

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS  
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL  
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

Director

DR. MARCIAL CACERES VIJIL

Noviembre

y

Diciembre

de

1 9 4 6

Año ~~16~~ 17

No. 127

## MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

### SOCIOS HONORARIOS

Dr. Vicente Mejía Calindres	San José, Costa Rica
Dr. José María Ochoa Velásquez	Comayagua
Dr. Oswald S. Lowsley	New York

### SOCIOS ACTIVOS EN TEGUCIGALPA

Dr. Ramón Valladares	Dr. Marcial Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal	Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Héctor Valenzuela	Dr. Henry D. Guilbert
Dr. Manuel Larios C.	Dr. José R. Durón
Dr. Manuel Castillo Barahona	Dr. José María Sandoval h.
Dr. José Manuel Dávila	Dr. Martín A. Bulnes
Dr. Abelardo Pineda U.	Dr. J. Gómez Márquez
Dr. Isidoro Mejía h.	Dr. Carlos M. Gálvez
Dr. Humberto Díaz	Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga
Dr. Roberto Gómez Rovelo	Dr. Ramón Pereira
Dr. Juan A. Mejía	Dr. Armandó Bardales
Dr. Juan Montoya	Dr. Roberto Lázarus
Dr. José Gómez Márquez Girones	Dr. Carlos Rivas
Dr. Virgilio Banegas Montes	Dr. Antonio Bermúdez h.
Dr. Mario Díaz	

### SOCIOS FUERA DE TEGUCIGALPA

Dr. Guillermo Pineda	Trinidad, Santa Bárbara
Dr. L. R. Fletcher	México
Dr. Salomón Paredes R.	San Pedro Sula
Dr. Luis Munguía	Costa Rica
Dr. Eugenio Matute	San Pedro Sula
Dr. José Mendoza	La Ceiba
Dr. Plutarco E. Castellanos	Comayagua
Dr. Raúl Enrique Zúñiga	Guatemala, Tiquizate
Dr. Gabriel Izaguirre	Guatemala
Dr. Ramiro H. Lozano	Tela
Dr. Ramón Alcero Castro h.	La Paz

### SOCIOS FALLECIDOS

Dr. Rubén Andino Aguilar	Tegucigalpa
Dr. Alfredo Sagastume	Tegucigalpa
Dr. Francisco A. Matute	La Ceiba
Dr. Lorenzo Cervantes	La Paz
Dr. Marco Antonio Rodríguez	Santa Rosa de Copán
Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
Dr. Virgilio Rodríguez	Ocotepeque
Dr. Juan Jesús Casco	Tela
Dr. Cornelio Moncada	San Pedro Sula
Dr. Francisco Sánchez U.	Tegucigalpa
Dr. Miguel Paz Barahona	San Pedro Sula
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. Marco Delio Morales	Tegucigalpa
Dr. Pastor Gómez h.	Tegucigalpa
Dr. Salvador Paredes	Tegucigalpa

## SUMARIO

<b>Dr. Marcial Cáceres Vijil.</b> —La Obra Cumbre de la Asociación Médica Hondureña	293
<b>Dr. Humberto Díaz.</b> —Penicilínofilia: Una Nueva Entidad Morbosa	294
<b>Dr. José Gómez Márquez h.</b> —Hernia Estrangulada con 84 Horas de Oclusión Intestinal	296
<b>Dr. Antonio Bermúdez h.</b> —Necesitamos un Banco de Sangre	303
<b>Dr. Carlos Rivas A.</b> —Algunas Observaciones de Sífilis y Embarazo	307
<b>Dr. Juan R. Díaz Nielsen.</b> —Enfermedades de Still	311
Revista de Revistas	315
<b>Dr. Julio de los Santos.</b> —Prodrómicos del Asma: Bronquitis Crónicas de origen alérgico	323
<b>Dr. Alfonso Millan.</b> —Notas Sobre el Tratamiento Actual de la Neuro-lúes	329

# Revista iVlédica Hondurena

Órgano de la Asociación Médica Hondurena

Director : DIÍ. MARCIAL

CACERES VIJIL

Hedactoree :

DIÍ. ANTONIO VIDAL

DR. HUMBERTO DÍAZ B.

DR. ROBERTO LAZARUS

Secretario:

DR. ARMANDO BARDALES

Admi nistrador:

DR. MARTIN A. BULNES B. \_\_\_

Año XVI | Tegudgalpa, Honduras, C. A., Nobre. y Diciembre de 1946 | No. 127

## PAGINA BE LA DIRECCIÓN

### La Obra Cumbre de la Asociación Médica Hondurena

La Asociación Médica Hondurena conmemoró el día 20 de Julio del corriente año, el XVII Aniversario de su fundación. Difícil ha sido la vida de esta Sociedad Científica; múltiples los escollos que ha tenido que vencer, pero el dinamismo y entusiasmo de sus socios lograron sacarla airoso de sus épocas de prueba y colocarla en una senda de progreso, de seguridad y éxito.

En estos últimos tiempos ha desarrollado silenciosamente, sin alardes de ninguna especie, múltiples actividades científicas, y ahora se prepara para hacer efectiva, lo que nosotros llamamos su Obra cumbre: la construcción del Hogar Infantil para niños huérfanos.

El proyecto para la construcción del Hogar Infantil fue presentado a la Asociación Médica Hondurena por los estimados consocios Dres. Antonio Vidal, Humberto Díaz, Martín A. Bulnes y Manuel Cáceres **Vijil**. Dicho proyecto mereció el aplauso unánime de la Agrupación y su aprobación inmediata.

Es de todos conocido el número alarmante de niños huérfanos que tiene el país, y nadie podrá negar los incalculables beneficios que otorgará a la niñez hondurena, la creación de un Hogar Infantil, donde los huérfanos serán solícitamente atendidos, educados, y donde se les prestará atención médica cuando estuvieren enfermos.

Por ahora, se efectuará la construcción de dos pabellones con capacidad para veinte camas cada uno, siendo éste el principio de un proyecto de mayores proporciones que incluye: Salas

# PENÍCILINOFILIA

## UNA NUEVA ENTIDAD MORBOSA

Por el Dr. Humberto Díaz

Con el maravilloso descubrimiento que el Profesor Fleming realizara en Londres en el año de 1929, al extraer del *Penicillium Notatum* el precioso producto que desde entonces se llamó PENICILINA, y que fue definitivamente incorporado al arsenal terapéutico merced a las investigaciones efectuadas en Oxford por JEUorey, Chain y sus colaboradores —en 1940 y 1941—, contamos ahora con un factor poderoso para combatir con éxito, un sinnúmero de estados morbosos que antes de la fecha apuntada, representaban problemas de muy difícil resolución, implicando, por consiguiente, pronósticos desalentadores y llevando así al fracaso, con mucha frecuencia, el supremo propósito de la ciencia hipocrática: Curar o aliviar a los enfermos.

Pero hoy, por ejemplo, la uretritis aguda blenorragica ha dejado de ser aquel fantasma terrorífico que atormentaba a sus víctimas con muchos meses de sufrimiento, máxime si éstas tenían la desgracia de caer en manos torpes —académicamente autorizadas o no— que armadas del temible tridente de los famosos lavados uretrales, completaban a las mil maravillas la obra destructora del gonococo.

Las amigdalitis y las faringitis agudas, ya no mantienen tanto tiempo como antes a sus numerosos atacados, en el temido

---

Cunas, Hospital Infantil, etc., pero, estamos convencidos de que, si no nosotros, las nuevas generaciones médicas que robustezcan las filas de la primera Agrupación científica de Honduras, ampliarán las edificaciones.

Nuestra Asociación cuenta con la suma necesaria de lempiras para la materialización del proyecto aludido, y ya se ha iniciado el trabajo de construcción.

Estamos pues, por realizar una de nuestras grandes aspiraciones, decididos a llevarla a feliz término, y preparados para vencer los obstáculos que se nos presenten.

Somos concedores de la desgracia que abate a tanto niño hondureño, los que desconocen el calor del hogar y la protección paternal, y que, por estas circunstancias, son impulsados fatalmente a la delincuencia y al presidio; hoy, como hondureños amantes de nuestra patria, y haciendo efectivos los ideales de la Asociación Médica Hondureña, aportamos nuestra contribución altruista, para brindar a los niños desamparados, un hogar donde puedan vivir sus primeros años, y mejorar sus condiciones físicas y espirituales que los prepare para la lucha, ya que el destino les negó uno más risueño, entiviado por el amor familiar.

suplicio de Tántalo, de no poder beber aún teniendo sed y no poder comer aún sintiendo hambre, no porque las bebidas y los alimentos se les escaparan milagrosamente de las manos, como ocurría al aludido personaje mitológico castigado por Júpiter, sino simplemente por miedo al dolor. Esto aparte de que las diversas complicaciones de dichos estados morbosos han sido reducidos al mínimum.

El neumococo ha perdido muchísimo de su antiguo poder, la extensión de sus dominios ha disminuido de una manera notable. La mortalidad de la neumonía aún en los países nórdicos se ha reducido a cifras consoladoras; y lo mismo ha pasado con respecto a las que son tributarias del estafilococo, de los gérmenes de la gangrena gaseosa y de otros más.

El *Treponema Pallidum*, no ha quedado libre de la acción atibiótica de la penicilina; la sífilis es perfectamente atacable en sus distintos períodos y en sus distintas formas, cuando la droga maravillosa es administrada en forma correcta.

Sin embargo, no todo debía ser bondad, no todo debía ser éxito completo; el advenimiento mismo de la penicilina ha producido una nueva entidad morbosa que encierra, como las que con ella se curan, grandes pel'gros y que se va extendiendo, además, de una manera rápida, parecida a como lo han hecho esas terribles pandemias que han azotado el mundo en diversas épocas. Esa enfermedad es la PENICILINOFILIA que, como es fácil comprobarlo, por razones de orden etimológico, es la afición excesiva al empleo de la m'.sma, una tendencia irresistible a usarla en cualquier caso, ya sea que se trate de un esguince, de una procidencia de cordón, de una fractura de la base del cráneo o de un megacolon congénito.

En poco tiempo el mal se ha extendido considerablemente, la han padecido y la padecen, en forma aguda, médicos, practicantes, enfermeros y enfermeras, farmacéuticos autorizados y empíricos, curanderos, padres de familia y clientes en general. Y nadie podrá negar que son muy frecuentes los casos de individuos que se presentan al facultativo, ya con la ampolleta en la mano, solicitando que se les inyecte, no porque padezcan de algo en ese momento, sino por aquello de "POR LO QUE PUDIERA SUCEDER."

La etiología de esta nueva enfermedad radica, según nuestra modesta observación y modo de pensar, en tres factores: 1o. Falta de diagnóstico, ya se deba a ignorancia o a negligencia. 2o. Charlatanismo, tan frecuente aun dentro del gremio autorizado, y 3o. Snobismo: Para muchas gentes el uso de la penicilina es cuestión de moda, y tratan de ponerse a tono con ésta, haciéndose aplicar o recomendando la aplicación del mencionado medicamento aún cuando no este indicado.

A pesar de que la penicilina es bien tolerada en la inmensa mayoría de los casos, ya que prácticamente está desprovista de acciones secundarias perjudiciales para el organismo, el pronóstico de la PENICILINOFILIA no deja de ser grave, puesto que, por

## Hernia Estrangulada con 84 Horas de Oclusión

Intestinal Por el Dr. José Gómez

Márquez h.

El caso que a continuación vamos a relatar, no tiene por objeto presentar un éxito operatorio, si no simplemente someter a vuestra consideración algunos problemas quirúrgicos, particularmente interesantes para aquellos, como nosotros mismos, que empezamos a ciar los primeros pasos vacilantes por los senderos de la Cirugía. Véase por lo tanto en mis palabras únicamente el deseo de provocar la sana crítica de aquellos que con su gran experiencia hecha a fuerza de trabajo y años, pueden ayudarme a salvar en el futuro, obstáculos semejantes a los que se me presentaron, con este enfermo.

En la noche del 25 de octubre próximo pasado, fuimos llamados con urgencia por los Practicantes de Guardia del Hospital General, para atender a una paciente, que a juicio de los mencionados jóvenes presentaba una hernia estrangulada. Efectivamente, llegado a la cabecera de la enferma, nos encontramos con que se trataba de una anciana de 73 años de edad, la cual, con bastante dificultad por ser su estado general bastante delicado, nos suministró la siguiente historia:

Desde hacía muchos años (ella no pudo precisar cuantos, presentaba una pequeña tumoración, indolora, que no le causaba la menor molestia, en la región inguinal izquierda, fácilmente reducible. Hacía tres días, el martes 22 de aquel mes, que a eso de las 10 de la mañana aproximadamente, había sufrido un fuerte dolor en esa región, junto con endurecimiento de la masa tumoral que a su vez se había hecho irreducible. Todo esto había ido acompañado de anorexia, náuseas no seguidas de vómito, sensación de lo menos, se complica siempre con el perjuicio económico; con la pérdida de tiempo y de resistencia orgánica cuando su administración es inútil por carecer de indicación; y luego, la más grave de todas las complicaciones: La aparición del ya muy conocido fenómeno de la penicilinoresistencia, en individuos a los cuales se ha aplicado la droga en dosis y tal vez sin necesidad.

El mejor tratamiento de la PENICILINOFILIA sería, como para todas las enfermedades, el preventivo; y éste consistiría lógicamente, en combatir hasta hacer desaparecer —si fuere posible— a los tres factores etiológicos que hemos citado hace un momento y que nos complace sobremanera repetir: Falta de diagnóstico, charlatanismo y snobismo.

Tegucigalpa, B. C, Octubre de 1946

tensión abdominal y estreñimiento. Alguien, que no se pudo precisar si se trataba de un médico o un empírico, había hecho el diagnóstico de "incordio," según la palabra de la enferma. Durante, tres días había permanecido en esa situación pero pasados éstos y teniendo en cuenta que su estado se agravaba, los familiares habían resuelto conducirla al Hospital General.

