

REVISTA MEDICA HONDURENA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

DIRECTOR: Dr.

Humberto Díaz

REDACTORES:

Dr. Antonia Vidal

Dr. Ricardo D. Alduvin

Dr. Salvador Paredes

ADMTNIS TKADOR:

Dr. Miguel A. Sánchez

Año III j Tegucigalpa, Honduras, C. A., Agosto de 1933 | N 34

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Leyendo el canje que nos viene de Nicaragua, nos hemos cerciorado, hace poco, que el gremio médico de ese país hermano comienza a preocuparse ya, por el mejoramiento de su situación social y profesional.

Para celebrar el XI aniversario de la fundación de la Sociedad Médica de Managua., se promovió un concurso entre todos los médicos de la República, en el cual, todos los trabajos presentados giraron alrededor del tema; "Medios de que podemos valemos para mejorar la condición social y profesional del Médico en Nicaragua".

El asunto en cuestión, de vital importancia para esa pléyade de abnegados luchadores que por los diversos rumbos del planeta, van aliviando las dolencias de la humanidad, ha sido abordado de un modo brillante por gran número de médicos nicaragüenses, llegándose a conclusiones trascendentales no sólo en el aspecto económico, sino desde el punto de vista espiritual.

Afirman, y con mucho acierto, que la falta de preparación moral de algunos profesionales, es la responsable de un sinnúmero de prejuicios que la mente popular ha enderezado en contra, aun del elemento noble y honrado, de aquel gremio. Afirman también que en la enseñanza universitaria del futuro médico debe ir comprendida de un modo inevitable, la influencia que la Deontología debe ejercer sobre la personalidad científica de todo individuo que, en un momento dado, la Universidad, pone en condiciones para ejercer el nobilísimo apostolado de la medicina.

Este aspecto es el que para nosotros reviste mayor importancia, ya que su face económica, desde luego, la relegamos a un lugar

secundario. Aquí en Honduras, nuestro humilde criterio ha estado siempre de acuerdo con todos aquellos que piensan que una de las funciones básicas que no ha llenado nuestra Universidad, ha sido la de modelar la personalidad espiritual de los individuos que llegan a su seno, la institución en referencia se ha concretado a dar títulos sin tomar en cuenta el apotegma de Montaigne: "Ciencia sin conciencia es la ruina del alma". Porque si hay honrosas excepciones en nuestro medio, con relación a, lo apuntado, habrán sido casos de verdadero milagro o de instintiva conservación si gustáis, pero nunca el resultado de una labor humanamente previsor, sostenida por nuestro sistema universitario.

Urge, pues, aquí en Honduras, orientar a las nuevas generaciones por caminos más fecundos a la realización del admirable consorcio de la ciencia y la conciencia, del corazón y del pensamiento, con lo cual deberá ser repujada la personalidad de los profesionales futuros.

Tratamiento de las Recto-Colitis graves no disintéricas

Traducción y comentarios al trabajo del Dr. Eduardo Antoine, de París, publicado en el Suplemento de "La Medicina"

Por el Dr. Antonio VIDAL

Todo el mundo conoce que en su gravedad, existen dos clases de disentería La importancia que tiene el perfectamente individuales, que estudio de estas afecciones es enorme, y su literatura llena uno de los capítulos más importantes de nuestra Patología Tropical.

son:

1°—Disentería amibiana.

2°— „ „ bacilar.

Pero sucede que al lado de Será, pues, sobre estas afecciones, algunas de las cuales aun no están enteramente individualizadas, que llamaré vuestra atención, así como sobre su tratamiento. La clasificación de la tanto en su marcha clínica como recto- colitis en general puede

hacerse de diferentes puntos de vista clínico, etiológico y anato-mo-patológico.

Desde el punto de vista anato-mo-patológico estas recto-colitis, en general pueden agruparse de la manera siguiente:

1°—Disenterias amibianas de las cuales no me voy a ocupar.

2°—Enteritis, tiflitis y colitis muco-membranosas.

3°—Rectitis de origen ascendente, rectitis blenorragica por ejemplo.

Atendiendo a su forma clínica Antoine y Bensaude las clasifican como sigue:

1°—En el caso de predominar el mucus con pus o sangre, tenemos la recto-colitis hemorrágica, purulenta, o la forma mixta llamada hemorrágica purulenta.

En este caso las lesiones se han desarrollado al nivel de la mucosa con o sin ulceraciones.

2°—Si las lesiones mucosas pasan al segundo plano y la reacción esclero-hipertrófica predomina, tendremos las formas llamadas estenosantes o pseudo cancerosas, las cuales realizan verdaderos tumores inflamatorios del colon.

En este caso las lesiones se sitúan al nivel de la sub-mucosa y de la musculosa.

3°—En un tercer grupo estos autores colocan la recto-colitis que parecen interesar sobre todo la sub-serosa y la serosa, produciendo por consiguiente reaccio-

nes inflamatorias perifonéales.

Con respecto a la etiología de estas afecciones tenemos que decir que cualquiera que sea el agente que infecte o irrite, la mucosa recto-cólica reacciona de la misma manera, por consiguiente cualquier estudio clínico por profundo que sea no permitirá precisar la etiología de la afección. Debemos recurrir en todo caso al laboratorio. En este caso deberán precisarse los exámenes siguientes: 1°—Examen de orina, que suministrando el dato de la falta de azúcar y albúmina, permitirá eliminar las recto-colitis consecutivas a la diabetes y a la albuminuria.

2°—El examen de sangre, que será practicado con los objetos siguientes:

a) Dosificación de la urea sanguínea que permitirá descubrir las azotemias y las reacciones secundarias a la uremia;
b) Numeración globular con el objeto de establecer la fórmula leucocitaria que nos dará ciertas enseñanzas. La anemia es constante en la forma hemorrágica, así como la leucocitosis. Si se encuentran eosinófilos hay que pensar en una lesión parasitaria o amibiana, sin embargo, hay casos donde se encuentra eosinofilia y donde no es posible demostrar ninguna causa parasitaria.

No debe olvidarse que es ne-

cesario investigar en el suero sanguíneo el poder aglutinante para los bacilos de Eberth, paratíficos A y B, Flexner y Hiss, con el objeto de eliminar la posibilidad de secuelas tíficas, paratíficas, de disentería bacilar.

3)*—El examen de heces, así como el de las evacuaciones anormales será rigurosamente practicado, investigando al estado fresco los parásitos siguientes:

Amibas patógenas, levaduras, spirilos, tricomonas, balantidium Coli. quistes de toda clase, huevos de parásitos, etc. Para mayor seguridad se podrá hacer esta investigación después de; haber dado al enfermo una pequeña dosis de sulfato de soda, 5 a 10 gramos la mañana misma del examen.

Con el objeto de perfeccionar el diagnóstico se aconseja también colorear frotis de materias fecales, los cuales, además de los parásitos, pueden revelar la presencia de hemáticas, glóbulos de pus, eosinofilia local, etc.

4°—En último lugar el examen directo por medio del rectoscopio nos dará a conocer el estado de la mucosa, permitiéndonos tomar mucus o cualquiera otra substancia con el objeto de practicar siembras y completar así los exámenes anteriores.

En resumen diremos que en presencia de un enfermo atacado de recto-colitis grave, deberemos pensar en primer lugar en una

disentería amibiana o bacilar o en sus secuelas, y no es sino después de haber eliminado estas afecciones por todos los medios del laboratorio posibles y por exámenes repetidos que estaremos autorizados a diagnosticar recto-colitis de cualquiera otra naturaleza. Y gracias a las investigaciones complementarias, las cuales necesitan una gran experiencia, que podremos aislar del grupo llamado de recto-colitis criptogenéticas cierto número de casos en los cuales la causa quede plenamente demostrada.

