno de los auditores, que ha comprendido mal o bien por una generalización abusiva, ponga en un gran compromiso a otro médico o le ocasione un perjuicio más o menos grave. Follet, profesor de clínica en Rennes, decía con mucha razón en 1911 a sus discípulos: «tengo la seguridad que nuestra debilidad frente a la opinión agresiva depende en gran parte de nosotros mismos, de las apreciaciones que formulemos sobre nuestra ciencia y nuestro arte y que no titubeamos en dispersar a los cuatro vientos. Es ciegamente que disparamos contra nosotros arma peligrosas Toda divergencia, toda discografía de médicos divierte a la galería, pero nuestra reputación sale siempre mal parada». Los peligros de nuestras apreciaciones mal pensadas, exageradas o injustas sobre nuestro arte o sobre nuestros compañeros añadía Follet, pueden condensarse en las tres conclusiones siguientes: «¡La medicina es una farsa!, ¡recurrámos a los charlatanes!, ¡persigámos a los médicos!»

Acerca de algunas cuestiones de higiene general y pública, el alcoholismo y la tuberculosis, muchas cosas útiles podemos decir; pero aún así es necesario poner gran prudencia. Explicando los estragos del alcohol y los peligros mayores aun de los aperitivos, sería excesivo criticar el uso del vino en un país tan vinícola

como el nuestro; al explicar la contaminación posible por los esputos bacilíferos, expliquemos la posibilidad de preservarse tomando algunas precauciones sencillas, pero no suscitemos una bacilofobia que incitarían a los parientes a abandonar los enfermos.

Si no está prohibido a los miembros de una corporación que tiene el honor de contar a Rabeláis entre sus antepasados, permitirse en la tertulia, entre amigos, en ausencia de señoras, contar historias alegres, es prudente y de buen gusto no pasar de una justa medida, pues las anécdotas alegres y amorosas pueden encontrar en la reunión algunas personas que no saben comprender la broma y que son capaces de atribuir una mala reputación al mé-

dico, nociva para su reputación entre su clientela.

Finalmente, entre los temas de conversaciones en los medios heterogéneos en que pueden estar representadas todas las opiniones, el práctico necesita ir con mucho tiento, no exponiendo de buenas a primeras su opinión sobre cuestiones religiosas y políticas. No quiero por ello decir que por interés debamos renegar de nuestras opiniones, ni siquiera disimularlas pero no es necesario expresarlas de un modo que pueda resultar depresivo para las opiniones adversas o diferentes hasta el punto que la galería pueda considerarnos como unos sectarios intolerantes.

NOTAS

Redactor de esta Revista fue electo por la Asociación Médica Hondureña el Dr. Ricardo D. Aldivín, en sustitución del Dr. Camilo Figueroa, que por motivos de salud, renunció dicho cargo.

Nuestro consocio el Dr. Ramón Reyes Ramírez ha sido nombrado por el Ministerio de Gobernación Administrador del Hospital General de esta ciudad.

Delegado de Sanidad, en el Puerto de Amapala, fue nombrado el Dr. Constantino Suva en sustitución del Doctor Humberto Díaz que renunció.

En viaje de inspección por la Costa Norte salió el Director General de Sanidad, Dr. Aristides Girón Aguiar.

-----o---

Nuestro buen amigo el Dr. M. Jesús Echeverría nos envió desde París, donde reside hace un año, el primer trabajo que aparece en este número. Nos ha ofrecido continuar mandando otros para su publicación, sobre los asuntos más recientes e interesantes para nosotros. Mucho de agradecerlos su exquisita gentileza.

Luctuosa

A mediados de este mes falleció en esta ciudad a los 73 años de edad el Dr. don Alberto Ber-

nhard después de dos años de crueles dolencias.

La Sociedad Médica Hondureña lamenta muy de veras el desaparecimiento del Dr. Bernhard, que aunque no era miembro de ella, había prestado importantes servicios en la capital.

Presentamos a su apesurada familia el más sincero pésame.

Delegado de Sanidad en San Pedro Sula fue nombrado nuestro buen amigo y consocio el joven Dr. Cornelio Moneada C.

En la sesión ordinaria de mes de septiembre hará el Dr. Julio Aspuru España una conferencia sobre casos observados por él de cólera nostras.

Cuando el diagnóstico clínico de estenosis pilórica ha sido sentado con certeza en un niño de pecho, la pilorotomía de *Freáet se impone sin esper?*, los riesgos de la expectativa son mucho más serios que los de la intervención practicada por un cirujano experto. — *Lereboullet*.

Las polineuritis alcohólicas, sobre todo en las mujeres, principian, a menudo, en ocasión de un ataque de tuberculosis. A. *Lermierre*.

Cuando un cistotomizado por retención aguda presenta *ñel e*, buscad por el tacto rectal el acceso prostético y abridlo sin tardar. LEGUEU.