Al examen, encontramos lo siguiente:

A la inspección general, observamos que se trataba de una anciana, con musculatura y panículo adiposo escasamente desarrollados, visiblemente debilitada, que se quejaba continuamente de su dolor abdominal y con una disnea de reposo bien manifiesta.

A la inspección local, abdomen ligeramente abombado y en la región inguinal izquierda un tumor del tamaño de una mandarina a cuyo nivel, la superficie cutánea había adquirido una hiperemia clara. A la palpación, dolor generalizado en todo el abdomen; la masa tumoral en cuestión, dura, muy dolorosa y caliente. A la percusión, timpanismo abdominal y matidez en el tumor.

La exploración de los aparatos respiratorio, urinario y genital, no arrojó ningún dato de importancia.

Por parte del aparato circulatorio, pulso con una frecuencia de 150 pulsaciones por minuto, débil, blando y regular. Marcada debilitación de todos los ruidos cardíacos. Tensión arterial, Max: 125 y Min: 65.

La temperatura de 36.5° C, tomada en la boca.

Se hizo el diagnóstico de hernia estrangulada y con el objeto de intentar precisar su localización, acudimos a la maniobra de Amussat, que nos puso de manifiesto, que la mayor parte del tumor hemisférico se encontraba por debajo de la línea que une la espina iliaca anterosuperior con el pubis, por lo cual supusimos que se trataba de una hernia crural.

Decidimos la intervención quirúrgica inmediata (aproximadamente a las 10 p. m.).

#### Operación

Antes de proceder a la operación se inyecta 0,25 gr., cafeína y 10 cc. de aceite alcanforado. Se escoge la anestesia local, por el estado de toxemia y la edad de la paciente, parece razonablemente la mejor para evitar el shock. El procedimiento que se elige es el de Reclus que consiste en infiltración primero de la línea de incisión, después de los nervios abdominogémitales que quedan al descubierto en el campo operatorio, luego de los músculos oblicuo menor y transversos y por último una infiltración del saco herniario. Gracias a este procedimiento, logramos una anestesia bastante buena, manifestándose el dolor únicamente durante las tracciones que fue necesario efectuar sobre el intestino. Durante el transcurso de la operación, inyección de 500 cc. de suero glucosado subcutáneo.

Se escoge como vía de acceso, la inguinal por dos razones; una porque en el caso de hernia crural, que era.

tico clínico, ésta vía parece ofrecer mayores ventajas, si como sucedía se trataba de una hernia estrangulada y otra, por que no teníamos Ja certeza absoluta de que se tratase realmente de una hernia crural.

Tras la sección de la aponerosis del oblicuo mayor, encontramos un saco hemiario muy voluminoso, equimótico, con adherencias a los tejidos circunvecinos; por medio de la compresa, se lleva a cabo el desprendimiento del saco hemiario hasta el orificio inguinal interno; se trata por consiguiente de una hemiainguinal estrangulada. Se procede a la abertura del saco y encontramos en su interior un asa intestinal, de unos 15 cm. de longitud, de un color rojo vinoso con varias placas negruzcas y de escasa consistencia; se trata por consiguiente de una gangrena intestinal y se decide la resección intestinal con el objeto de llevar a cabo una enterorrafia término-terminal. Se solocan las pinzas de coprostasio y se resecan unos 12 cm. de intestino. Al hacer la sutura, sobreviene un doble accidente: por una parte, la coaptación de ambos cabe de intestino no resulta satisfactorio, debido a la gran diferencia que existe entre la porción supraestrictural (que está notablemente dilatada) y la infraestrictural (que conserva su luz normal) y por otro lado, las pinzas coprostáticas, han mortificado seriamente el tejido intestinal, especialmente de la porción superior. Nos vemos obligados a hacer una nueva resección, ésta vez de unos 8 cm. En el curso de estas maniobras, no podemos evitar el derrame de una pequeña cantidad del contenido intestinal. Por fin, logramos una buena sutura término-terminal en dos planos. Se espolvorea la región con sulfatiazol en polvo y se abandona el asa en el interior de la cavidad abdominal. Posteriormente, resección del saco, sutura del mismo y reconstrucción de la pared abdominal.

El salir la enferma de la Sala de Operaciones presenta buen pulso. Se prescribe, para el resto de la noche, 1.000 cc. de suero glucosado subcutáneo y 100.000 U. O. de Penicilina.

(Jurso post-operatorio)

Sábado, 26.—La enferma ha pasado una noche bastante tranquila. Estado general satisfactorio, lengua extremadamente seca, abdomen flaccido y sin timpanismo, temperatura bucal por debajo de 37° C, pulso con una frecuencia de 150 pulsaciones por minuto, regular, igual y tenso. Tensión arterial, Mx: 133.2 y Min: 76. Se mantiene la dieta absoluta, administrándosele únicamente algunos pedacitos de hielo para calmar la sed. Se prescribe este día 100.000 U. O. de Penicilina, aceite alcanforado a la dosis de 10 cc. cada tres horas, dos inyectables de cafeína. 1,000 cc. de suero glucosado. 500 cc. de suero Ringer y 500 cc. de suero fisiológico. Domingo 27.—Hasta las primeras horas de la tarde, persiste el buen estado, pero aproximadamente a eso de las 3 p. m., sobreviene una franca agravación: el abdomen está tenso, muy doloroso y existe un timpanismo franco; a pesar de la sonda rectal no se con-

sigue la expulsión de gases. La lengua continúa muy seca; hay disnea de\*»reposito marcada y la enferma se queja continuamente. Sin embargo, el pulso y la temperatura se mantienen en buenas condiciones. Debido a esta situación, se decide administrar una inyección **intramuscular** de un cuarto de ce. de Pitocín, equivalente 2.5 U. I. del principio ocitocico del lóbulo posterior de hipófisis y se espera hasta la noche. Al llegar ésta, el estado de la enferma lejos de mejorarse, se ha ido agravando. Decidimos a jugarnos el todo por el todo, administramos 20 ce. de suero calino hipertónico junto con 5 U. I. de **Pitocin** por la vía intravenosa; el intestino se moviliza inmediatamente y se consigue la expulsión de una regular cantidad de gases con lo que la enferma experimenta un ligero alivio.

Este día se administró igual cantidad de Penicilina y de sueros que el día anterior

**Lunes 28.**—Las condiciones de la enferma **han** empeorado francamente. A parte de la sintoniatología abdominal a que ya hicimos referencia, se han establecido vómitos fecaloideos que se repiten a cada momento. El pulso y la temperatura aún normales; se hace un recuento de glóbulos blancos que arroja un total de 14.500 y una fórmula leucocitaria con 89% de neutrofilos. Estamos por lo tanto en presencia de un cuadro franco de peritonitis. Así las cosas suponemos que el fin está próximo, pero antes de darnos por vencidos, se resuelve drenar la cavidad **abdominal**. Con el objeto de localizar una colección purulenta supuesta, hacemos varias punciones exploradoras y al fin hallamos inmediatamente por debajo del ombligo una cierta cantidad de serosidad purulenta. Es en ese punto donde, tras anestesia local, abrimos en una extensión de unos 3 ce. la cavidad y dejamos un drenaje de hule.

A parte de esto se continúa con la misma terapéutica de días anteriores.

**Martes 29.** — Con gran sorpresa muestra el estado de la enferma ha mejorado notablemente en la mañana de ese día y según la historia que dio la enfermera, la noche anterior a eso de las 10 había habido un gran vómito fecaloideo después de cual ya no se había repetido otros. El abdomen estaba más flácido, **cagi** indoloro, había expulsión de gases y el dreno **subumbilical** estaba funcionando.

Este día la paciente tomó jugo de naranja, y leche. Además de los sueros y la Penicilina se administraron, dos inyectables de Ambesid.

**Miércoles 30.**— Continúa la mejoría, la alimentación se va aumentando con café, caldo y té. Igual terapéutica del día anterior.

**Días 31, lo. y 2.**— Nada de particular, continuando el restablecimiento.

El día 3. nueve días después de la operación, se quitan **ios** puntos y la herida operatoria se entreabre, dando salida a una buena cantidad de pus. Al décimo día y tras un enema jabonoso,

se consigue el primer asiento. El 11<sup>o</sup> día se suspende la Penicilina, el Ambesid y los sueros puesto que la enferma ha mejorado notablemente y se alimenta bastante. Durante los cuatro días siguientes a esta suspensión la temperatura se eleva entre 37 y 38° C. pero cede espontáneamente. El 12<sup>o</sup>, apercibimos, edemas **bilaterales** de ambos miembros inferiores y se acentúa, la disnea de reposo que había venido presentando la paciente. Un examen general, haciendo especial hincapié en la exploración del corazón, pulmones y riñones no nos da desde el punto de vista clínico, nada particular salvo la debilidad de los ruidos cardíacos. La tensión arterial continúa arrojando las mismas cifras que en las medidas anteriores, la eliminación de orina es de 400 cc. en las 24 horas y el examen de la misma repetido en tres ocasiones diferentes no presenta nada anormal; la dosificación de úrea en la sangre da 40 mgr. por 100. Se le administra **estrofanina** por medio del preparado Cordisol, a la dosis de un cuarto de miligramo diario por la vía endovenosa, sin que mejoren los trastornos ya mencionados; sin embargo, los ruidos cardíacos aumentan de intensidad. Tras una espera de tres días, llamamos en consulta al Doctor Mario Díaz, quien encontró solamente un débil soplo sistólico en la punta, dándole el caso la impresión en principio de una ligera insuficiencia cardíaca y nos recomienda un nuevo examen de orina; otra medición de la diuresis, la repetición de la dosificación de úrea y un examen radiológico de pulmones y corazón. Los primeros acusan el mismo resultado que los ya llevados a cabo **precedentemente** y el radiológico, una ligera **congestión** pulmonar de la base derecha y una dilatación de la aorta, ascendente. Se aconseja la administración de digital bajo la forma de Digifortis, pero no teniendo en esos momentos el tal preparado, se prescribe Adigan a la dosis de XXX gotas el primer día, que no es tolerado, ya que se presentan después vómitos acuosos y una anorexia bien marcada; se suspende la medicación y se le inyecta, diariamente 50 cc. de suero glucosado hipertónico por vía intravenosa y 500 cc. de suero glucosado isotónico subcutáneo; además unas gotas aperitivas y se recomienda el aumento de la cantidad de proteínas en la alimentación por creer el Doctor Díaz que los edemas son debido a una dieta **insuficiente** de las mismas.

Con este nuevo tratamiento se consiguió elevar la cantidad de orina en las 24 horas, únicamente a 500 cc, pero en el curso de los días siguientes, desapareció casi completamente la disnea y los edemas mermaron en forma notable. La resistencia a alimentarse se venció solamente en parte y fue por ello, que después de cicatrizadas las heridas operatorias y con una notable mejoría del estado general, se decidió darle el alta a la enferma a los 28 días de operada, con el fin de que pudiera continuar en su casa una alimentación más en armonía con sus gustos susceptibles de aumentarla el apetito.

### Comentario

El presentar ante ustedes este caso, ha tenido por objeto como ya se dijo en un principio, intentar aprovechar las enseñanzas que nos puede **suministrar**, reconociendo los errores cometidos y asimismo aquellos factores que hicieron, posible la supervivencia de la enferma.

Digamos ante todo, que según los tratados de cirugía, la hernia estrangulada con **gangrena** intestinal es siempre de un pronóstico sumamente grave. Según el libro de Christophers. Text book Grungeng, y de acuerdo con la estadística de Bomer, el tiempo que suele mediar entre la iniciación de los accidentes de obstrucción intestinal y la operación es de 31 horas como máximo, creciendo la gravedad del caso conforme **van** pasando las horas. Según, Braun y Wartmann del Hospital **Friedrichshain** de Berlín el porcentaje de muertes en caso de gangrena intestinal por hernia estrangulada es de 50, 9 sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la oclusión ni las condiciones generales del paciente. Después de tener a la vista tales datos se comprende por lo tanto que pudiera considerarse como casi desesperado **nuestro** caso actual, puesto que según la historia de la enferma y de sus familiares, la estrangulación se había efectuado hacía unas 84 horas y además teniendo en cuenta la edad de 73 años no extrañará a nadie por lo tanto que dadas las **circunstancias** y tomando en consideración nuestra escasa experiencia quirúrgica, fuera un verdadero problema el resolver la intervención en la enferma y si nos decidimos fue únicamente pensando que sin ella, la muerte era total mientras que operando había alguna posibilidad, por pequeña que fuese, de salvar a la enferma. Por fortuna, los hechos parece que nos dieron la razón.

Pasando revista detenidamente a los distintos incidentes de la operación y del curso post-operatorio creemos que el balance de los errores y de los aciertos fue el siguiente:

Entre los primeros, los errores, que al fin y al cabo son paradójicamente los más interesantes si es que se saben reconocer, tenemos:

1°—La mala coaptación de los extremos intestinales en la primera intentona de enterorrafia, que prolongó innecesariamente la intervención, aumentando los peligros del shock operatorio.

2°—El no haber sabido evitar el derrame del contenido intestinal, creando así un tiempo séptico, con sus graves consecuencias.

3°—No haber drenado desde el primer momento, confiando excesivamente en las excelencias de la Penicilina y de las Sulfas.

4°—Haber movilizado el intestino por medio de la inyección de Pitocín y suero salino hipertónico.

Entre los aciertos, que en parte tuvieron que corregir los anteriores errores, encontramos:

1°—La intervención inmediata a pesar de los muchos riesgos que presentaba y las pocas posibilidades de éxito.

2°—La elección de la anestesia local que permitió a la enferma salir en excelentes condiciones de la Sala de Operaciones.

3°—La vigilancia extremada durante el post-operatorio.