Ecológicamente y de manera hasta cierto punto provisional, pueden clasificarse la recto-colitis graves no disentéricas en los grupos siguientes-

1° Recto colitis debida a infecciones parasitarias. Numerosos casos han sido publicados en estos últimos años incriminando diversos parásitos, tales como lamblías, tricomonas, balantidium coli, spirilas, cercomonas, esquistosomas, etc Este grupo de recto-colitis los autores americanos lo engloban bajo el nombre de "diarrea o flagelos". Está fuera de duda la acción de los parásitos anteriormente mencionados, sin embargo, existe aún un grupo de autores que niegan la acción patógena de estos parásitos. Una de las pruebas más evidentes de su patogeneidad es la acción brillante obtenida contra

Ros por medio de medicamentos apropiados.

2"—Recto-colitis debidas a infecciones microbianas. Este grupo es muy basto, pues abarca las colitis producidas por diversos bacilos, tales como el de Eberth, los paratíficos A y B, colibacilos, enterococos, estreptococos, etc.

3"—Recto-colitis debidas a intoxicaciones.—Entre las auto intoxicaciones merecen mención la uremia, 3a gota, la diabetes, etc., la Oxalemia, la apendicitis crónica y entre las entero intoxicaciones son bien conocidas las recto-colitis graves secundarias al hidrargirismo, arsenicismo, cólchico, baryum, etc.

4"—En fin, en un cuarto grupo se ha convenido en colocar todas aquellas recto-colitis cuya causa escapa a nuestra ignorancia. Este grupo irá desapareciendo a medida que nuestros medios de investigación se conviertan en más potentes y perfectos.

Tratamiento en general En el tratamiento de estas afecciones hay que reconocer la dificultad en obtener una curación absoluta, pues las recaídas y recidivas son muy frecuentes.

El tratamiento médico exige paciencia y tenacidad, tanto de parte del médico como del enfermo. En cuanto al tratamiento clínico, aun encuéntrase en un periodo que podríamos llamar embrionario y parece no haber

producido buenos resultados sino en manos de muy hábiles cirujanos.

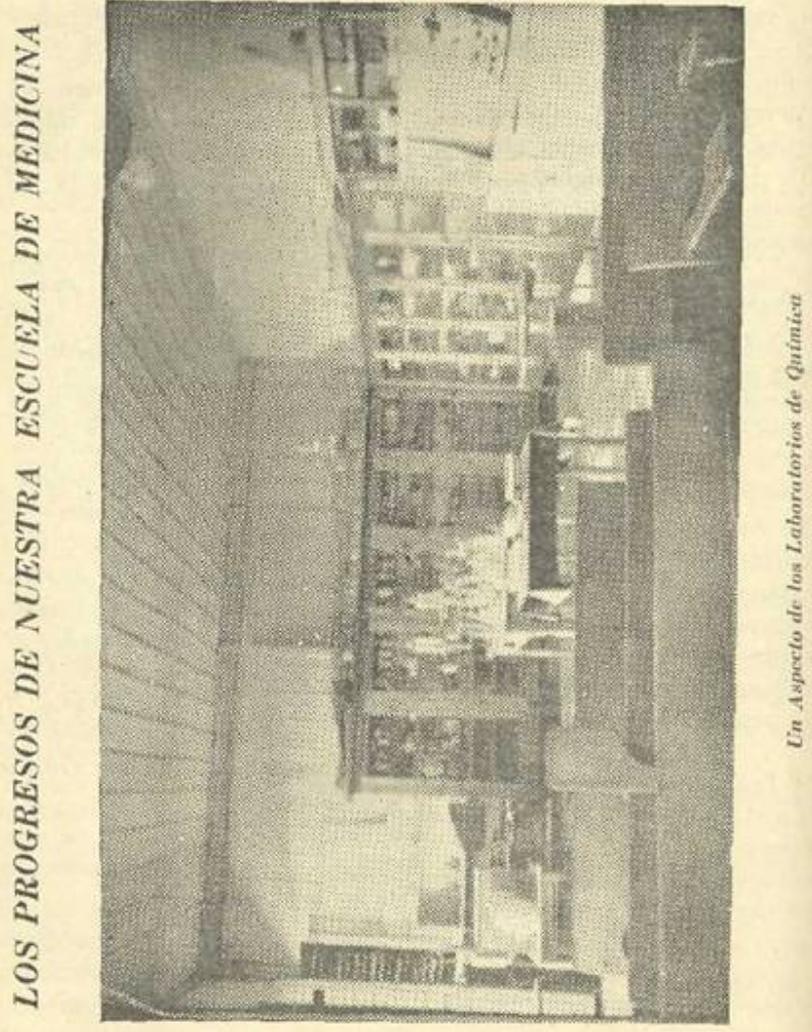
Comenzaremos nuestro estudio sobre el tratamiento de estas afecciones con el método dietético.

1°—Tratamiento dietético.—El régimen alimenticio debe imponerse tanto durante los periodos agudos como durante los periodos de calina

En el curso de los periodos agudos, si hay diarrea, el enfermo será puesto en reposo, tanto físico como moral, sometiéndolo a dieta líquida compuesta de aguas gaseosas, infusiones azucaradas, agua de arroz adicionada con jugo de limones y decocción de cereales. Esta dieta se continuará durante uno o los días, sin jamás pasar de cuatro. Si hay fenómenos de depresión, éstos se combatirán por medio de las inyecciones subcutáneas de aceite alcanforado, estricnina y suero glucosado. También podrá dar adrenalina por vía digestiva.

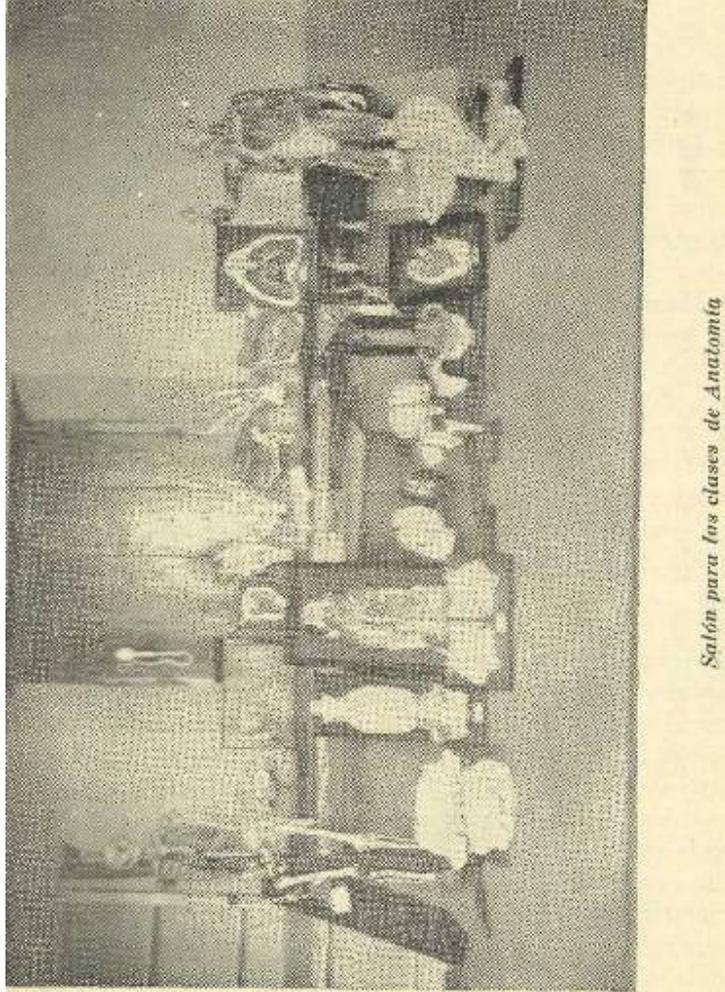
Después de este tiempo se continuará alimentando el enfermo de manera progresiva.

En las formas crónicas hay que limitarlo a la alimentación a caldos de legumbres y cereales. De manera general hay que reducir la cantidad de leche en aquellos enfermos sujetos a flatulencia, así como los hidratos de carbono, el pan y los azúca-



LOS PROGRESOS DE NUESTRA ESCUELA DE MEDICINA

Un Aspecto de los Laboratorios de Química



Salón para las clases de Anatomía

res. Las frutas crudas y las legumbres verdes deben ser cocidas, molidas y tamizadas para que sean aceptadas por estos enfermos de intestino muy sensible.

Si las heces son duras o hay constipación, la alimentación deberá ser abundante, pero de manera general se evitará dar alimentos que aumenten la putrefacción en el segmento terminal del intestino, tales como carne, huevos, leche y pescado. En estos casos se instituirá un régimen harinoso y de vegetales tales como patatas, legumbres conocidas, diversas harinas de cereales, caldo de legumbres, mantequilla, aceite, confituras, pan o bizcochos. Después la alimentación se aumentará poco a poco a medida que la mejoría se acentúe.

Si hay diarrea, sólo los exámenes coprológicos podrán guiarnos para instituir el régimen más conveniente. Si un enfermo, por ejemplo, adolece de insuficiencia gastro-pancreática, podrá digerir convenientemente si se le da extractos gástricos, pancreáticos o ácido clorhídrico diluido.

Si otro enfermo adolece de diarrea del intestino delgado, se le deberá poner un régimen muy severo, compuesto de caldo, de cocción de cereales, agua de arroz, sémola y tapioca.

El kéfir o el Yoghourt da algunos resultados tomados a la

dosis de 200 grms. antes de cada comida.

En los enfermos atacados de diarrea cecal se deberá evitar el uso de las leguminosas, tales como guisantes, lentejas, frijolea etc., así como las legumbres verdes. En este caso lo mejor es un régimen mixto, compuesto de caldo, feculentos, carne, azúcar, mantequilla y confituras.

Todo lo dicho anteriormente es en términos generales, pues es necesario tener presente que cada enfermo reacciona de manera muy personal. Es necesario saber variar en cada caso la alimentación para así encontrar el régimen más apropiado para cada caso, dejándose guiar naturalmente por el resultado de los exámenes coprológicos.

Tratamiento medicamentoso

Se presentan los grandes indicaciones que son: 1*—El uso de pastas de carbón y 2"—El es] polvoreaje del intestino.

Si de la fórmula bien conocida de la pasta Revaut se suprime la ipeca y el opio, obtenemos una pasta de carbón que da siempre excelentes resultados y cuya fórmula sería la siguiente:

Carbonato de bismuto muy puro.

Carbón vegetal finamente pulverizado, a a 100 gr.

Glicerina.

Jarabe simple

En las formas sin diarrea sí

prescribirá un tercio o una media cucharadita de esta pasta, en un poco de agua antes de las principales comidas.

Si hay diarrea, se aumentará la dosis a una cucharadita antes de cada comida. En ciertos casos de diarrea ácida se agregará a la fórmula anterior un poco de carbonato de calcio, así:

Carbonato de bismuto muy puro.

Carbón vegetal finamente pulverizado.

Creta, 30 gr.

Glicerina.

Jarabe simple, 100 gr.

De esta preparación se darán las mismas dosis que anteriormente. En ciertos casos con constipación ligera, se reemplazará

la creta ventajosamente por la magnesia.

El uso prolongado de estas diversas pastas da casi siempre muy buenos resultados.

Siguiendo el mismo principio se pueden utilizar con gran ventaja polvos diversos que obran como calmantes y desinfectantes del intestino grueso, constituyendo un verdadero espolvoreaje de la mucosa de dicho órgano.

Entre estos polvos citaremos el carbonato y el sub-nitrato de bismuto, el carbón vegetal o animal purificado, el talco, el dermatol, etc. Estos diversos medicamentos pueden emplearse ya solos o combinados de la manera siguiente:

Bismuto y Kaolín, aa.

Bismuto, Kaolín y Creta.

Bismuto, Kaolín y Magnesia.

Dermatol y Creta, etc.

Respecto a la dosis de estos medicamentos hay que tener presente que las dosis pequeñas de un cuarto de cucharadita antes de cada comida dan mejor resultado en los casos con diarrea. Las dosis mayores de una cucharada tomadas en un vaso de agua tienen acción laxante y dan mejores resultados en las formas con constipación.

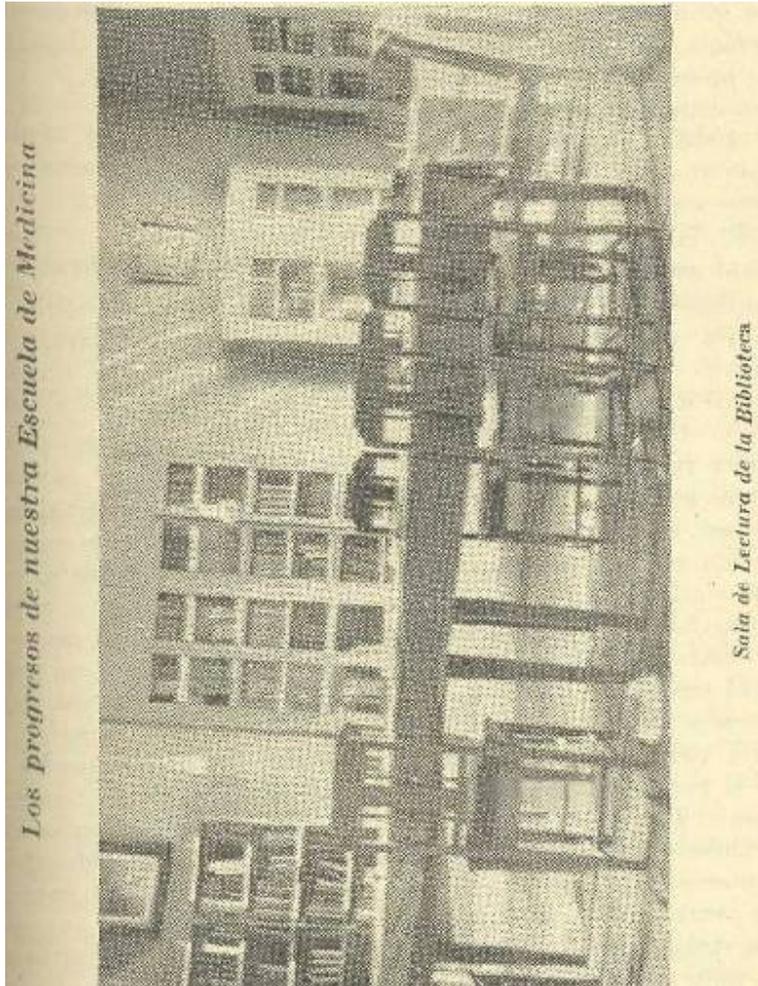
La emetina es también un buen medicamento que se da a la dosis de cuatro centigramos dos veces al día bajo forma de inyecciones y sobre el cual no me voy

a extender por ser de vosotros conocida.

El arzeno-benzol da buenos resultados en los casos de infecciones parasitarias. Este medicamento puede ser administrado de diversas maneras. Por la vía intravenosa se da a la dosis de 15 a 30 mgrms. cada cuatro días en series de 10 inyecciones. Por la vía bucal se dará en comprimidos glutinizados de 10 mgrms. dos veces al día por series de 10 días. Por la vía rectal a la dosis de 30 centigramos incorporados a un pequeño enema modificador. Por la vía duodenal se dará con la ayuda de la sonda de Einhorn.

El Estovarsol y el Treparsol son arsenicales pentavalentes, recientemente introducidos en terapéutica y que han dado excelentes resultados en todas las afecciones del intestino grueso. La eficacia de estos medicamentos es, sobre todo, patente en los casos de colitis parasitaria debida a amibas, lamblías o tricomonas, colitis o blastocistis, así como en la enteritis simple y aun en las tuberculosas.