4°—Deshacer el error cometido durante la operación, al no dejar el drenaje correspondiente, efectuando la e'iotomía cubumbilical. Tal vez se podía alegar que hubiera sido más quirúrgico hacer una **colpotomía** con tal fin, pero nosotros temíamos que existiera una peritonitis circunscrita, inaccesible a un desagüe inferior y por ello preferimos, por medio de las punciones exploradoras, localizar el foco, como nos parece que lo **conseguimos**, en la región subumbilical.

El presente caso, aun siendo aislado, es susceptible de hacernos **reflexiona\*** sobre varios puntos: el primero sobre la obligación que tiene todo médico de agotar todas las posibilidades médicas y quirúrgicas por desesperado que parezca un caso; el segundo, a cerca de la importancia que tiene en toda intervención la elección de la anestesia más apropiada y la difusión cada día más grande que deben tener las anestésias locales y regionales y el tercero, aprender a apreciar en lo justo el valor de los productos sulfamidados y de la Penicilina, pues aun reconociendo los enormes servicios que prestan diariamente en Medicina y en Cirugía, es conveniente no confiarlo todos a ellos, y como en el caso que nos ha ocupado, saber poner un drenaje a tiempo, cuando alguna de las fases de la intervención ha sido séptica.

## Necesitamos un Banco de Sangre

Por el Dr. Antonio Bermúdez h.

Estimados consocios:

Al dirigirme a ustedes por primera vez, en calidad de miembro de la "Asociación Médica Hondurena," a la cual acabo de ingresar como socio activo, quiero manifestar en primer término que me siento orgulloso de venir a sumar una célula más a ese maravilloso organismo que constituye toda asociación médica, que acariciando ideales de superación, se agrupa para luchar por el futuro científico descansa sobre bases aún más sólidas.

Vengo lleno de entusiasmo y, aunque es innecesario decirlo, dispuesto a colaborar con ustedes en la medida de mis capacidades. Mi plática de hoy, será sobre un tema relativamente viejo en el mundo científico, pero sobre el cual cada día se hacen nuevos e interesantes descubrimientos y, que, triste es decirlo, del cual nosotros carecemos por completo. Se trata del BANCO DE SANGRE.

### Foniamanto y la transfusión de sangre

El valor terapéutico de la transfusión depende de ciertos principios fisiológicos fundamentales, que pueden delinearse más o menos como sigue:

- 1.— Aumento del volumen de la sangre circulante.
- 2.— Aumento inmediato de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno.
- 3.— Aumento de la concentración de proteínas en la sangre.
- 4.— Aumento de la coagulabilidad de la sangre, y
- 5.—

**Posiblemente,** un estímulo de la hematopoyesis y aumento de los factores inmunológicos.

### INDICACIONES. Cuadro sinóptico

- I.— Hemorragias:
  - A.— Traumática:
    - 1.— Operatoria.
    - 2.— No operatoria.
  - B.— Erosión vascular:
    - 1.— Consecutiva a enfermedad local.
  - C.— Estados hemorrágicos:
    - 1.— Defecto en el mecanismo de la coagulación:
      - a.— Híproprotrombinemia.
      - b.— Trombocitopenia.

\* Trabajo leído por su autor el Dr. Bermúdez el día de su incorporación como socio de la "Asociación Médica Hondurena."

**c.—Hemofilia, d.—**  
**Fibrinogenopenia. 2.—**  
 Defecto vascular.

**II.—**Feficiencia en la circulación periférica (**siioí?k.;**

**III.—**Terapia preoperatoria y postoperatoria. **IV.—**

Hipoproteinemia. **V.—**Discracia sanguíneas: **A.—**

Estados hemorrágicos (Ver arriba). **B.—**Anemia:

**1.—Anemia** por pérdida sanguínea. **2.—**

Aumento de la destrucción de eritrocitos **a.—**

Forma hereditaria. **b.—**Forma adquirida. **3.—**

Defecto en la formación de sangre:

**ja.—**Deficiencia de los factores esenciales **b.—**

Depresión o destrucción de los centros **fornsdcreri** de eritrocitos.

**C.—**Leucemia y leucopenia.

**VI.—**Infecciones.

**VII.—**Intoxicaciones y envenenamientos.

**VIII.—**Debilidad.

Contraindicaciones.—Las contraindicaciones absolutas de la transfusión de sangre son pocas, y entre ellas las más importantes son las siguientes; edema pulmonar, üescompensac ón cardíaca y embolia o infarto pulmonar pasivo, j>ero es sumamente raro que **en** estas condiciones se presente la conveniencia de efectuar una transfusióa, por lo cual puede aceptaise que prácticamente no existen contraindicaciones para la **transfusión** de sangie. La presencia de una lesión del miocardio o de la válvula mitral descompesada, lo mismo que la existencia de nefritis **u** otra, afección indicará que se debe obrar con prudencia y empleando el método de ía inyección gota a gota, vigilando constantemente al paciente, se puede evitar el peligro de una muerte consecutiva a transfusión.

De acuerdo con las innumeiables dificultades que se nos presentan en ía actualidad para efectuar transfusiones de sangre, se plantea ante nosotros un problema sumamente importante al Que hay que encontrarle solución, y nadie más adecuado para enfocar y resolver este problema que la Asociación Médica, la **que** cuenta con la capacidad científica y el desinteresado apoyo ae cada uno de sus miembros, además, podría colaborar con el Hospital General para organizar en dicho centro un servicio que llene las necesidades no solamente para él, sino también para los otros hospitales y ei cuerpo medico en general .

La solución se puede intentar: **1.—**Organizando un registre de donadores de sangre. **2.—**Organizando un Banco de Sangre. El Registro de doradores es práctico en hospitales pequeños, cuyo numero de camas no pase de 300 a 350. En nuestro Hospital General

el número de pacientes oscila alrededor de 600. El Banco de Sangre sería lo más apropiado, adaptándolo a nuestras posibilidades.

¿Qué es el Banco de Sangre?

Este término no es una simple metáfora, pues así como de un Banco *no* puede retirarse dinero sin haber hecho un depósito previo, igualmente del Banco de Sangre, ésta no puede extraerse sin restituirle, pues de lo contrario pronto se agotaría. Por consiguiente, para su funcionamiento eficaz hay que establecer un servicio de depósitos y entregas, que constituiría, por decirlo así, el crédito del servicio en "cuestión.

Es obvio, que en los casos de urgencia es posible prestar sangre del Banco, con el compromiso de devolverla irás tarde. **Este** es el principio básico sobre el cual opera el Banco de Sangre.

Su origen

:

La transfusión de sangre se considera como una medida terapéutica aplicable a gran variedad de estados, que aumentan cada día, pero, en la mayoría de los casos es una medida de emergencia que debe ponerse en práctica a la mayor brevedad posible.

Es natural que se haya pensado en asegurarse una fuente de donde pueda obtenerse sangre en el momento preciso en que se necesite, especialmente en los casos en que es difícil su obtención, por ejemplo cuando el receptor pertenece al tipo A B. (Como los servicios de transfusiones y registros de donadores de sangre no satisficían las necesidades de una manera adecuada, se pensó en prestar atención al desarrollo de los métodos para la preservación y almacenamiento de sangre para transfusiones. La idea de solucionar el problema data de mucho tiempo, sin embargo, su realización práctica es relativamente reciente y los métodos empleados se **iniciaron** con los trabajos de investigadores rusos, principiando en 1928 con los estudios de Shanov en perros.

En 1935, Skudina, Rusakov y Gmsberg hicieron un estudio de la sangre de 500 cadáveres humanos y notaron que en los casos de muerte rápida (accidente, apoplejía, enfermedades cardíacas, etc.), la sangre se coagulaba rápidamente, pero que al cabo de media a dos horas, esta sangre coagulada se fluidificaba de nuevo, como resultado de la fibrinólisis, para no volverse a coagular. En 1936, S. S. Yudin, Jefe de la Clínica Quirúrgica de (Hospital Central de Emergencia de Moscú, dió un informe de 924 casos tratados con sangre obtenida en esta forma. El procedimiento suscitó críticas y presentó muchos inconvenientes. Sin embargo, de estos estudios se desprendió una gran variedad de métodos para coleccionar, preservar y almacenar la sangre para transfusiones, todos los cuales son abarcados bajo el nombre genérico de Banco de sangre.

Es sabido que para proveer los bancos de sangre hay diversas fuentes, tales como donadores voluntarios y profesionales, fa-

miliares y amigos de los pacientes, sangre de las flebotomías y de placenta.

Los donadores voluntarios o profesionales es preferible reservarlos para transfusiones directas, para los casos de urgencia, haciendo un registro de ellos para llamarlos en el momento oportuno, ya que la sangre almacenada tiene una duración **rigurosamente** definida, que varía entre 7 y 10 días, al cabo de los cuales ya no puede ser empleada en su totalidad, pero aun **paede** extraérsele el plasma.

Por la misma razón no sería prudente conservar para inmunotransfusión la sangre proveniente de **convalescientes** de enfermedades infecciosas, a menos que se tenga la **seguridad** de utilizarla dentro de los límites fijados por el período de almacenamiento. La fuente más fácilmente aprovecha de donadores es la de parientes y amigos del paciente que requiere la transfusión, explicándoles desde luego, que si la sangre de ellos no reúne las condiciones necesarias para ser utilizada por el paciente en cuestión, se cambia a en el Banco de Sangre por otra que **la** reúne, reponiéndola con aquella, que se utilizará más tarde en otro enfermo que se encuentre en circunstancias **similares**.

**Flebotomía.** Es indudable que la sangre obtenida por flebotomía terapéutica puede perfectamente constituir una fuente para alimentar el Banco de Sangre.

**Sangre de placenta.**—Fueron Goodall, Anderson, Altman y MacFhail quienes propusieron utilizar la sangre de placenta para preservarla, almacenarla y transfundirla **subsecuentemente**. En el curso de los estudios concernientes al desprendimiento de la placenta de la pared uterina, se notó que al quitar la pinza, que antes se había colocado en el cordón, la placenta se vaciaba por este, en el que se encontró además una inesperada presión que proyectaba la sangre a cierta distancia y que además aquella continuaba saliendo durante algún tiempo. A continuación de esta observación vino naturalmente la idea de aprovechar esta sangre. La sangre de placenta es siempre obtenible y **Page** y sus colaboradores señalan que es especialmente apta para **transfusiones** en **vista** de que no contiene sustancias alérgicas y porque en ella está aumentado el poder coagulante.

Para terminar quiero agregar que en Centro América con excepción de Nicaragua y Honduras existen ya en las otras Repúblicas Bancos de Sangre, y siendo nuestros medios similares creo que podremos vencer las dificultades existentes.

Pongo pues, a discusión el problema, dejando en vuestras manos la **realización** de una obra de ingente necesidad.

Tegucigalpa, diciembre 7 de 1946.

## Algunas Observaciones de Sífilis y Embarazo \*

Por el Dr. Carlos Rivas A.

El presente trabajo, el primero que tengo el honor de leer en este Salón de Sesiones de la Asociación Médica Hondurena, contiene algunas observaciones, hechas cuando trabajé en la Clínica de Higiene Maternal e Infantil de la Dirección General de Sanidad. Mi tema no es nada novedoso, pero sí de mucha importancia, pues se trata de los grandes beneficios, que proporciona el tratamiento Antilúético precoz, a las mujeres embarazadas que adolecen de Sífilis.

Esta enfermedad, que como todos ustedes, saben, juega gran papel en la degeneración racial, es también cuando se ceba en la mujer una de las más importantes causas de esterilidad, abortos, partos prematuros y mortalidad infantil. La Sífilis ejerce una influencia feticida manifiesta; influencia que disminuye con la edad de la Sífilis materna. Llegando hasta desaparecer\* por completo; pero la duración del período de transmisibilidad es muy variable, oscilando según los sifilólogos entre tres y veinte años.

Los abortos sifilíticos, tienen por característica, el aparecer en un período relativamente tardío, en la segunda mitad del embarazo. Aunque el feto puede infectarse en cualquier período de su desarrollo intrauterino, el papel que la Sífilis desempeña, como causa de muerte fetal, es ínfimo en los primeros tres meses del embarazo y es sólo del cuarto al séptimo mes, cuando recae sobre el feto, toda la fuerza de la infección sifilítica.

En las mujeres sifilíticas sin tratamiento, se observa a menudo, el primer aborto, durante el cuarto o quinto mes de su primer embarazo, habiendo una tendencia a hacerse más y más tardíos los abortos de los embarazos posteriores, hasta que finalmente, cuando la sífilis de la madre, ha perdido ya su fuerza infecciosa se produce el nacimiento de fetos a término, aparentemente sanos, que pueden o no, mostrar más tarde, signos activos de la enfermedad.

Hay gran variación, en el curso de la infección después del nacimiento, atribuible, en parte a la fecha de la infección intrauterina y en parte a la gravedad de la sífilis materna. Se supone que la periódica espiroquetemia recidivante de la madre, es el origen de la infección placentaria y por consiguiente de la del feto; así, no es sorprendente ver, que a veces un hijo se libra de la infección mientras el siguiente nace con Sífilis.

Pero sea o no, reciente la Sífilis materna, puede ser combatida eficazmente, siempre que la futura madre, tenga la pacien-

---

\* Trabajo leído por su autor, el día de ser incorporado como socio de la "Asociación Médica Hondurena."

cia necesaria para cometerse a un tratamiento, que durará, por lo menos lo que su embarazo.

Durante mi trabajo en la Clínica, pude observar, que buen número de ellas, abandonan el tratamiento, cuando apenas esta en sus comienzos; sin tener ningún motivo que justifique tal abandono, pues son gratuitos tanto la medicina como los Servicios Profesionales; y se trata de pacientes que radican en el Distrito Central.

Otro porcentaje de pacientes, acuden a la Clínica ya cuando su embarazo esta muy adelantado y naturalmente, los resultados, no pueden compararse, con los que se obtienen cuando la primera consulta se ha hecho con precocidad.

Los casos que presento, han sido todos ellos comprobados por el Laboratorio, mediante la Reacción de Kahn; he escogido, gestantes que en su mejoría no habían logrado ningún niño con anterioridad, que se presentaron a la Clínica, en los primeros tres meses de su embarazo y que fueron constantes en su tratamiento,

Desde luego, no puedo asegurar que los niños estén absolutamente libres de Sífilis, pues no se les han practicado exámenes del caso; pero si que son sanos en apariencia, todos ellos están inscritos en la Clínica de Higiene Infantil y hasta la fecha, no hay nada que me autorice para declararlos sifilíticos.

El papel del Médico, en su clientela particular; es de la mayor importancia en este aspecto; debe responsabilizarse de su deber y hacer el tratamiento completo de estos casos, y cuando las condiciones económicas de su cliente, no permitan la continuación del tratamiento en la Clínica, no debe vacilar en enviarla a las instituciones donde dicho tratamiento es gratuito, pues más bien le haría un daño, aplicándole unas pocas inyecciones y en vista de una reacción serológica negativa, declararía curada y dar por terminado el tratamiento.

El tratamiento aplicado, es el que se sigue en el Departamento de Enfermedades Venéreas de la Dirección General de Sanidad, que consiste en períodos de cinco semanas de duración, en los cuales se van alternando, primero Mapharsén con bismuto y luego Mapharsén sólo.

#### OBSERVACIÓN N<sup>o</sup> 1

**M. Ve**—de 18 años de edad, soltera, llega el 19 de junio de 1945 a la Clínica con un embarazo en el tercer mes. Nos refiere la historia de dos embarazos anteriores, que terminaron por abortos en el 4<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> mes respectivamente. La reacción de Kahn, practicada el 21 de junio, sale positiva más uno.

Se inicia su tratamiento el que continúa durante todo al embarazo y en diciembre del mismo año, da a luz un niño aparentemente sano.

**OBSERVACIÓN N° 2**

**O. K.**—de 22 años de edad, soltera, consulta el 20 de agosto, de 1945 por un embarazo en el 2° mes. Historia :3 embarazos anteriores, de los cuales, dos terminan por aborto en el 5<sup>o</sup> mes y el 3° un mortinato a término. Reacción de Kahn del 24 de agosto resulta positiva más tres. Se hace el tratamiento y la paciente, pare un niño aparentemente sano en el mes de marzo del presente año.

**OBSERVACION N° 3**

**C. V.**—de 23 años de edad, soltera, consulta el 18 de julio de 1945 por un embarazo en el tercer mes. Historia.: 4 embarazos anteriores, 1° un parto normal, luego tres abortos sucesivos uno en el 4° mes y dos en el 6°. Reacción de Kahn, del 19 de julio del 45 da positivo más dos. Después del **tratamiento**, nace un hijo, normal en apariencia, en enero del presente año.

**OBSERVACIÓN N° 4**

**M. Z.**—de 21 años de edad, soltera, consulta el 13 de junio de 1945 por un embarazo en el tercer mes. Historia; 2 embarazos anteriores terminan por partos prematuros, de los cuales uno murió al nacer y el otro vivió tres días. Reacción de Kahn del 13 de junio, positivo más tres. Se le aplica el tratamiento y da a **luz** un niño aparentemente sano, en enero del 46.

**OBSERVACIÓN N° 5**

**M. L. A.**—de 18 años de edad, soltera, consulta el 8 de septiembre de 1945, por un embarazo en el 2° mes. Ha habido nada más un embarazo anterior, el que terminó por aborto en el 6° mes. La reacción de Kahn del 11 de septiembre da positivo más tres. Después del tratamiento, logra un hijo aparentemente sano en abril del 46

**OBSERVACIÓN N° 6**

**P- de G.**—de 28 años de edad, casada. Consulta el 24 de agosto de 1945 por un embarazo en el tercer mes. Hay historia de tres abortos anteriores, uno en el 3° y dos en el 6° mes. Reacción de Kahn, positivo más uno. Después de tratada, pare en febrero del presente año, un hijo sano en apariencia.

**OBSERVACIÓN N° 7**

**C. de V.**—de 21 años de edad, casada, consulta el 24 de mayo de 1945 por un embarazo en el 4° mes. Historia anterior, un

aborto en el 5 raes y un parto **prematuro** en el 5<sup>o</sup>. cov fpto muerto. Reacción de Kahn positivo más dos. Después Je tratada, pare en octubre de] 45 un niño aparentemente sano.

#### **OBSERVACIÓN N? \***

M. B.—de 23 años de edad, solté:a; consulta e) 20 de septiembre de 1945 por un embarazo en el tercer **mes** Dos abortos anteriores, el primero en el 6<sup>o</sup> mes y el segundo en el tercero. Reacción de Kahn, positivo más uno. Después del tratamiento nace un niño aparentemente sano en marzo del presente año.

#### **OBSERVACIÓN N? 9**

**M. M. X.**, de 30 años de edad, soltera, consulta el 21 de septiembre por un embarazo en el 4<sup>o</sup> mes. Ha tenido 7 embarazos anteriores, 5 terminaron por aborto, los otros dos fueron partos, a término, de ellos uno murió en el primer mes ,el otro vive. Reacción de Kanh positivo más dos. Después del tratamiento, parió un niño aparentemente sano en el mes de febrero del presente año.

#### **OBSERVACIÓN N? 10**

**M. C.**, de 20 años de edad, soltera, consulta el 17 de noviem-' bre del 45 por un embarazo en el 4<sup>o</sup> mes. Dos abortos anteriores, uno en el tei cer mes y otro en el 6<sup>o</sup>. Kahn positivo máo tres. Después del tratamiento da a luz un hijo sano en apariencia en abril del 46.

## ENFERMEDAD DE STILL

**DR. JUAN R. DÍAZ NIELSEN**

Adscripto a la **Cát.** de Clin. Pediátrica y Puericultura, Médica de los Hospitales de Buenos Aires, Argentina

(De la Revista Pediatría de las Américas)

**(Concluye) 13° Con la cirrosis de**

**Hanot, en su forma reumática:**

**Donde la** confusión puede establecerse cuando en ésta no haya ictericia (forma de cirrosis biliar anictérica) y también sin hepatomegalia (forma de cirrosis **biliar** atrofiada) y cuando existan adenopatías, esplenomegalia y poliartritis simultáneamente (reumatismo biliar de Giibet y Pourniei).

En los niños la cirrosis biliar es excepcional, por lo que este diagnóstico sólo podrá plantearse en el cuadro de Chauffard-Ra- ■ **mon-Still** del adulto, que suele presentar a su vez hepatomegalia.

**14° Con el síndrome de Felty:**

Que muchos autores lo colocan como cuadro clínico afín al Still; el síndrome de Felty tiene esplenomegalia, anemia de tipo secundario, con leucopenia, junto con artropatías crónicas de tipo anquilosante, de evolución crónica, con o sin fiebre; en síntesis esplenomegalia dominante con artropatías secundarias, a la inversa del Still donde las artropatías dominan y la esplenomegalia es secundaria y puede faltar. En el síndrome de Felty es donde se ha indicado la esplenectomía como tratamiento útil.

**15° Con hemopatías espleno y adenomegalias:**

Leucemias, linfocitosis especialmente: las características ganglionares, hemáticas y evolutivas, como la ausencia absoluta de artropatías aclaran el diagnóstico.

**16° Con las miopatías:**

Suponiendo al enfermo en un período de acalmia, sin artropatías, ni fiebre, el desmejoramiento del estado general, la fusión casi total de las masas musculares atrofiadas, simula netamente una miopatía, como ocurrió con otro caso de enfermedad de Still que tenemos en estudio. La evolución posterior, con la reaparición de las artropatías, la fiebre, la exacerbación **de** las adenopatías aclarará el diagnóstico.

### PRONOSTICO

Es sumamente desfavorable. La enfermedad tiene una marcha evolutiva clónica y por empujes, con desmejoramiento progresivo del estado general, es excepcional la recuperación nutritiva, aun en los intervalos de aparente estancamiento del proceso. Las artropatías pueden disminuir y aún desaparecer (raro), pero en sucesivos empujes reaparecerán y *he* generalizarán.

Pueden vivir así largos períodos de tiempo; se han descrito casos de muchos años, siendo prácticamente lisiados por la dificultad en los movimientos que les trae la atrofia muscular y los trastornos articulares.

Las adenopatías no regresan.

La frecuencia de las complicaciones, ya sea propias de la enfermedad, pericarditis, caquexia, o por enfermedad intercurrente llevan a la muerte en plazos variables.

El pronóstico es pues, grave, ya sea a corto o alejado plazo, permaneciendo mientras sobreviven en condiciones constantes de insuficiencia física.

La curación es excepcional, y más que curación deben entenderse tales casos, como de evolución sumamente crónica, ya que la recuperación nutritiva nunca se obtiene.

### TRATAMIENTO

Se ha ensayado numerosísimos procedimientos para tratar la enfermedad de Still, con resultados casi siempre nulos en cuanto a la curación real del proceso: en algunas ocasiones parece detenerse la marcha progresiva y aún obtenerse regresiones, pero no hay que olvidar: su habitual evolución por empujes tan características, con sus períodos de acalmia.

Resumiré brevemente los tratamientos propuestos y ensayados por los autores:

#### 1º Régimen alimenticio y tonificación:

Basándose en lo precario del estado general, se ha preconizado la abundante y armónica alimentación, así como innumerables tónicos, por vía bucal e inyectable; la vitaminoterapia parece influir y según Mouriquand sería la ergosterina irradiada de la que algo podría esperarse.

La habitual anorexia de estos niños se pone a la buena alimentación.

#### 2º Salicilato de sodio y analgésico:

El salicilato de sodio se ha usado, ya sea por confusión con la enfermedad de Bouillaud o intencionadamente; su fracaso es

absoluto, hecho característico. Si algún efecto puede notarse es pasajero.

Los analgésicos pueden usarse como medicación sintomática, aspirina, piramidón, atofán, atofanil y son de efecto poco visible y transitorio: sólo actúan sobre el elemento dolo:, poco marcado en la enfermedad de Still en reposo y no modifican la curva febril, ni menos el estado general.

### 3º Quimioterapia:

Se ha usado el azufre, el yodo preconizado por Ramón y Chauffard y Thircloix; los **arsenicales**, el sulfarsenol también como tratamiento específico, lo mismo que el mei curio. Las sales de oro han sido usadas con especial interés y al parecer con algún éxito parcial.

Ha sido intensamente usado el gluconato de calcio. También el electrargol.

Como antisépticos generales se ha usado la leucotropina y la septicemina; últimamente las sulfamidas, que nosotros hemos hecho intensa y repetidamente en nuestro enfermo.

Se ha usado el yatrén como antiséptico intestinal.

Moltke preconiza la fibiolisina.

### 4º Opoterapia:

Se han utilizado numerosos extractos glandulares, así la tiroides, paratiroides, timo, ovario, hipófisis, suprarrenal han **sido** ensayados con resultados casi siempre nulos.

### 5º Biológicos:

Se ha usado las vacunas antiestreptocócicas o antipiógenas; especialmente se ha indicado la auto vacuna del germen encontrado.

Richeli y Gama, proponen la malarioterapia.

La transfusión ha sido intentada con verdadero criterio científico: los resultados son desgraciadamente pasajeros.

### 6º Proteino y hemoterapia:

Se ha utilizado leche, proteínas varias, omnadina, hemo y autohemoterapia; inyecciones de peptona.

En nuestro enfermito ensayamos la leche tyndaüzada en un momento de cierta acalmia, cuando un nuevo repunte febril nos hizo volver a la sulfamida.

### 7º Físico y eléctrico:

Se ha usado la diatermia, rayos ultravioletas, infrarrojos, sobre las articulaciones tomadas.

Se ha ensayado la radioterapia profunda del bazo.

El ejercicio ya sea gimnástico o en pequeños aparatos (tricyclos, etc.), ha sido preconizado, lo mismo que el masaje para corregir las actitudes viciosas; claro que todo ello en los períodos de absoluta acalmia.

### 8º Quirúrgico:

Eliminados en primer término los pretendidos focos sépticos, dientes, amígdalas, senos nasales, se habrá conseguido por lo menos suprimir una fuente constante de tóxicación. sobre lo que insisten entre nosotros especialmente Elizalde y Pozzo.

La indicación de la esplenectomía ha sido extendida también a la enfermedad de Still, con resultados dudosos.

También se ha preconizado la paratiroidectomía.

En cuanto a la ortopedia queda la posible misión de corregir en las formas muy crónicas, las actitudes viciosas que las artropatías originaran.

Esta somera descripción de los procedimientos terapéuticos preconizados; en la enfermedad de Still, prueba el poco éxito que de cada uno de estos métodos puede esperarse. Es lógico que así sea, tratándose de una enfermedad crónica de entrada y de evolución progresiva y casi siempre inexorablemente fatal.

Tratándose de una septicemia el posible foco de entrada, rápidamente debería ser eliminado para tratar enseguida el estado infeccioso, especialmente con la medicación sulfamídica en dosis conveniente, ya que el estreptococo está en juego, lo que es teóricamente inobjetable, aunque podrían desanimar el hecho de saber la menor acción de dicha medicación sobre el tipo viridans.

Las sales de oro, que no hemos usado, parecen ser de cierta utilidad dentro de la polimedicación propuesta.

Lo mismo la medicación estimulante general y nutritiva, suero glucosado, insulina, coramina, aceite alcanforado, sobre todo en los momentos de repuntes febriles.

De la vacunoterapia específica pueden esperarse resultados.

El resto de los tratamientos propuestos sólo podrán ser ensayados en casos especiales, pero evidentemente su indicación se hará con muy poco entusiasmo.