El estovarsol se prescribe en las recto-colitis ligeras a la dosis cotidiana de un comprimido de 25 centigramos durante varias semanas o varios meses, sin ningún inconveniente, siendo preferible darlo a la hora de las comidas.



Los progresos de nuestra Escuela de Medicina

Sala de Lectura de la Biblioteca

En los casos más graves es necesario prescribir un comprimido de estovarsol de 25 **ctgrms.** dos veces diarias y aun a tres a la hora de las comidas durante los primeros tres días de cada semana. En ciertos casos se puede prescribir esta dosis de dos a tres comprimidos por día durante 1.0 días, suspendiendo cinco días y comenzando de nuevo si es necesario.

El Treparsol se prescribe de igual manera, pero a dosis ligeramente más fuerte, de tres a cuatro comprimido de 25 centigramos por día. Fuera de la acción anti diarreica. el Estovarsol y el Treparsol tienen cierto poder reconstituyente sobre el estado general. Estos medicamentos son, además, antisépticos, haciendo imputrecibles los desechos alimenticios no atacados; activarían también la acción de la diastasa digestiva.

El tenor en arsénico de estos diversos compuestos sería el 20 % para el Novoarsenovenzol, 27% para el Estovarsol y 28% para el Treparsol.

Otros antisépticos intestinales que se podrán utilizar con alguna ventaja en ciertos casos son los siguientes: el salicilato de bismuto a la dosis de 1 a 2 gramos por día, la cloramina a la dosis de 3 a 4 series de 5 centigramos por día, la uroformina, el azul de metileno, los fermentos lácticos, la quinina a la do-

sis de 1 gramo 50 diario, etc.

El empleo del cloruro de calcio en solución concentrada y en inyecciones intravenosas ha dado resultados muy interesantes en ciertos casos por diarrea intensa.

Últimamente se ha estado ensayando con muy buenos resultados el rivanol.

Tratamientos locales

Estos se pueden referir a los puntos siguientes: lavados, métodos endoscópicos. curaciones rectales y tratamientos eléctricos.

1.-Lavados.—Estos deberán ser reservados a los casos muy graves con supuración abundante o con hemorragias repetidas. Este método no puede aplicarse verdaderamente bien si no es en un hospital o en una casa de salud, donde se obrará con prudencia y bajo la dirección de una enfermera experimentada. Los lavados serán practicados con una solución tibia o caliente a muy débil presión, encontrándose el enfermo acostado sobre el dorso o sobre el lado izquierdo. Hay que servirse de una cánula de vidrio de doble corriente, o en rigor con la ayuda de sondas de hule, una para introducir el líquido y la otra para facilitar su derrame. En efecto, todo lavado rectal, para que pueda llamarse bueno, deberá derramar

el líquido a medida que es inyectado en el recto.

Hay *que* evitar el lavado bajo presión, pues él puede llevar más alto los gérmenes de la deyección. Los lavados deben ser cotidianos. Para estos lavados se han aconsejado múltiples antisépticos, tales como el Colargol, Ictiol. Creosota. Nitrato de plata, **Percloruro** de hierro, agua oxigenada, azul de metileno, timol, etc.

En la práctica resulta que las soluciones medicamentosas débiles son perfectamente inútiles y las soluciones fuertes realmente desinfectantes son muy irritantes para la mucosa intestinal.

Sólo las soluciones isotónicas de cloruro de sodio al 7 por **mil** o de cloruro de magnesia del 10 al 50 por mil pueden ser empleadas con la esperanza de traumatizar lo menos posible la mucosa intestinal.

Conviene mencionar aquí el método preconizado por Einhorn recientemente. Según este autor, feria posible lavar el colon de arriba abajo sin necesidad de una cecostomía o apendicotomía, introduciendo **un tubo** de goma por la boca y dejándolo ir hasta el ciego. La introducción de este tubo debe seguirse por medio de exámenes sucesivos por los rayos X. Tan pronto como la cápsula del tubo está alojada en el ciego, se detiene la proyección del tubo de manera que no pueda descender más. Einborn practica

entonces una instilación de una solución de 0.50 por mil de carbonato de calcio por el método de gota a gota dos, veces por día. Una solución débil de mercurio cromo a 50" por ciento es instilada de igual manera una vez por día en la cantidad de 70 a 100 c. c. El tubo queda en su lugar por un espacio de dos a tres semanas y el enfermo se alimenta durante este tiempo de manera ordinaria por la boca. La quitada del tubo puede hacerse, sea retirándolo por la boca, sea después de sección, dejándolo pasar por la vía intestinal, apareciendo en las heces al cabo de dos o tres días. Este método no es aplicable en clientela particular, sólo en el hospital o en casa de salud bien equipada.

2"—Métodos endoscópicos.— Estos tienen la ventaja de poner directamente los medicamentos en relación con la mucosa enferma. No deben ser empleados sino con una gran prudencia a causa de la irritación provocada por el paso repetido del rectoscopio. Son absolutamente impracticables en los casos muy graves y cuando la parte inferior del recto está ya invadida, en caso contrario pueden ser muy útiles.

Se han utilizado con ventaja al nivel de las ulceraciones, las insuflaciones con una pera de polvos inertes tales como el dermatol, creta, bismuto, óxido de zinc, etc., o los toques con solu-

ciones de fushina, azul de metileno y violeta de genciana al 1 o 2 por mil.

3°—Curaciones rectales.—Parece ser que este método terapéutico es el más útil y más fácil de fijar. Procura este método una sedación rápida de los dolores, así como una disminución muy marcada de las hemorragias y de las secreciones purulentas.

El principio del método consiste en llevar al recto y al sigmoides sustancias medicamentosas finamente divididas y emulsiones en un excipiente mucilaginoso. Mathieu, Friedel, etc., han preconizado una especie de helado preparado con 20 gramos de agar-agar en un litro de agua. Más o menos tres cucharadas grandes de esta solución se vierten en agua hirviendo y se mezclan hasta consistencia cremosa. A este preparado se incorpora medicamentos calmantes tales como tintura de belladona XXX gotas, láudano XX gotas, antipirina 2 grms., cocaína 6 ctgrms. y medicamentos estípticos tales como adrenalina XX gotas, cloruro de calcio 2 grms., emetina 10 ctgrms. Se puede agregar también cauterizantes tales como ácido crómico III gotas de la solución al 1%, creosota III gotas, o desinfectantes tales como el aceite gomenolado XX gotas, licor de Labarraque XX a XXX gotas, o polvos inertes tales como óxido de zinc, talco y

bismuto. Se inyecta la mezcla en el recto con una sonda blanda y una jeringa de Guyon. La curación debe ser hecha todos los días al acostarse para retener toda la noche.

Entre las fórmulas más usadas citaré las siguientes:

Dermatol, 5 gramos.

Creta preparada, 10 gramos.

Láudano, XX gotas.

Tintura de belladona, XXX gotas.

Excipiente mucilaginoso, 200 c.c.

O bien:

Cloruro de calcio, 4 gramos.

Láudano, XX gotas.

Aceite gomenolado, 10 c.c.

Excipiente mucilaginoso. 50 c.c.

O

Creosota 1 gramo.

Aceite de almendras dulces, 10 gramos.

Agua destilada, 150 gramos.

Esta otra fórmula es muy recomendada:

Láudano, XX gotas.'

Tintura de belladona XX gotas.

Almidón. 10 gramos.

Dermatol, 2 gramos.

Decoción de raíz de malva, 100 c.c.

La acción calmante de esta fórmula es considerable y su fabricación muy fácil. En los Estados Unidos, Crohn y Rosenberg han utilizado con éxito los lavados de acriflavina. Esta sustancia es altamente antiséptica y

parece no ser irritante ni tóxica. Se principia con una solución al 1 por 4 mil, administrando dos veces al día un enema de 75c.c, para guardar 20 minutos. Al obtener alguna mejoría se reducen los lavados a 1 por día y el total de la solución se sube a 1 por 3.500 y después a 1 por tres mil. Cuando la mejoría es manifiesta se practican las curaciones alternas, dando en el día intercalado un enema de bicarbonato de soda al 1%. Al cabo de la tercera o cuarta semana la rectoscopia permite constatar una mejoría considerable.

También los lavados de rivanol serían dignos de ensayarse.

4"—Tratamientos eléctricos.— No haré más que mencionar la ionización rectal al sulfato de zinc y el empleo de la diaternia, así como de las corrientes de alta frecuencia.

Tratamientos biológicos Los tratamientos biológicos se encuentran aún en su primera etapa de desarrollo y se aplican especialmente a la recto-colitis grave cuyo agente ha podido ser aislado, tal como en las colitis debidas a los bacilos tíficos y paratíficos.

Aun en las formas de gérmenes múltiples la vacunoterapia practicada en auto-vacunas o con simples vacunas comerciales, ha producido buenos resultados. Los autores Butler, Harris, Daw-

sier, White, Allen, etc., después de los trabajos de Wrieth, nos han ilustrado sobre casos de curación completa por medio de la vacunoterapia. Estos autores han empleado las inyecciones preparadas con microbios tales como el bacterio coli, el bacilo lactis aerógenos, el estreptococo, el para colibacilo y otros encontrados en el mismo enfermo.

Maute, Renaud, Vadet, han empleado también vacunas a base de coli. Yasles ha utilizado una vacuna mixta compuesta de coli perfringens y enterococo. Igual manera Berthelot y Bertrand se han servido de una vacuna a base de proteos y de bacilo acidófilo.

La especificidad de los agentes microbianos utilizados como vacuna, no sería indispensable conforme lo demuestra reciente trabajo. Danyczh ha empleado con éxito en un gran número de enfermos preparaciones heterogéneas dadas ya sea por la vía bucal o bajo forma de inyecciones hipodérmicas de los microbios aislados de la forma intestinal y esterilizados por el calor. Instilaciones rectales de emulsiones de bacilo coli, diplococos y proteos calentados de 80 a 100 centigramos han dado excelentes resultados. Mejorías notables y aun curaciones han sido obtenidas en ciertos enfermos empleando la vacunación subcutánea, sea

parece no ser irritante ni tóxica. Se principia con una **solución** al **1 por 4 mil**, administrando dos veces al día un enema de 75c.c, para guardar 20 minutos. Al obtener alguna mejoría se reducen los lavados a 1 por día y el total de la solución se sube a 1 por 3.500 y después a 1 por tres mil. Cuando la mejoría es manifiesta se practican las curaciones alternas, dando en el día intercalado un enema de bicarbonato de soda al 1%. Al cabo de la tercera o cuarta semana la rectoscopia permite constatar una mejoría considerable.

También los lavados de rivanol serían dignos de ensayarse.

4"—Tratamientos eléctricos.— No haré más que mencionar la ionización rectal al sulfato de zinc y el empleo de la **diatermia**, así como de las corrientes de alta frecuencia.

Tratamientos biológicos Los tratamientos biológicos se encuentran aún en su primera etapa de desarrollo y se aplican especialmente a la recto-colitis grave cuyo agente ha podido ser aislado, tal como en las colitis debidas a los bacilos tíficos y paratíficos.

Aun en las formas de gérmenes múltiples la vacunoterapia practicada en auto-vacunas o con simples vacunas comerciales, ha producido buenos resultados. Los autores Butler, Harris, Daw-

sier, White, Allen, etc., después de los trabajos de Writh, nos han ilustrado sobre casos de curación completa por medio de la vacuoterapia. Estos autores han empleado las inyecciones preparadas con microbios tales como el bacterio coli, el bacilo lactis aerógenos, el estreptococo, el para colibacilo y otros encontrados en el mismo enfermo.

Maute, **Renaud**, Vadet, han empleado también vacunas a base de coli. Yasles ha utilizado una vacuna mixta compuesta de coli **perfringens** y enterococo. Igual manera Berthelot y Bertrand se han servido de una vacuna a base de proteos y de bacilo acidófilo.

La especificidad de los agentes microbianos utilizados como vacuna, no sería indispensable conforme lo demuestra reciente trabajo. Danyczh ha empleado con éxito en un gran número de enfermos preparaciones heterogéneas dadas ya sea por la vía bucal o bajo forma de inyecciones hipodérmicas de los microbios aislados de la forma intestinal y esterilizados por el calor. Instilaciones rectales de emulsiones de bacilo coli, diplococos y proteos calentados de 80 a **100** centigramos han dado excelentes resultados. Mejorías notables y aun curaciones han sido obtenidas en ciertos enfermos empleando la vacunación **subcutánea**, sea

con los entero antígenos de Danysz, sea por la vacuna antiptiógena de Bruschetti o las entero vacunas de **Carrion** o las diversas vacunas de Gremy.

Es necesario recordar al lado de estos métodos el empleo del suero anti-disentérico, aunque no se trate de disentería bacilar. En estos casos se puede utilizar el suero por la vía cutánea o por enemas para guardar durante la noche. También las inyecciones intramusculares son recomendadas

De igual manera el uso de los bacteriófagos de d'Herelle, ya sea por ingestión o por instilación rectal da buenos resultados en ciertos casos, sobre todo en las infecciones por bacilos tíficos y paratíficos.

Buenos resultados también han sido obtenidos por la auto emoterapia, inyectando 10 centímetros de sangre cada cuatro días.

En resumen, podemos decir que la mayor parte de estos métodos de tratamiento se encuentran a disposición del médico. Este último debe aprender a utilizarlos ampliamente y asociarlos para obtener el resultado no sólo la mejoría de la recto-colitis grave sino también su curación. *Tratamiento de algunas formas*

clínicas

1°—Recto-colitis hemorrágica.
—Estas formas no existen hasta

cierto punto como entidades completamente individualizadas, sin embargo hay enfermos cuyo único síntoma parece ser una hemorragia más o menos abundante, más o menos repetida, cuya frecuencia puede poner a los enfermos en peligro. En estos casos hay que recurrir sin ninguna duda a las inyecciones de **emetina**, al cloruro de calcio y al suero antidisentérico. También el uso del Khosam, extracto de la Brusea Sumatrana, preconizado por Mathieu de **la** manera siguiente:

El primer día se prescribe 4 comprimidos.

El segundo día se prescribe 8 comprimidos.

El tercer día se prescribe 12 comprimidos.

El cuarto día se prescribe 8 comprimidos.

El quinto día se prescribe 3 comprimidos.

El extracto de giarsinia o sea la amibiasina del comercio, da muy buenos resultados a la dosis de 2 a 6 cucharadas pequeñas por día.

De gual manera ciertos autores han utilizado las infusiones de simarouba cuasia y de simarouba china.

Localmente se prescribirán pequeños enemas de 150 grms. de agua salada bastante caliente, así como enemas de almidón con láudano, **antipirina**. nitrato de plata y cloruro de calcio.

2°—Recto-colitis purulenta.—
En este caso se practicarán lavados con la sonda de doble corriente y las instilaciones rectales gota a gota que limpiarán mecánicamente la mucosa que supura. En estos casos es que los pequeños enemas modificadores, y las curaciones rectales ya indicadas, así como el uso de la **gonocrina** y de la **acriflavina** dan los mejores resultados.

3°—Recto-colitis hemorrágico purulenta.—En este caso se utiliza un tratamiento mixto conforme los principios ya enumerados.