## REVISTA DE REVISTAS

**El tratamiento de la Piodermitis con una Solución de Tirotricina**

El fin de esta investigación fue observar la reacción clínica de una variedad de con liciones piodérraiea^ al aplicarse una solución de tirotricina en una forana que estimula la penetración. Después de numerosos experimentos se optó emplear la siguiente solución: 1,0 gramos de mixtura de sodio-alquilo-benceno-sulfonato, 0,10 gramos de tirotricina, 10,0 de propileno-glicol y 83,9 de agua destilada. Se aplicó la solución frotando la región afectada, utilizando para ello una varilla de vidrio. Cada **fricción** duró de tres a cinco minutos sin que se procediera a secar el líquido. La solución es incolora, se absorbe o se seca por sí sola casi enseguida, y no deja aspecto desagradable alguno. Diariamente se hicieron de una a cinco **aplicaciones**, según la enfermedad y las circunstancias del caso. Cuando se notó exudación, mucha inflamación o endurecimiento, la solución se aplicó en vendajes que se humedecían continuamente, saturando una o dos capas de un tejido de h'lo, o de cualquier otro material semejante, con la solución íntegra o bien diluida en una o dos partes de agua hervida y enfriada.

Estas diluciones se pueden preparar de antemano, puesto que ya han demostrado la **estabilidad** de su consistencia. Una vez de aplicar las compresas, se cubrieron con papel encerado, colocándose encima de éste una capa fina de algodón, y después un vendaje de gasa. Durante el día los vendajes se cambiaron cada tres horas; pero se dejaron intactos en la noche. A los pacientes que no pudieron ponerse compresas durante el día, se les dio un tratamiento combinado, fricciones durante el día y aplicaciones húmedas en la noche. Doscientos treinta y dos pacientes que presentaban distintas enfermedades de la piel causadas o complicadas por infecciones piogénicas mostraron una reacción clínica favorable. De las enfermedades que se trataron, la mayoría afectaban las células capilares; y 112 de los 232 pacientes presentaban, distintas clases de acné **vulgaris**. En todos se obtuvieron magníficos resultados. En otros 41 casos de acné maligno, un tratamiento combinado con la solución de tirotricina con una "solución **intradérmica-sulfuro**" fue eficaz y no causó irritación alguna. (McKee, George M., et al.: The Treatment of Pyoderms with an Interface-Active Solution of Tyotricin. J. **Invest. Dermat.** "•■-• 5 agosto de 1946.)

**Electro -encefalografías de Pacientes de Epilepsia y de Lesiones Subcorticales**

Estos investigadores de New Haven, hicieron un estudio de ondas psicomotrices que se encontraron en 3.000 electro-encefalogramas en un período de dos años. Las ondas psicomotrices aparecieron en los registros que se tomaron en el lapso que me-

dio entre los ataques que sufrieron 135 pacientes epilépticos. Esas ondas varían considerablemente en cuanto a su frecuencia, amplitud y forma. La frecuencia, siempre es más lenta que la normal; pero puede variar entre uno y medio y seis por segundo. La amplitud es generalmente mayor que la de las ondas normales en el registro.

La forma de la onda es también variada. -Las ondas pueden tener su parte superior plana o redondeada. Con más frecuencia la cima es **bífida** o dentada. Esta forma dentada o irregular puede ocurrir en la porción ascendente o en la descendente de la onda. Casi siempre precede a las ondas una aguda desviación hacia abajo o positiva; pero raramente las precede una punta aguda negativa. A veces la punta lanceolada es la parte más prominente de la onda, o bien puede constituir la anomalía más prominente de un registro en el cual también aparecen las ondas psicomotoras.

Una característica de las ondas **psicomotoras** es su tendencia a aparecer asimétricamente. En general, la asimetría aparece únicamente en los temporales bajos y se les puede dar la interpretación errónea de ser sugestivas de una patología cortical focal. Algunas veces las ondas de los parax'smcs pueden mostrar en los temporales una relación fuera de fase entre sí, sugiriendo una patología profunda. Observaciones meticulosas y repetidas muestran que el foco "psicomotor" es, generalmente, antes variable que constante. Con frecuencia, en el curso de **tomarse** un registro, las ondas psicomotoras aparecen alternadas en los temporales. En semejantes casos la naturaleza variable del foco es aparente. En otros casos la variación de las ondas psicomotoras de un temporal a otro solamente puede demostrarse mediante registros repetidos.

Si bien las ondas psicomotoras tienden más a presentarse asimétricamente en los temporales bajos, sin embargo, pueden aparecer asimétricamente en los frontales. Los parietales y occipitales raramente presentan actividad psicomotor unilateral. La experiencia ha demostrado que las puntas, como las ondas psicomotoras, tienden a cambiar de un lado a otro, generalmente en los temporales. Se ha encontrado además una actividad análoga en 17 casos verificados y en 14 probables de patología subcortical. Las ondas psicomotoras más lentas (2-3 por segundo) tienden a asociarse con las lesiones en la región de los ganglios basales, el tálamo y los hemisferios del cerebelo, en tanto que las ondas psicomotoras (4-6 por segundo) tienden a asociarse con las lesiones en la región del hipotálamo, el puente de Varoglio (en un caso) en los vermis del cerebelo. Se sugiere que la actividad psicomotor entre los epilépticos surge probablemente en las estructuras profundas. Se hace hincapié en que un foco que consiste o esté asociado de actividad psicomotor es generalmente inconstante y no indica patología cortical focal en la mayoría de los casos. (Lennox, Margaret and Brody, Bernard S.: Paroxymal Slow Waves in **the** Electro-Encephalograms of Patients with Epilepsy and

with Subcortical Lesions. J. Nerv. & Ment. Dis. 104:237. Sept. 1919.)

### La Neumotóraxterapia en los Casos de Broncoectasia Incipiente

El autor informa sobre casos de broncoectasia incipiente en los que se aplicó la neumotóraxterapia. Trata de un número de casos de broncoectasia incipiente en los que se recurrió a la neumotóraxterapia después de dos a cuatro meses en que se aplicaron los tratamientos comúnmente usados (inclusive las sulfanilamidas, las aspiraciones broncoscópicas, el drenaje parcial, etc.) sin que ninguno de ellos sirviera para detener el progreso de la enfermedad. La neumotóraxterapia produjo una cura radical y permanente en todos los seis casos en que fue aplicada. El autor ha llegado a la conclusión de que la neumotóraxterapia debe ser considerada en primer término en los casos de broncoectasia incipiente, y que se debe acudir a las medidas quirúrgicas radicales sólo después de haberse aplicado por algún tiempo la neumotóraxterapia sin obtenerse el resultado deseado. (Hennell, Hermán: Pneumothorax Therapy for Early Bronchiectasis: with Report of Cases. J Thoracic Surg. 15:239 August).

### La Estreptomina y la Endocarditis Bacterial Sub-Aguda

Dos médicos de Chicago informan sobre 3 casos de endocarditis bacterial sub-aguda en que se usó la estreptomina. En cada uno de ellos los organismos infecciosos pertenecían a los gram-negativos, insensibles a la penicilina. Uno de los tres pacientes falleció y se le hizo autopsia; pero los otros dos viven hasta el presente. Los autores afirman que para este tipo de endocarditis, aunque sea posible obtener la cura con el uso combinado de la penicilina y la **sulfanilamida**, debe preferirse la estreptomina.

Ciertos estreptococos muy resistentes a la penicilina se pueden presentar con bastante frecuencia. Estos organismos pueden ser relativamente sensitivos a la estreptomina. Tres de esta clase de organismos se encontraron en cultivos tomados de un grupo de 34 pacientes. Uno de esos organismos al ser congelado resultó ser el típico "estreptococo viridans;" pero en los cultivos de sangre primaria su presencia era muy irregular. Los otros dos pertenecían a la clase típica de estreptococos no-hemolíticos. La sensibilidad de estos organismos a la penicilina, en vitreo, variaba de 0,8 a 6 unidades por centímetro cúbico. La sensibilidad de la estreptomina variaba de 0,1 a 1 unidad por centímetro cúbico. La estreptomina produjo aparentemente la esterilización de las lesiones valvulares en el primer caso, resultó en cultivos negativos de sangre después que la penicilina había fracasado en el segundo caso, y en el tercero fue por sí sola responsable de la cura obtenida.

La dosis de estreptomina aplicada fue de 500.000 unidades (0,5 gm.) por día, pero **no** es ésta necesariamente la que se

debe usar en todos los casos en que el uso de esta droga es indicada. En los tres casos estudiados se obtuvieron cantidades de suero de estreptomycin de 3 a 12 unidades por centímetro cúbico. (Priest, Walter S., and Me Gee, Charles X: Streptomycin in the Treatment of Subacute Bacterial **Endocarditis**: Report of Three Cases. J. A. M. A. 132:124 Sept. 21, 1946).

### **Tratamiento de la Angina de Pecho con el Ester Propiónico de la Testosterona**

Cien pacientes —92 hombres y 8 mujeres, comprendidos entre las edades de 34 a 77 años— fueron sometidos al tratamiento del éster propiónico de la testosterona. Noventa y uno de ellos acusaron de moderada a marcada mejoría, mientras que los nueve restantes no dieron evidencia alguna de efectos favorables. De los 91 pacientes en que se notó mejoría, ésta fue pronunciada en 51 de los casos y moderada en los restantes. Se consideraba notablemente mejorado un paciente si se sentía en condiciones de aumentar su actividad física sin precipitar un ataque de angina de pecho durante un período no inferior a dos meses después de haber cesado el tratamiento con la testosterona. Se consideraba que un paciente había obtenido moderada mejoría si los ataques de angina de pecho quedaban reducidos a menos de la mitad de los que había estado padeciendo antes de someterse al citado tratamiento. Aquellos pacientes en que no se observó disminución en el número de ataques después de dicho **tratamiento**, fueron clasificados como "fracasados."

De los 92 hombres, 49 acusaron pronunciada y 36 moderada mejoría. Siete de los hombres no revelaron cambio alguno. De las ocho mujeres en que se aplicó testosterona, 2 evidenciaron **marcada** mejoría, 4 solamente moderada mejoría y las *dzij* restantes no sufrieron cambio aparente. Ni la edad del paciente, ni la duración de la dolencia expresada, influyeron para nada en los resultados obtenidos. Los pacientes de edad más avanzada reaccionaron tan perfectamente al tratamiento como los jóvenes, tanto desde el punto de vista de su edad como de la duración de la enfermedad. La mejoría, después de iniciar el tratamiento varía de acuerdo con el individuo, tanto en lo que se refiere al cambio inicial, como al grado de mejoría. Lesser, Maurice A.: Testosterone **Propionate** Therapy in One Hundred Cases of Angina Pectons. J. Clin. Endocrinol. 6:549, (August), 1946.

### **La Estreptomycin Como Tratamiento de la Meningitis Causada por Haemophilus Influenza\***

Nueve casos de **meningitis** purulenta, siete de ellos causados por el **Haemophilus Influenzae** y dos por un tipo desconocido, fueron tratados con estreptomycin, dando como resultado que *¿jete* de los pacientes lograron recuperarse por completo. Se ad-

---

ministró la droga intramuscularmente en dosis que variaron de 15.000 a 125.00 unidades cada tres horas, e intramuscularmente en cantidades que variaban de 10.000 a 25.000 unidades cada 24 horas. Dos de los nueve pacientes con meningitis influenzal que se trataron con estreptomycin, fallecieron. Uno de ellos no reaccionó en absoluto a los efectos del agente antibiótico. El otro sucumbió a una complicación con bronconeumonía, causada por el estaphilococcus aureus contra la cual no tuvo efectos la penicilina. Los gérmenes causativos fueron exterminados en la sangre en el fluido espinal en el transcurso de 24 a 48 horas, en todos los casos, excepto en los dos causados por los gérmenes no clasificados.

En un período de seis a diez semanas, no se observó ningún caso de recidividad entre los pacientes restablecidos después de suspenderse el tratamiento con estreptomycin. Tampoco se manifestaron reacciones tóxicas en los sistemas nerviosos, hematopoiético y urinario, que se pudieran atribuir a la estreptomycin. Dos de los pacientes a quienes se les administró estreptomycin contrajeron infecciones; en un caso de meningitis y en otro bronconeumonía. Ambos contrajeron bacteremia causada por el staphilococcus aureus, después de haber desaparecido completamente, por varios días, el Haemophilus Influenza\* en el fluido espinal y en la sangre, y de estar, aparentemente, en vías de completo restablecimiento. Como las infecciones causadas por el staphilococcus aureus pueden surgir como complicaciones durante el tratamiento con estreptomycin, se debe estar muy pendiente de los primeros síntomas de infección.

Se recomienda con gran insistencia el uso de la penicilina tan pronto como el staphilococcus aureus se convierte en el germen predominante en la nasofaringe, aún antes de que haya señales de contaminación en el organismo. El desarrollo de la enfermedad indica si es conveniente el tratamiento con penicilina y estreptomycin a un mismo tiempo. De las dos, la estreptomycin parece ser la que mejores resultados brinda en el tratamiento de la meningitis causada por el Haemophilus Influenza\*. Debe ser administrado intraespinal e intramuscularmente. No parece haber necesidad de combinar al agente antibiótico con una de las sulfonamidas o con un precipitante a menos que el uso de grandes cantidades de estreptomycin, administrada por lo menos durante un período de 72 a 96 horas, no dé resultados satisfactorios. (Weinstein, Louis: The Treatment of Meningitis Due to Haemophilus Influenzae with Streptomycin. New England J. Med. 235:101, 25 de julio de 1946J.

#### Reacciones a la Administración Intravenosa de Aminoácidos

Se obtuvieron veinte y dos reacciones en una serie de 50U infusiones de una solución de ácido amino (Caseína Hidrolizada) inyectadas con el sólo propósito de determinar la incidencia y el carácter de las reacciones inherentes a la introducción artificial

de proteínas. La incidencia de reacción fue de 4 por ciento. Ocho de las reacciones consistieron de ataques repentinos de fiebre, algunas veces acompañados de escalofríos. (Este número representa un 1,5 por ciento de las infusiones). No es justificado, aparentemente, atribuir las reacciones pirogenéticas al ácido hidrolizado administrado. En varios casos existió la posibilidad de la contaminación accidental, y en otros la causa se puede atribuir a reacciones tubulares. En ciertos de los otros la temperatura subió sin causa aparente.