4°—Recto-colitis con constipación.—Se dará aceite de parafina, agar-agar, polvos inertes tales como bismuto, Koalín, talco, magnesia, etc., a dosis bastante fuertes. El régimen incluirá el uso de las legumbres y frutas cocidas. En las formas con diarrea, el régimen dietético estará indicado conforme el examen coprológico. Al punto de vista mecánico se dará sobre todo la pasta de carbón, la creta, el dermatol, el salicilato de bismuto, el tanino, el bismuto en pequeñas dosis, la salicarina, etc.

5°—Recto-colitis a lamblia.—
Son muy frecuentes y en su tratamiento se han ensayado diversos medicamentos, tales como el timo], la san tonina, uroformina, naftol. azul de metileno, salicilato de bismuto, azufre, emetina, esencia de trementina, etc.

El éxito en el tratamiento consiste en escoger el **medicamento** apropiado, recordando que ellos no son absolutamente específicos y que por consiguiente *no* dan buenos resultados con ciertos enfermos y quedan ineficaces con otros.

Los medicamentos más activos contra la lamblia parecen ser el Novarsenobenzol por la vía bucal y los lavados con estovarsol.

6°—Recto-colitis a spirilas.—
Serán' tratadas por la pasta de carbón y especialmente por el estovarsol y treparsol, dado por la vía gástrica y los enemas de Novarsenobenzol.

7°—Recto-colitis debidas a diversos parásitos. — Cuando el examen coprológico revele la presencia de diversos parásitos intestinales, tales como helmintos y flagelados e infusorios, debemos recurrir a los tratamientos ya reconocidos de alguna eficacia para cada uso.

Si se trata de tricocéfalos, se dará el **quenopodio**, el **timol**, y sobre todo la leche de higuera, que parece ser la que da mejores resultados.

En el caso de Tricomonas, balantidium Coli y demás flagelados, puede emplearse el método Escome!, y los lavados de yodo yodurado al 1 por mil.

La fórmula de Escome! es la siguiente:

Esencia de trementina, 20 gramos.

Elíxir paregórico, 10 gramos.

Julepe gomoso U. S. para 90 ce. para 24 horas.

El yatrén 105 por la vía bucal y en enemas parece dar buen resultado. También los lavados de timol son muy recomendados.

El *Balantidium Coli* será combatido por la emetina, los arsenicales, el Yatrén 105 y el rivanol.

La *Bilarsia Mansonni* se tratará con inyecciones de tártaro emético, así como de emetina, la cual será preferible por menos tóxica.

8° Recto-colitis infecciosa.— Los exámenes y las culturas pueden revelar a veces la existencia de diversos microbios patógenos, tales como el Bacilo de Eberth paratíficos A. y B, salmonelas, enterococos, etc. En estos casos el tratamiento local será prescrito aquí como en las otras variedades de recto-colitis, pero además se recurrirá a las auto-vacunas después del aislamiento del germen causal.

9°—Recto-colitis tóxica.—Estas formas se encuentran ligadas generalmente a la uremia, a la diabetes, a la gota, a las intoxicaciones por el mercurio, al arsénico, al cólchico, etc., y en estos casos es el tratamiento etiológico al que debemos recurrir más que al sintomático.

10.—Recto-colitis criptogénica. — Son todavía las más frecuentes y hay que observarlas.

El tratamiento sistemático será prescrito conforme las indicaciones ya estudiadas, dando pasta de carbón, emetina, enemas rectales calmantes y antisépticos, etc. No hay que olvidar el ensayo de las vacunas Gremy, Bruschetti, Danyex y las auto-vacunas. El empleo combinado de estas vacunas y las instilaciones rectales han dado a veces resultados notables. El tratamiento deberá seguirse con la mayor paciencia, no vacilando respecto al empleo de tal o cual medicamento, pues hay que tener presente que una fórmula que no da resultados en cierto caso obtendrá éxito en otro. En las formas rebeldes podrá recurrirse como un método excepcional, al tratamiento quirúrgico, sin embargo ya mayor parte de estos enfermos conservan un estado general satisfactorio, dedicándose a sus quehaceres cotidianos y no será entonces cuando se les someterá a un tratamiento de suyo arriesgado peligroso.

Tratamiento quirúrgico

Según Segond, la única indicación operatoria de valor está indicada por la gravedad del caso y *el* fracaso de todo tratamiento médico. Ciertos enfermos soportan bien sus lesiones y debe dejarse tal como están, pues los riesgos de una operación intestinal son más graves que una **infección** bien soportada.

El fin que se propone la ciru-

gía es poner el intestino en reposo y desviar las materias fecales para después aseptisar la cavidad intestinal por largos lavados, obrando directamente sobre las lesiones de la mucosa; en fin, si hay necesidad se suprimirán las partes enfermas.

En cirugía han propuesto las operaciones siguientes:

1°—Año contra natura —Esta operación sirve para desviar las materias fecales y para permitir el acceso a los lavados modificadores a un intestino en reposo. La operación admite las variantes siguientes: enterostomía, cecostomía no valvular, colostomía derecha o izquierda y apendicectomía.

2°—Entero, anastomosis sobre todo ilio-sigmoidestomía o rectostomía, con o sin exclusión del colon. Estas operaciones son imitales por ser hechas sobre tejidos muy dañados que dejan generalmente un basto foco de supuración sin posibilidad de una buena cicatrización por los bordes.

3°—Fistulización por cecostomía valvular y sobre todo por apendicostomía.

4°—Recección parcial o total del colon, después del establecimiento de la anastomosis correspondiente.

No discutiremos sobre el valor de estas operaciones anteriormente nominadas y su indicación respectiva, dejando lo anterior para otros mejores calificados en el

campo de la cirugía.

Entre las operaciones anteriormente nominadas parece que las preferidas por los cirujanos son las cecostomías y la iliostomía, que permiten derivar las malcrias fecales y dejar al colon en reposo.

Cuando un enfermo portador de un ano contra natura presenta una curación aparente después de un año, cuando los exámenes rectocópicos repetidos no revelan lesiones anatómicas, cuando su estado general es normal, puede cerrarse este ano para reabrirlo en caso de recidiva.

En cuanto a las 'ecto-colitis complicadas, éstas requieren indicaciones operatorias especiales.

Si se tratara de formas esteñosantes de reacción fibrosa exagerada produciendo obstrucción cólica progresiva, deben derivarse las materias fecales con el objeto de hacer seguir esta derivación de la aplicación del tumor si es posible.

En cuanto a las formas peritoneales, perforación peritoneal aguda, peritonitis localizada de forma purulenta en la fosa ilíaca izquierda, peritonitis crónica plástica con adherencias, etc., exigen intervenciones quirúrgicas más o menos urgentes y más o menos extensas.

Tegucigalpa, 1° de agosto de

Agosto de 1933.

POLISEROSITIS

*Clase dictada por el Profesor
Manuel E. Varela*

L. G., 15 años. Ficha N° 5139 del Instituto Municipal de Enfermedades de la Nutrición.

Este joven gozaba de perfecto salud hasta el mes de septiembre del año pasado. En esa época se sintió enfermo, con fiebre alta, vómitos y una molestia —más que dolor— en el hipocondrio derecho. Al cabo de una semana, como no tenía más fiebre, volvió al colegio, pero sin la sensación de bienestar que experimentaba antes de enfermarse; sentíase, en efecto, desgastado, inapetente y muy cansado al atardecer y transpiraba con frecuencia de noche. En este estado terminó su año escolar. Ya en el mes de diciembre, como no siguiese mejor, lo hicieron ver por un médico, quien recomendó un tratamiento a base de inyecciones tónicas, pero, justamente coincidió con la iniciación de dicho tratamiento un nuevo episodio de gran malestar general y temperatura alta, llegando hasta 39° por cuya razón suspendieron toda medicación y espontáneamente mejoró, llegando a sentirse subjetivamente bien y hasta aumentó 7 kilos de peso. La madre, sin embargo, notaba que el vientre del chico estaba muy hinchado y que aumentaba progresivamente de

volumen, por lo cual decidió consultar a otro médico, quien no le dio importancia al síntoma que tanto preocupaba a la madre y le dijo que se trataba de gases intestinales y obesidad abdominal; le recetó unos polvos absorbentes y le ordenó que hiciese gimnasia. El chico siguió mal, de nuevo volvió a sentirse muy decaído y su vientre seguía aumentando. Una noche sintió una punzada muy fuerte en la parte posterior e inferior del hemitórax izquierdo, que le impedía respirar profundamente y le obligó a permanecer toda la noche sentado, pues el decúbito dorsal no lo soportaba; un día después el dolor torácico desapareció, pero notaba que se fatigaba fácilmente al menor esfuerzo. En los últimos días de febrero se agregó un episodio intestinal caracterizado por deposiciones frecuentes, abundantes y semilíquidas, con aspecto de puré y, a veces, con restos alimenticios, pero no precedidas de dolores cólicos o de otras molestias abdominales. En este estado ingresa en la sala II del Instituto el 23 de marzo del corriente año.