Puede ocurrir la náusea, con o sin vómitos, cuando se administra la infusión a razón de más de 15 gms. por hora. La presencia de aminoacidez en la sangre, en estos casos, se comprobó ser casi igual a la encontrada en los casos que resistieron dichas infusiones. Es posible que la rapidez del aumento de la aminoacidez, actuando en conjunto con la cantidad total inyectada pudieron haber causado esta clase de reacción. Estos estudios tienden a apoyar la opinión que ciertos componentes particulares de la solución usada han podido ser la causa de la náusea y de los vómitos. En las condiciones en que se llevaron a cabo estos experimentos, en los casos en que el enfermo padecía del hígado, no se notó ninguna reacción particular diferente a las reacciones notadas en los demás casos. (Hecht, Hans H., Reactions to Intravenously Administered Amino Acids (Casein Hydrolysates). Am. J. of Med. Sciences 212:35, julio de 1946).

#### Las Enfermedades Cardíacas Durante la Preñez

Este informe está basado en el estudio de 37.913 casos de obstetricia tratados en la clínica de la Universidad de Cornell durante los últimos doce años. De este número se encontraron 1.138 pacientes cardíacos, un promedio de un 3 por ciento. Se hizo el análisis de 720 casos en los últimos siete años, los que se compararon con un total de 480 casos en los cinco años anteriores. Según las clasificaciones funcionales de la Asociación Neoyorquina de Enfermedades del Corazón hubo un 38,48 por ciento de incidencia en la Primera Clase, un 44,72 por ciento en la Segunda, un 10,69 por ciento en la Tercera, y un 1,53 por ciento en la Cuarta. El reumatismo cardíaco fue responsable por un 91,11 por ciento de las dolencias del corazón. En un 61,80 por ciento de los casos existían antecedentes de enfermedad anterior. La fiebre reumática en una o más de sus manifestaciones estuvo implicada en todos menos un 2,43 por ciento de los casos. Enfermedades de la válvula mitral fueron las más comunes, pero no se cree que esta dolencia sea más peligrosa que las otras lesiones valvulares.

La eficacia de los tratamientos depende del estudio completo y de la evaluación acertada de la condición de cada paciente. Es preferible que el paciente entre al hospital antes de comenzar los dolores del parto, sobre todo, cuando la condición cardíaca es seria. Los casos de mayor gravedad fueron aquellos en que se

presentaron contracciones auriculares o en que existía el antecedente de falta de compensación. Se produjeron más abortos terapéuticos fin los últimos siete años, un 8,29 por ciento, que en los cinco años anteriores en que se registró un 2,87 por ciento. En un 29,08 por ciento de los casos fue necesario recurrir a la cirugía. Se usaron más a menudo los fórceps que las operaciones cesáreas.

Las enfermedades cardíacas fueron responsables por la mayoría de las defunciones en casos de maternidad durante los últimos siete años. Comparado con los cinco años anteriores, la mortalidad en casos de maternidad de las pacientes cardíacos fue reducida del 14,18 al 12,64 por millar de casos. La mortalidad infantil no es afectada de manera definida por la condición cardíaca maternal. \*(Wm. B. and Kuder, Katherine, Heart Disease in Pregnancy, Am. J. Obst. and Gynec. 52:264, agosto de 1946).

#### Efectos de Substancias Antibióticas en los Centros Nerviosos

Los estudios clínicos y experimentos realizados en los últimos tiempos indican claramente que la penicilina puede producir manifestaciones convulsivas. Durante la administración sistémica de esta droga en desarreglos que no sean los más frecuentes de los centros nerviosos, el electroencefalograma reveló, anormalmente en más de 60 por ciento de una serie correspondiente a 51 pacientes. Las reacciones registradas en el expresado aparato antes y después de administrarse la penicilina, aparecieron generalmente normales. Grandes dosis de penicilina inyectada en la espina dorsal del hombre o del mono, pueden dar lugar a convulsiones seguida con frecuencia de un estado comatoso o aún de la muerte. La mera aplicación de 500 unidades internacionales a la capa cortical del cerebro de un macaco puede inducir ataques epilépticos. En los gatos y monos, la estreptomomicina aplicada a la capa cortical del cerebro en dosis de 1250 unidades, produjo manifestaciones convulsivas en un 30 por ciento de los casos.

El trazado del electroencefalógrafo aparecía en tales ocasiones como ondas o puntas con la sucesiva disminución de la actividad cortical cuya duración era de hora y media a tres horas. En el mono, las inyecciones cisterna! de 2500 unidades de estreptomomicina produjeron síntomas de pronunciado mal funcionamiento cerebral. La estreptomomicina aplicada a la capa cortical par'etal del cerebro en dosis de 5.000 a 10.000 unidades produjo manifestaciones convulsivas clínicas y encefalografías. Aunque estos fenómenos desaparecieren, por regla, espontáneamente en un período de dos a tres horas, en el caso de dos monos persistieron durante dos semanas. Al practicar la autopsia, el cerebro de estos animales reveló extenso reblandecimiento acompañado de hemorragias petequiales peri vascular es. La actinomicina, inyectada en la capa cortical del cerebro o la cisterna magna en dosis de un miligramo después de un período latente de nueve horas produjo

una postración grave, fasciculaciones y convulsiones, sobreviniendo la muerte en el término de uno a siete días. En el lugar en que he practicado la inyección en la capa cortical del cerebro, observóse una grave reacción necrobiótica con edema y hemorragias petequiales. La **clavacina**, inyectada en la capa cortical del cerebro en dosis de 5 a 10 miligramos, produjo manifestaciones clínicas y electroencefalográficas de fenómenos convulsivos acompañadas de pronunciada disminución en la actividad espontánea del cerebro. Parece existir un amplio margen de seguridad entre la concentración de la **penicilina** y la estreptomycinina y la aparición de convulsiones en la administración de dichas drogas. Esto mismo no sucede aparentemente tratándose de la estreptomycinina, clavacina y actinomicina. Aun cuando la penicilina no produce generalmente reacciones tóxicas, pueden sobrevenir graves consecuencias neurales, tales como la **radiculitis** o convulsiones cuando se suministra en cantidades excesivas. (Johnson, H. C, et. al. Effects of **Antibiotic** substances on the Central Nervous System, Arch Neurol. Y **Psychiat.** 56:184, agosto de 1946.

Estimado Doctor:

La vacunación oral de lactantes a adultos es muy fácil en el tratamiento de las infecciones intestinales por ser la más directa. Al administrarla a lactantes e infantes en sus alimentos no trae reacción indeseable alguna, y sí facilidad máxima en su aplicación. No tiene sabor. Por ello le ofrecemos:

**Lysocaldo vacuna Anficolibacilar (Ampula oral)**

**Lysocaldo vacuna Antidisentérico (Ampula oral)**

**Lysocaldo-vacuna Entero-Coli-Intestinal (Ampula oral)**

**Lysocaldo vacuna Para-Tifo-Coii (Ampula oral)**

Laboratorio Químico Central S. A. México, D. F. Rivera

& Compañía — Tegucigalpa, D. C. — San Pedro Sula

V--- , ----- , ----- , ----- \_J

## Prodromicos del Asma

Por el Doctor Julio de los Santos

(De la Revista Medicina Latina)

### BRONQUITIS CRÓNICAS DE ORIGEN ALÉRGICO

En una elevada proporción de enfermos asmáticos, es posible encontrar al realizar la anamnesis, un estadio previo de catarros a repetición, o bien de crisis de bronquitis secas o húmedas con tendencia a la cronicidad, muchas veces acompañadas de sibilancias que son perceptibles por el mismo paciente o por sus **fam'liares**. La cronicidad de estos procesos está representada por las siguientes frases de lenguaje profano, pero que traducen admirablemente al mismo tiempo su rebeldía: "Entra y sale el año y el niño está con bronquitis," "se le quita un catarro para coger otro."

Con frecuencia esos catarros se hacen rebeldes a los métodos usuales de tratamiento: expectorantes, antiespasmódicos, balsámicos bronquiales y hasta sesiones de diatermia, con lo que sólo se obtiene una mejoría que engaña al principio, porque en cualquier momento el conjunto molesto de síntomas hace su aparición, anunciándose ya por una tos seca, ya por una hidrorrea nasal y conjuntivitis, o ya por un catarro bronquial con su acompañamiento de estertores roncós y sibilantes con expectoración o sin ella y la tos que se hace más o menos molesta.

En el niño, mucho más que en el adulto, esas bronquitis adquieren naturaleza definida, se individualizan como una entidad nosológica y se presentan con mucha más frecuencia.

A esos mal llamados "catarros a repetición," debemos prestarle mayor atención que lo que usualmente se hace, realizando un historia, detallado, **puntualizando** el horario, estaciones del año, cambios de localidad, relación de tiempo con la ingestión de alimentos y con la naturaleza, de éstos, períodos de cronicidad y crisis agudas, formas de aparición y desaparición y anotando todo detalle que pueda servirnos para determinar las causas de esta afección. Debemos interpretarla como una señal de auxilio que lanza el organismo excitado por un agente que es nuestro deber **identificar**, para luego imponer el tratamiento preciso, y evitar a tiempo con relativa facilidad, el arraigo de un proceso morboso cuya curación tardía significaría pérdidas de energías de la sociedad en un amplio sentido económico.

Estamos obligados a pensar en la posibilidad de una afección alérgica a manifestación catarral o a tipo de excitación sobre el centro tusígeno, en la que actúa el tratamiento sintomático, cuando está bien indicado, disminuyendo la espasmofilia o **facilitando** la expectoración, pero condenado ulteriormente al fra-

caso, porque ella reconoce como causal un excitante exógeno o endógeno, es decir un alérgeno y hasta que éste no se encuentre en primer término, se elimine o se realice un tratamiento hiposensibilizante y en último lugar se trate de modificar el medio orgánico, el proceso tenderá a hacerse morbosos y a individualizarse como asma.

Frente a un cuadro de esta naturaleza, se impone, como paso previo, el diagnóstico diferencial, con un grupo de afecciones susceptibles de producir bronquitis crónicas o estadios de bronquitis a repetición.

Es lógico que ante una afección de las vías respiratorias, debemos enfocar nuestra atención hacia una posible infección tuberculosa. No me voy a detener en los detalles de este diagnóstico, pero sí debemos hacerlo ante el paciente. Y no caigamos en el común error de restarle importancia al proceso cuando la investigación nos demuestre que el paciente no es tuberculoso. Como dice Apert: "Los niños tosedores y aun expectorantes, demasiado a menudo son considerados como tuberculosos pulmonares crónicos, lo que ocasiona nefastos errores de higiene, de terapéutica y de pronóstico, que conviene evitar desde todo punto de vista." Pero, por el contrario, en muchas ocasiones el abandono en que se deja al paciente cuando nos convencemos que no es un tuberculoso, el sentimiento de alegría compartido por el médico y por el paciente o por los familiares, entiaña un descuido en un proceso al que debemos prestar un máximo de atención.

No olvidemos tampoco la posibilidad de una adenopatía traqueobronquial de naturaleza tuberculosa o no, que por excitación sobre el neumogástrico o por contacto directo con la tráquea y los bronquios —sistema yuxtataqueal derecho e izquierdo, intertraqueobronquial y peribronquial— determine los accesos de tos. En esta afección, así como en la tos ferina los accesos son de tipo quintoso, en forma de descargas precipitadas por un estímulo nervioso o psíquico o por los alimentos en el estómago. De ellos se puede decir lo mismo que del tuberculoso: "Tosen porque comen y vomitan porque tosen."

A veces se nos impone el diagnóstico diferencial entre una bronquitis alérgica con la tos ferina en sus fases iniciales. Aun cuando para Argudín el diagnóstico de la tos ferina es muy fácil cuando ésta está en pleno período de desarrollo, "en donde los caracteres de la tos, con el "whoop" característico, hacen inequívoco el diagnóstico," no lo es para mí en las fases de comienzo de cualquiera de las dos afecciones, es decir, entre tos ferina y bronquitis alérgicas.

Tuve la suerte de compartir con un viejo maestro pediatra el bochorno de que la abuela del paciente se llevara la gloria de un diagnóstico bien hecho. Según el historial clínico, un año antes había padecido de bronquitis a la hora de acostarse, y de urticaria, lo que nos hizo pensar en la reaparición de los síntomas alérgicos. La abuela diagnosticó tos ferina; nosotros bronquitis

alérgica. El curso de una tos ferina bien individualizada dio la razón al familiar. En otros casos, por el contrario, son los familiares y médicos no especializados los que han hecho un diagnóstico de la tos ferina que ha resultado ser una bronquitis alérgica. Sé de la hija de un médico, madre asmática, asistida por un pediatra de capacidad, que evolucionó en su enfermedad sin que hubiera seguridad del diagnóstico entre tos ferina y bronquitis alérgica.

Si bien es verdad que el laboratorio es un eficaz colaborador para el diagnóstico, en la fase de comienzo hay que dudar. Hay muchas pruebas para la inmunidad: para Kunstler, la prueba con la endotoxina es un índice seguro de inmunidad, para Miller, el hallazgo de una cifra alta de aglutininas, superior a una titulación de 1:320 en niños vacunados, nos permite eliminar el diagnóstico de tos ferina, mientras que para Silverhorne y colaboradores, las pruebas con toxina pertussis no tienen valor como índice seguro de susceptibilidad. Nótese, además, que en las dos primeras observaciones se trata de inmunidad, para lo cual es necesario que transcurra un cierto tiempo entre la invasión por el antígeno y la formación de anticuerpos.

Se comprenderá fácilmente que este **diagnóstico** diferencial estará eliminado en aquellos casos en que exista la seguridad de que el paciente ha padecido de tos ferina, y aquellos que por una larga cronicidad se excluya el pertussis como agente etiológico.

Marks escribe: "Un niño que tose durante más de seis semanas y que no padece de tos ferina, debe ser investigado desde el punto de vista alérgico."

Incidentalmente, he observado varios casos en que al ataque del pertussis ha dejado a los pacientes con una espasmofilia acentuada que se traduce clínicamente por una **hipersensibilidad** a los alérgenos.

Además de las adenopatías traqueobronquiales ya mencionadas, debemos pensar en la presencia de un cuerpo extraño en cualquier parte del trayecto tráqueobronquial, en una hipertrofia del timo y en cualquier trastorno que pueda determinar una excitación mecánica. En este último caso mencionaré las amigdalitis hipertróficas que actúan por una parte como irritadoras del centro tusígeno y por otra parte, como elemento alérgico por las bacterias y toxinas.

Debe ser investigada la posibilidad de una infección crónica de cualquier parte del trayecto de las vías respiratorias y de los senos perinasales. Como todo foco de infección, actúan, como ya hemos dicho al hablar de las amigdalitis, sensibilizando el organismo a los gérmenes de la infección o a sus productos de catabolismo. Es por todos reconocida la gran influencia que ejercen las sinusitis en la etiología del asma y de las crisis de coriza y es lógico pensar que esa infección puede ser la determinante de un proceso bronquial espasmódico. Cabrera Calderín en un trabajo publicado hace años presenta una casuística de sinusitis esfenoidal con antecedentes de catarros frecuentes y un caso de et-

moiditis poliposa coincidiendo con asma. Esa materia ha sido muy bien enfocada en nuestro medio por los doctores Machado, Ruentes Cruz y su tratamiento por el doctor Codinach.

Una vez descartada toda otra causal como determinante de crisis de tos a repetición o de bronquitis crónica, es indispensable pensar en el factor alérgico. El hallazgo de antecedentes de asma, urticaria, dermatitis y hemicranias bien en la historia personal o en la familiar, debe ser tenido muy en cuenta y entonces realizar un historial detallado.

En nuestro clima la repetición de esas crisis en el invierno es de mucha importancia para su diagnóstico, porque el frío, que actúa unas veces como sensibilizante, lo hace otras como determinante, alergia al frío, y en el primer caso, por un mecanismo que aun no conocemos, aumentando la susceptibilidad orgánica a un alérgeno o grupo de alérgenos, bajando, pudiéramos decir, el umbral de resistencia y favoreciendo el desencadenamiento de los fenómenos alérgicos.

La determinación del horario de las crisis, si es que existe un horario fijo, ayuda grandemente, porque en ocasiones nos permitirá encontrar con mayor facilidad la causa. El niño que mencioné más arriba, padecía de tos en las primeras horas de la noche, después de ser acostado, y además estornudaba. La investigación con los alérgenos inhalantes nos demostró claramente que era alérgico al piretro. Comprobamos clínicamente que estábamos en lo cierto, pues antes de ser acostado se fumigaba su habitación con un insecticida para librarla de los mosquitos, la supresión de este procedimiento hizo cesar sus accesos de tos sin otro tratamiento alguno. Aun cuando el paciente alérgico no lo sea al piretro, tengo por costumbre prohibirle fumigaciones en su habitación, porque muchas veces lo es a los productos derivados del petróleo que se usan como disolventes o la irritación mecánica de las microgotas determinan la aparición de crisis.

Una pequeña paciente, de madre y abuela asmáticas, experimentaba accesos violentos de tos en las primeras horas de ser acostada. Había sido atendida durante largo tiempo por su médico, con un tratamiento sintomático al que respondía algunas veces, pero las crisis se repetían y se acentuaba la intensidad de los síntomas. La investigación con los alérgenos demostró que al igual que la madre y la abuela, era alérgica al polvo de la casa, hongos y flor de seda. El uso de cubiertas protectoras en las almohadas y colchones, sin otro tratamiento que el **cu'dado** de la limpieza de la casa, la ha mantenido libre de síntomas durante más de dos años.

En algunos casos el traslado a un lugar determina la aparición de los síntomas. Un médico de los Estados Unidos lleva su niña a pasar las vacaciones a su casa del campo y observa que allí siempre padece de crisis de bronquitis que cesan cuando vuelve a su residencia en la ciudad. Se trata de una respuesta alérgica a un excitante en su medio accidental.

El siguiente caso ilustra claramente todo lo que puede obtenerse de un historial bien hecho con la mente alerta a la interpretación de estos fenómenos:

M. J., de 14 años, padecía de accesos de tos que degeneraban en ataques de asma, con la particularidad de que se presentaban los sábados por la tarde, intensificándoseles por la noche y atenuándoseles al día siguiente. Fue tratado durante dos años con inyecciones de calcio, extracto hepático, politiosulfatos; en resumen, por toda esa gama de medicaciones, que se pueden agrupar bajo el nombre de reconstituyentes, desintoxicadores generales, balsámicos, antiespasmódicos y vitaminas. Vivía en una casa de inquilinato residiendo en ella continuamente, es decir, todos los días de la semana, por lo que debía determinar qué era lo que sucedía los sábados que provocaba la explosión de sus crisis. Ese día se baldeaba al patio con agua con creolina. Los vapores de esta sustancia eran el alérgeno; se suprimió la causa y cesó el estado bronquial.

Debemos estar alerta a la repetición de estas crisis después de la ingestión de alimentos o de un alimento determinado. He encontrado en nuestro medio, y así también, Cadrecha y Quintero, una elevada incidencia de reacciones alérgicas positivas al maíz y, sin embargo, en contra de lo que me suponía, pocas reacciones verdaderas positivas al huevo. A veces se presentan crisis de tos después de las comidas principales, generalmente después de la cena, que son respuestas de excitación vagal en un organismo parasimpaticotónico que debe ser estudiado conscientemente. En ellos, estos accesos se presentan, bien inmediatamente después de la ingestión de los alimentos o bien en cualquier tiempo de la digestión.

En los niños neurópatas, en lo-s hijos únicos o en el hijo menor, he observado con frecuencia este trastorno, que puede interpretarse como una reacción subconsciente de llamada al "centro de interés familiar," cuyo enfoque hace admirablemente White, en su obra *Principles of Mental Hygiene*. No vayamos a caer en el lamentable error de achacar siempre esos fenómenos a un trastorno psíquico morboso, pero en más de una ocasión he comprendido, sin poderlo remediar, el gran mal que están produciendo unos padres angustiados que salen corriendo a buscar un comprimido de efedrina en cuanto el niño tose, por ligera que sea esta tos. Llegan a transmitir su angustia al médico que después de haber agotado todos los recursos de su farmacopea tiene que confesar su aparente incapacidad, ya que a quien hay que imponer un tratamiento es a los familiares y esto le corresponde al psiquiatra.

Es lógico que un paciente de bronquitis a repetición debe ser investigado por todos los medios a nuestro alcance, y los naturales al fin que nos proponemos, y en el hemograma podremos encontrar algo que nos ayudará al diagnóstico. Me refiero a la eosinofilia elevada. Este hallazgo no es constante, pero su pre-

seneia, coincidiendo o no con una parasitosis intestinal, nos han de obligar más aun a pensar en el factor alérgico. Hay una afección denominada "tráqueobronquitis espástica de Hoffman Teichmuller" o "catarro eosinófilo," caracterizada por crisis espasmódicas con expectoración mucosa rica en eosinófilos y que es de naturaleza alérgica. Sánchez Cuenca les llama "equivalentes asmáticos," pero para mí son verdaderas antesalas del asma, incluyendo en este grupo las bronquitis crónicas, los accesos de tos a repetición y la coriza.

Lo que se dice del niño puede aplacarse al adulto. Me viene en este momento el recuerdo de una paciente que permaneció por meses recluida en una clínica de esta ciudad; un caso admisible de resistencia orgánica. A los 39 años comenzó a padecer de crisis de bronquitis a repetición, con cortos períodos de descanso entre una y otra que degeneraron en un estado asmático de largo tiempo de duración. Una investigación completa en aquella época le hubiera evitado ese padecimiento y el enorme gasto a la clínica donde fue recluida.

### CONCLUSIONES

Si enfocamos el asma bajo un punto de vista económico-social, calculando las horas de trabajo perdidas por el paciente interpretado como una célula social, el dinero empleado en el tratamiento como un gasto de energía acumulada, el deterioro de ese organismo, como deterioro de una célula social, la posibilidad de la transmisión del factor alérgico por herencia, todo esto de una parte y el mínimo de energía empleada en la curación de esos procesos cuando se presentan en su fase inicial, debemos considerarlos como el comienzo de un trastorno, que si bien parece ser de naturaleza banal y de mínima importancia, es, por el contrario, de posibles malas consecuencias si el trastorno se abandona. El enorme capital gastado por los asmáticos se puede apreciar leyendo los anuncios de específicos que aseguran que la cura del asma, dado que cuando se anuncia es porque hay compradores, que, a fin de cuentas, pagan el producto y el anuncio.

Si me refiero al asma es por la misma razón que dije más arriba: que considero esas bronquitis rebeldes, a tipo alérgico, como antesalas del asma, del mismo modo que una mastoïditis lo que puede ser de una meningitis si no se le pone remedio a tiem-

### RESUMEN

Se estudia el diagnóstico diferencial entre bronquitis rebeldes a tratamientos usuales.

Se establece la importancia del diagnóstico y tratamiento de las bronquitis alérgicas.

Se consideran estas bronquitis como una entidad prodrómica del asma bronquial.

## Notas Sobre el Tratamiento Actual de la Neuro-lúes

(De la Revista Gaceta Médica de México) Por el

Dr. ALFONSO AULLAN

### Criterio de Curación

Es bastante difícil obtener uniformidad de conceptos sobre lo que ha de entenderse como curación en general, y, en particular como curación de la sífilis del neuro-eje. En efecto, todas las enfermedades crónicas están sometidas, como se sabe, a una evolución lenta, que procede por etapas, de tal manera que se dificulta afirmar si en tal momento se ha obtenido la curación de la enfermedad general, o se ha obtenido sólo la curación de alguno o de algunos de los síntomas de dicha enfermedad general; o se ha obtenido solamente la detención o fijación de la enfermedad en una etapa determinada, obstaculizándose, por la intervención terapéutica y en forma definitiva o no, toda evolución ulterior del padecimiento. En las enfermedades crónicas no es posible esperar una terminación siquiera semejante a la de las enfermedades agudas o subagudas, (período de invasión, período de estado, crisis o lisis y después convalecencia) A, un cuando las propias enfermedades crónicas estén sometidas también a una evolución por etapas, la terminación es crisis o lisis seguida de un período de convalecencia que a su vez preceda al restablecimiento normal de la salud, no se presenta. Esto es particularmente cierto y complejo precisamente en el caso de la neuro-sífilis. De ella sabemos, en efecto, que no es sino una etapa (**generalmente** la final) de la invasión sifilítica del organismo. Nada importa, desde este punto de vista, que haya **treponemas** neurotrópicos o no; el hecho importante es que la infección sifilítica del sistema nervioso central es precedida por otras etapas de infección sifilítica del organismo y, por consecuencia, cuando la neuro-sífilis evoluciona, lo hace sobre un terreno que por una razón u otra no ha podido vencer las etapas previas de infección sifilítica. Es por ello que frecuentemente la neuro-lúes está acompañada de sífilis vascular (**aortritis**, -etc.), o de sífilis visceral u ósea, artropatías, etc.

Al intervenir terapéuticamente, pues, sobre un neurolúetico, estamos en realidad interviniendo sobre un luético general con manifestaciones predominantes en el sistema nervioso central. Y nuestro criterio para definir si el paciente está o no curado de su neuro-sífilis, no puede escapar a esa consideración de índole general.

Para hablar de curación, debemos restringirnos, pues, a observar si nuestra conducta terapéutica ha hecho desaparecer

los trastornos presentados por el sistema nervioso central y si éste ha recuperado en parte o en su totalidad las funciones atacadas por la enfermedad. En el caso de la neuro-lúes, tenemos que tomar en cuenta sus diversas formas clínicas; independientemente de considerar, desde el punto de vista anatomopatológico, la sífilis parenquimatosa o vascular, lo que nos interesa es recordar que existen dos grandes formas de neurosífilis: la neurosífilis con trastornos mentales, cuyo tipo fundamental es la parálisis general progresiva, y las neurosífilis sin trastornos mentales, cuyo ejemplo pueden ser las tabes o las mielitis luéticas.

Desde el punto de vista de unas y otras, tenemos elementos de juicio que pueden ser comunes, como son: el estado del líquido céfalo-raquídeo y la modificación de funciones nerviosas primarias como los reflejos, etc. Y es que como se sabe, en las neuro-lúes con trastornos mentales y en las que no tienen, se presentan modificaciones tanto del líquido céfalo-raquídeo como de los reflejos y otros neurológicos. Entonces, nuestro criterio sobre la influencia y eficacia de la terapéutica debe tomar en consideración para todas sus formas clínicas, las modificaciones del líquido céfalo-raquídeo y de las funciones neurológicas primarias alteradas por la infección; pero en el caso de la neuro-lúes con trastornos mentales, aparte de las mejorías obtenidas en líquido céfalo-raquídeo y las funciones neurológicas, deberán obtenerse modificaciones de los trastornos mentales.

Consideremos un poco más en detalle esos diversos elementos. El líquido céfalo-raquídeo es el primero en manifestar la invasión del sistema nervioso central por la neuro-lúes. Casi todos los elementos constitutivos de dicho líquido se modifican apreciándose, como se recuerda, un aumento de elementos celulares; un aumento de las globulinas y de las albúminas totales, (lo que da la positividad de las reacciones de Pandy, de otras para las globulinas y coloidales, más la presencia de positividad de reacciones luéticas (Wassermann, Kahn, etc.); y además, según los progresos actuales del laboratorio, diversas reacciones más finas para la investigación de tales o cuales nuevos tipos de globulinas, etc., etc. Desde el punto de vista práctico y resumiendo, podemos hablar de un síndrome del líquido céfalo-raquídeo, común a todas las formas de neuro-lúes, que evidencia o descubre la actividad de dicho proceso sobre el neuro-eje y que consiste en:

a). — Aumento de los elementos celulares y en particular de los linfocitos. Este aumento debe considerarse como patológico cuando pasa la cifra de 4 a 6 en adelante por milímetro cúbico.

b). — Aumento de las albúminas (globulinas y otras). Este aumento produce la positividad de reacciones especiales a las globulinas, así como de ciertas reacciones coloidales. En su totalidad, se estima aumentada la albúmina cuando pasa de la cifra de 30 centigramos por litro en adelante.