Los antecedentes hereditarios, personales y de medio carecen de importancia.

De los antecedentes recogidos sobre la enfermedad de este chico deducimos que desde septiembre hasta hoy está enfermo y que las mejorías experimentadas en el curso de la enfermedad eran solamente remisiones transitorias de un estado infeccioso, que persiste hasta la fecha. Hay dos datos que deben orientar nuestra investigación clínica; el primero, es el desarrollo progresivo del volumen del vientre, al que se agregan en los últimos tiempos diarreas de tipo intestinal alto y que nos hace pensar en un proceso abdominal; el segundo dato *h* el de la punzada de costado, que nos pone sobre la pista de una probable afección pleural.

Veamos ahora lo que nos revela el examen del enfermo.

Este muchacho tiene una facies particular que denuncia evidentemente un estado de sufrimiento físico. Su mirada indiferente, sus ojos brillantes con pestañas abundantes, largas y sedosas, la delgadez de su rostro y la palidez de su piel y mucosas le confieren el aspecto enfermizo que presenta. Hábito longilíneo con un sistema muscular hipotrófico e hipotónico; escasísimo pánículo adiposo, en una palabra, todos los atributos de una constitución físicamente débil. Febril, desde su ingreso al servicio, todos los días ha tenido temperatura entre 37°2 y 38".

Pero, lo que sobre todo llama la atención es el vientre, cuyo volumen contrasta con el resto del cuerpo. Vientre prominente desde el pubis al apéndice xifoideas. La base del tórax está ensanchada como consecuencia de la distensión abdominal. El ombligo, si bien no es saliente, tampoco está retraído como sucede normalmente; es un ombligo desplegado que denuncia un aumento de la tensión intrabdominal. No se ven redes venosas subcutáneas que indiquen la existencia de circulación venosa colateral. No hay edema de la piel ni del tejido celular subcutáneo; tampoco se descubren zonas hiperestésicas. La palpación superficial revela algunos datos que conceptuamos de gran importancia; es evidente que hay una resistencia a la presión manual, mayor en la parte superior del abdomen que en la inferior. A nivel de la línea infraumbilical se palpa un cordón grueso, duro, resistente, un poco desplazable lateralmente que desde el ombligo se dirige al pubis: no puede ser otra cosa que el uraco. La palpación profunda da una sensación de resistencia uniforme en todo el vientre no se palpa el hígado ni el bazo y, como puede verse, ninguna de estas exploraciones manuales provoca dolor.

La percusión pone de manifiesto la existencia de sonoridad timpánica en casi todo el abdo-

men, salvo a nivel de **la parte inferior**, donde se percute una zona de matitez de límite superior cóncavo. Esta matitez se extiende sobre los flancos y los cambios de decúbito la modifican; así, el flanco izquierdo, que es sonoro cuando el enfermo está en decúbito lateral derecho, se hace mate cuando pasa al decúbito izquierdo. Este signo **de** la matitez cambiante es de tanta importancia **semiológica** que es necesario comprobarlo bien, lo que siempre no es fácil, especialmente cuando hay meteorismo pronunciado, como sucede en este **caso** y el líquido es poco abundante. La percusión ha de ser muy suave a fin de hacer vibrar la menor zona posible en superficie y profundidad. Cualquiera duda que pudiera su-citar la variación del sonido de percusión con las modificaciones del decúbito lateral en nuestro enfermo, se aclara recurriendo a otros procedimientos, como el de percutir el abdomen, colocándose el enfermo de pie; vemos que en esta posición la zona de matitez infraumbilical aumentó bastante de altura y la transición **del** sonido mate al timpánico se hizo mucho más neta. En la posición genupectoral también se producen modificaciones en la topografía de las zonas mate y sonora. A esta altura de la exploración semiológica, ya no dudamos de la existencia de líquido libre en la

cavidad abdominal y es la importancia diagnóstica de este dato la que nos indujo a insistir tanto en su investigación. No hay **se-**sación de onda líquida palpable. Este signo que es tan fácil de obtener en los grandes derrames y también en los medianos, cuando se recurre a' la maniobra de colocar el borde cubital de la mano de un ayudante en la línea media, no es perceptible en los derrames de escasa cantidad, como el de este enfermo. En cambio, hay otro modo de buscar la onda líquida, *que* podríamos llamar la onda líquida audible; se coloca el estetoscopio en un punto de la zona mate y en otro punto de la misma zona se da un papirotazo, se oye entonces un **re-****doble** que recuerda los desdoblamientos del 2" tono cardíaco. En el resto del abdomen, efectuando la misma maniobra, se escucha un solo tono. El estetoscopio flexible es más adecuado para buscar este signo.

Hemos llegado al diagnóstico de líquido en la cavidad peritoneal: ascitis. Y podemos afirmar con los datos recogidos hasta ahora, que es una ascitis inflamatoria, por tratarse de un adolescente con un estado febril persistente, al que se agregan signos de irritación de la serosa peritoneal. Entre estos signos está la infiltración de la grasa preperitoneal. infiltración que se hace más marcada a nivel del uraco.

haciendo de este elemento embriológico residual un cordón grueso, tenso y palpable en toda su extensión. Signos también de irritación **perifonea**¹! son la hipertrofia de los músculos del abdomen en la parte superior, contrastando con la hipotonía que presentan en la parte inferior (signo descrito por Delille) y que obedece a la conocida ley de Stokes. Los **músculos** rectos por encima de la arcada de Douglas están alejados de la serosa por la vaina aponeurótica que de los músculos anchos va a la línea blanca, en cambio, por debajo del arco los rectos están casi en **contacto** con la serosa, de ahí la tendencia a la contractura arriba y a la relajación abajo. El meteorismo persistente debe interpretarse como síntoma de paresia intestinal, consecutiva **también** a la lesión de la serosa. Creo que sobran elementos para el diagnóstico clínico de ascitis inflamatoria ; en una palabra, estamos frente a un caso de **peritonitis** exudativa.

El diagnóstico de peritonitis con el cuadro descrito, en un joven adolescente, equivale a hacer un diagnóstico completo, clínico, anatómico y etiológico. **Podemos** decir, sin temor a equivocarnos, que este enfermo tiene una peritonitis tuberculosa. Nos faltaría la prueba directa, es decir, la demostración del bacilo de Koch; pero son de tanto peso los argu-

mentos de orden clínico en que fundamos el diagnóstico, que bien podemos omitir la punción por inconveniente e innecesaria. Sin embargo, no ignoramos que este modo de proceder deja en muchos espíritus alguna duda sobre la exactitud de nuestro diagnóstico, duda que consideramos justificada y hasta necesaria. Sólo para disiparla vamos a plantear el diagnóstico diferencial con todas las afecciones capaces de manifestarse con ascitis. El haber podido hoy darles la prueba directa sobre **la** naturaleza etiológica de la afección que padece este muchacho, me hubiese evitado recurrir **al** método indirecto o por exclusión, que conceptúo un procedimiento malo, aunque a veces es, desgraciadamente, él único de que disponemos.