Entre los elementos arriba mencionados, puede haber en general, como sabe, cierto paralelismo o cierto falta de correlación, y así se pueden encontrar por Ejem. resultados de 50 a 60 leucocitos y 40 o 50 centigramos de albúmina, o bien de 15 o 20 elementos celulares y 80 centigramos a 1 gramo de albúmina, es evidente que en el primer caso hay una reacción vascular predominante de pronóstico menos grave que la también evidente predominancia de destrucción parenquimatosa del segundo ejemplo, que es a su vez de pronóstico más serio.

c). — Reacciones coloidales {Lange, benjuí, carbón, etc.) positivas con curva a la izquierda. La especificidad de una curva positiva a la parálisis general progresiva, discutible, no tiene para este síndrome de líquido céfalo-raquídeo general a todas las formas de neuro-lúes, importancia particular.

d).— Las reacciones positivas de Wassermann, Kahn, etc., constituyen el último elemento que nos interesa para integrar este síndrome de líquido céfalo-raquídeo. Sólo falta señalar la importancia que tiene el hecho de que dichas reacciones sean positivas con cantidades gradualmente crecientes del líquido, siendo importante comenzar a buscarlas desde con un décimo de centímetro cúbico de dicho líquido.

Cuando en un antiguo sifilítico encontramos los anteriores cuatro elementos, podemos afirmar que aún en ausencia de signos y síntomas neurológicos o mentales., estamos frente a un caso de infección luética del neuro-eje. Esto es una verdad generalmente aceptada por todos los neuro-psiquiatras. De ella, con muy buen juicio, han derivado algunos y en México nuestro distinguido colega el Dr. Samuel Ramírez Moreno, la conveniencia de establecer el diagnóstico humoral y preclínico de la neuro-lúes, que como se comprende, es en este momento más accesible a la intervención terapéutica.

Nuestro criterio de curación ha de consistir, pues, desde el punto de vista del síndrome del líquido céfalo-raquídeo, en la eficiencia de nuestros recursos terapéuticos para volver a la normalidad las cifras de elementos celulares y de albúminas del líquido céfalo-raquídeo, así como obtener que las reacciones positivas se hagan negativas. Ahora bien, la experiencia de los autores norteamericanos y franceses que he podido conocer, concurre a establecer un criterio que en mi concepto es el único que puede obtener la unanimidad de opiniones. Este criterio consiste en afirmar, por una parte, que sólo las neuro-lúes activas, evolucionando, desarrollándose, son capaces de producir todos los trastornos constitutivos del síndrome del líquido céfalo-raquídeo mencionados con las letras a, b, c, y d. Cuando no se presentan esos cuatro elementos mencionados, o su mayoría, no se puede hablar de neuro-lúes evolutiva o activa con toda seguridad; cuando se presenta uno solo de esos elementos, cualquiera que él sea, se puede negar la existencia de una infección luética en proceso de desarrollo. Estas afirmaciones son el resultado de observaciones a través de

muchos años, tanto de la escuela norteamericana como de la escuela francesa, siendo también resultado de dichos trabajos las afirmaciones generales de que la vuelta a lo normal se hace más o menos en las siguientes formas:

a).—Las células, aumentadas, van reduciéndose hasta sus cifras normales en un período de seis meses a un año, y lo más frecuente es que cuando se obtiene que dichas células vuelvan a su cifra normal (tres o menos de tres, por centímetro cúbico), ya no aumentan nuevamente, si no es que se presentan las modificaciones de los otros elementos, cosa particularmente rara si este retorno a la cifra normal de células se presentó acompañado de la remisión de los otros elementos del síndrome.

b).—Si la cifra normal de células se presenta generalmente durante los seis meses o el año después de realizado el tratamiento, la cantidad de albúminas totales vuelve a su normalidad (alrededor de 30 centímetros por litro) sólo durante el año o año y medio que siguen a la terapéutica. Con frecuencia, la cifra de albúminas totales queda ligeramente superior a la normal, debiéndose este aumento al aumento proporcional de las globulinas. Esto explica la positividad persistente de las reacciones de Pandy. En la actualidad se habla de la globulina gama, que sería la primera en encontrarse aumentada al producir la invasión del neuroeje por la sífilis, pudiéndose practicar una especie de reacción más específica y que desaparecería en este período posterior a la terapéutica a pesar de la persistencia del Pandy, correspondiente a otras globulinas. En todo caso, y al menos, la cifra de albúminas totales, aunque a veces ligeramente aumentada, está frecuentemente disminuida en comparación con la cifra anterior a la terapéutica, y la intensidad de la positividad de las reacciones de las globulinas está también muy disminuida.

c).—Las reacciones de Wassermann, Kahn, etc., van también disminuyendo su positividad y pueden llegar a hacerse negativas durante un tiempo más o menos igual al necesario para el retorno a lo normal de las albúminas, es decir, de año a año y medio. Pero pueden permanecer positivas, aunque bajando el grado de intensidad de su positividad, durante varios años. Para apreciar esta mejoría, tiene mucha importancia la comparación y la reiteración de la búsqueda de la positividad con cantidades gradualmente crecientes, no siendo raro, por ejemplo, que una reacción intensamente positiva con tres décimos de centímetro cúbico antes de la terapéutica, se conviertan en una reacción débilmente positiva con un centímetro cúbico del propio líquido, etc.

d).—Las reacciones coloidales siguen en su disminución de positividad, hasta su posible negativización, más o menos el mismo tiempo y tiempo que la disminución de albúminas, pudiéndose apreciar durante el año o año y medio que sucede a la terapéutica, modificaciones como la negativización, o variaciones de intensidad en los tubos de la izquierda, comparativamente, como es natural, con los resultados anteriores.

**En resumen,** y por lo que hace el síndrome del líquido céfalo-raquídeo, cuando se obtienen las modificaciones de los cuatro grupos de elementos a que me he venido refiriendo, se puede afirmar que la infección luética ya no es activa, ha sido dominada y el sujeto se encuentra biológicamente curado. Es más, los muy documentados trabajos del Profesor Dattner del Bellevue Hospital de Nueva York, demuestran que cuando se obtienen aquellas modificaciones favorables de todos los elementos de líquido céfalo-raquídeo, ya no vuelven a presentarse trastornos que indiquen reactivación del proceso. Es decir que, en estos casos, la curación es estable, definitiva; no señalándose sino excepcionalmente y en condiciones difíciles de dilucidar, una reactivación que pudiera también ser una reinfección. Por mi parte, sería audaz pretender corroborar o discutir<sup>1</sup> los trabajos a que he aludido, y sólo puedo decir que en mi escasa experiencia, encuentro una ratificación completa de las afirmaciones anteriores.

Si consideramos que el líquido céfalo-raquídeo denuncia, por los trastornos constitutivos del síndrome a que hicimos alusión, la actividad y evolución del proceso luético en el neuro-eje, y si consideramos también que la sífilis es un padecimiento crónico, general, del cual la infección nerviosa no es sino una etapa, tenemos que aceptar que el retorno a lo normal del líquido, y claro está también de la sangre, es el mejor criterio biológico para hablar de curación, en cuanto ésta representa la exención de un proceso activo.

#### Trastornos Necrológicos

No es posible tener para los trastornos neurológicos, la misma objetividad de juicio, la misma seguridad de criterio. En efecto, hay trastornos neurológicos de la índole de los signos neuróticos, como la parálisis pupilar a la luz, o la desigualdad de las pupilas o la desaparición de los reflejos rotúranos o su exaltación, según los casos, etc., cuyo mecanismo de producción no es accesible a modificación alguna, aún cuando se obtenga la extinción del proceso activo en el líquido céfalo-raquídeo y, biológicamente hablando, la extinción de la enfermedad misma. En efecto, muchos de estos signos neurológicos establecidos poco después de la aparición del síndrome del líquido céfalo-raquídeo, tienen el valor de verdaderas secuelas. Es decir, esos signos son la consecuencia de la destrucción definitiva de elementos nerviosos que no podrán regenerarse, como es bien sabido.

Aun cuando sea grosero exponerlo así, en realidad la persistencia de dichos signos es semejante a la presencia de los procesos cicatriciales de cualquier otro órgano, que alteran más o menos las funciones de dicho órgano, o que son más o menos toleradas por el mismo.

La persistencia de algunos de dichos signos neurológicos es quizá comparable a la persistencia, por ejemplo, de ciertos so-

píos de enfermedad del corazón: soplos que con frecuencia no influyen para nada en el funcionamiento normal del órgano; pero no tienen, en ningún caso, el significado pronóstico de dichos soplos, ni tampoco tienen, para el sistema nervioso central, el mismo valor significativo de menor resistencia, ya que en ningún caso la presencia o persistencia de dichos signos neurológicos agrava otra enfermedad propia del sistema nervioso general.

En cuanto a los síntomas neurológicos: dolores, disminución funcional o subjetiva de tales o cuales órganos, etc., pueden ser consecuencia de procesos inflamatorios activos, que pueden detenerse sin más daño del neuro-eje, por la terapéutica, en cuyo caso desaparecen, o bien dicha terapéutica puede haberse hecho en forma tardía y en ese caso se explica la persistencia, por ejemplo, de ciertas crisis dolorosas de algunos tabéticos, que no siempre son modificadas por una terapéutica bien dirigida, que se muestra eficaz sobre el líquido céfalo-raquídeo y que hace desaparecer otros trastornos evidentemente luéticos.

En resumen, la evolución de los trastornos neurológicos no pueden servir de criterio para juzgar la curación de la neuro-lúes, si lo que se espera de la terapéutica es la desaparición de todos esos trastornos. El tejido nervioso no puede recuperar ad-integrum su estructura ni su funcionamiento, pero sí puede quedar al margen, por la terapéutica, de nuevas lesiones.

#### Neuro-lúes con trastornos mentales

Las cosas se complican más cuando se trata de las formas clínicas de la neurosífilis con trastornos mentales, de la que la principal es, como se sabe, la parálisis general progresiva. Cualquiera que sea su forma, la infección sífilítica del cerebro conduce, más o menos pronto y abandonada a sí misma, a los trastornos mentales de tipo demencial, es decir, de déficit global de las funciones mentales. Con frecuencia, el déficit global es más o menos escondido, sobre todo al principio de la enfermedad, por la presencia de otros elementos anormales: ideas delirantes o trastornos de la efectividad, de tipo depresivo o de tipo expansivo. Pero, a la larga, la demencia hace su aparición franca, aunque siempre fue posible, para el clínico y para la psicometría, por medio de "test," apreciar casi desde el mismo principio el déficit que inicia el desarrollo de la demencia final. Sin la intervención terapéutica, en los casos de parálisis general progresiva, la infección sigue adelante en los tres terrenos en que la hemos venido estudiando; en el líquido céfalo-raquídeo, se presenta todo el síndrome a que antes hicimos mención; en el terreno neurológico, se presentan las modificaciones de reflejos, pupilares, tendinosos, etc., más la disartria y muchos otros signos más, hasta presentarse la caquexia y el m-rasmo paralítico; y en lo mental, poco a poco se presenta la demencia, que hace cada vez más y más

pobre la vida intelectual y efectiva del enfermo, hasta sumirle en el derrumbamiento final y definitivo de sus funciones mentales.

Desde otro punto de vista, los trastornos mentales han hecho del paralítico general un incapaz para llevar sus negocios, un incapaz civil, lo mismo que un irresponsable penalmente, y, en suma, un inadaptado a la vida social, de trabajo y de convivencia familiar y social. Esos trastornos mentales han hecho necesarias otras medidas terapéuticas y protectoras, como la internación en establecimientos adecuados para alienados y la interdicción desde el punto de vista de nuestra legislación civil.

La influencia de una buena terapéutica, y el juicio que hagamos sobre su eficacia, ha de considerarse, pues, sobre las tres clases de elementos o fenómenos que han sido perturbados o producidos patológicamente. En efecto, la terapéutica eficaz produce los cambios favorables en el síndrome del líquido céfalo-raquídeo, obteniéndose, en ocasiones, que todos los elementos del dicho humor vuelven a la normalidad de sus condiciones. También se logra la modificación de muchos de los elementos neurológicos, principalmente la desaparición de la disartria, la vuelta a lo normal de reflejos tendinosos exaltados antes, etc.; pero otros signos neurológicos persisten, en particular los trastornos pupilares. En cuanto a los trastornos mentales, el criterio de recuperación o curación puede normarse desde dos puntos de vista: desde el punto de vista de las perturbaciones mentales consideradas en sí mismas, se obtiene, desde luego, que desaparezcan las ideas delirantes, generalmente del tipo de grandeza, y se normalizan también los trastornos de la efectividad, desapareciendo por completo los fenómenos depresivos o de exaltación, la euforia, etc. Pero los trastornos de tipo deficitario, o sea la disminución global de las funciones mentales, no son modificables. Y es que, en efecto, el estado demencial progresivo, el déficit de todos los procesos mentales, va siendo el resultado de lesiones, de destrucciones de tejido nervioso, que casi siempre se establecen de manera definitiva, al mismo título o de la misma manera que las secuelas neurológicas. Y mientras más tarde tenga lugar nuestra intervención terapéutica, más pueden estar avanzados dichos trastornos deficitarios, como se comprende, y menos perspectivas habrá de una recuperación mental del sujeto; aunque, desde el punto de vista biológico, lo curemos de su neurólisis, por detener el proceso y hacer que el síndrome del líquido céfalo-raquídeo retroceda hasta las condiciones normales.