Entre las afecciones que se acompañan de ascitis debemos considerar las cardiopatías descompensadas y las nefropatías edematógenas. Este enfermo no presenta otra anomalía en su aparato circulatorio que una taquicardia de 130 pulsaciones por minuto. Es cierto que es una taquicardia desproporcionada con la temperatura, pero justamente este es un dato que viene a apuntalar un poco más nuestro diagnóstico, puesto que la taquicardia excesiva es característica de la toxiinfección bacilar. En cuanto a una ascitis de probable orí-

gen renal, se excluye fácilmente, por cuanto el análisis de *orina* no revela particularidad alguna y son justamente las nefropatías edematógenas las que dan síntomas renales más conspicuos, tales como la intensa albuminuria y cilindruria. Por otra parte, también la ausencia completa de edemas periféricos descarta la causa cardíaca o renal de la ascitis de nuestro enfermo. Queda el grupo de las ascitis de causa local. En primer lugar aquellas de naturaleza mecánica, como las producidas por una obstrucción de las venas del sistema porta, tromboflebitis de la esplénica, de la porta, el gran grupo de las cirrosis, son todas afecciones que excluimos por la ausencia de hígado cirrótico, de esplenomegalia y de circulación venosa colateral. Nos queda solamente e). grupo de las ascitis de causa local, de naturaleza inflamatoria, entre las cuales se cuentan en primer lugar la tuberculosis peritoneal, después de carcinomas primitiva o secundaria del peritoneo y en último lugar la sífilis. Las dos últimas afecciones se descartan con pensar que en cuatro meses de evolución tiende a mejorar el enfermo, aparte de otras circunstancias de orden semiológico, como ser la ausencia completa de datos positivos de neoplasia, edad del paciente, etc. La sífilis exclusiva de las serosas como manifestación de sífi-

lis hereditaria tardía o de sífilis adquirida, debe ser tan rara que la mayor parte de los clínicos niegan su existencia. Además, las reacciones de Kahn y Wassermann son negativas y no hay estigmas luéticos ni antecedentes familiares para pensar en lúes.

Llegamos, por lo tanto, y por vía indirecta al mismo punto a que nos había conducido el razonamiento a base de datos positivos recogidos en el examen del enfermo. Lógicamente debía suceder así y reafirmamos nuestro diagnóstico de peritonitis exudativa de etiología tuberculosa.

En el curso de la discusión sobre el diagnóstico de la peritonitis tuvimos oportunidad de mencionar el estado de diversos órganos y aparatos; nos falta, sin embargo, considerar el aparato respiratorio, que tiene una importancia grande por dos razones: por el antecedente de la punzada de costado y también por la naturaleza etiológica del diagnóstico que hicimos de su estado abdominal.

En el momento actual, el examen físico del aparato respiratorio revela solamente una excursión defectuosa del hemidiafragma izquierdo y la radiografía que aquí ven, muestra el pulmón derecho normal; el vértice y parte media del pulmón izquierdo es normal; no así la base donde se comprueba un diafragma más

elevado que normalmente y una alteración de la imagen normal del pulmón, consistente en un empastamiento que borra la imagen de la trama normal y hace más oscura la base; se debe a un proceso de atelectasia y circulación defectuosa consecutivas a la paresia del hemidiafragma izquierdo y también a residuos de un proceso pleural ya desaparecido. Porque debo darles un dato que a propósito me lo he reservado hasta ahora, por razones didácticas, para hacer el razonamiento clínico que nos llevó al diagnóstico sobre la base exclusiva de los datos positivos existentes, que conceptúo suficientes. Este joven, cuando ingresó en la sala, tenía, en efecto, un derrame pleural izquierdo. Como viésemos que tendía a reabsorberse, lo punzamos y extrajimos líquido cuyos caracteres físicos, químicos y citológicos voy a dar:

Líquido amarillo cetrino, coagula espontáneamente. Por centrifugación da un sedimento color rojo ladrillo.

Rivalta positiva.

Albúminas, 16 grs. 0!00.

Células: hematíes. 520 por mmi³.; leucocitos, 340 por mmi³., 99'r : células endoteliales, 1%.

No obstante el bajo tenor de albúmina, todos los datos físicos, químicos y citológicos son los de un exudado. No hicimos bacterioscopía por lo difícil que es encontrar gérmenes en este tipo

de exudados. La inoculación al cobayo exige cierto tiempo para conocer los resultados. Pero aun sin estos datos bacteriológicos, podemos afirmar que este enfermo tuyo una pleuritis y para juzgar sobre su naturaleza etiológica, bastan y sobran los argumentos basados en la experiencia clínica; por otra parte, la coexistencia de un exudado en las dos grandes serosas simplifica aún más la concepción clínica, patogénica y etiológica de este caso. Estamos frente a un enfermo de poliseritis, poliserositis, poli-rromenitis (1), etc.; es la tuberculosis pleuroperitoneal subaguda de Fernet-Boulland, la forma clínica más común de las poliserositis.

En nuestro enfermo, la primera serosa afectada fue la peritoneal y posteriormente la pleura. Los clínicos de todos los tiempos han señalado esta modalidad de invasión de las serosas como muy frecuente; contrariamente a lo que sostiene Ameuille, para quien es la pleura la primera serosa afectada, propagándose después la infección al peritoneo. La propagación de las infecciones de la pleura al peritoneo no sucede habitualmente; todo lo contrario ocurre con la propagación de los procesos peritoneales hacia la

(1) Nombre dado por Cantani, porque según Cardarelli era enemigo de las denominaciones grecolatinas.

pleura, que ocurre con gran frecuencia. La explicación es muy sencilla: la infección sigue la dirección de la corriente linfática, que es ascendente y no descendente. No es difícil que la infección se haga por vía hematógena exclusivamente, en cuyo caso cualquiera de las serosas puede ser afectada primero o ambas simultáneamente.

En cuanto al punto de partida de la infección, hay que buscarlo en los restos linfoganglionares del complejo primario, cuya capacidad de conservar gérmenes virulentos durante **mucho** años se ha comprobado debidamente. De esos nidos microbianos por vía linfática a través de los linfáticos, llegan los gérmenes a la circulación sanguínea por la cual son diseminados, localizándose en las serosas pleural y peritoneal, simultánea o sucesivamente.

La evolución natural en estos casos es la reabsorción de los exudados con la desaparición del estado febril en un plazo variable de 3 a 6 meses. Podemos decir, por lo tanto, que el pronóstico inmediato es benigno.

El pronóstico alejado es aleatorio. Procesos fibroplásticos residuales en el abdomen o mediastino, pueden acarrear trastornos funcionales en el aparato digestivo o circulatorio. Esta eventualidad no es común en esta forma clínica de poliserositis. En cuanto a posibles manifestaciones pulmonares alejadas, aun cuando en algunos tratados se mencionan como la principal contingencia de esta enfermedad, debemos decir que son muy raras.

Concuerdan con esta observación las encuestas rigurosas efectuadas en sanatorios y hospitales de tuberculosis, las cuales demuestran que es extraordinariamente raro que un tuberculoso pulmonar haya padecido anteriormente una peritonitis.

Si bien el pronóstico respecto a una futura lesión pulmonar no debe inquietarnos, no hay que olvidar la posibilidad de que se haga una nueva invasión sanguínea. **bacilemia**, con la reinfección de las serosas ya curadas u otras localizaciones.

Por todas estas razones debemos poner ciertas reservas en el

pronóstico alejado de nuestro enfermo.

Tratamiento. — Dijimos que lo habitual en esta enfermedad es la evolución favorable y espontánea. Noción importante que debe ser tenida en cuenta para no fatigar el organismo con medicaciones inútiles y aun perjudiciales. En el tratamiento es necesario distinguir dos etapas o fases de la afección. La primera es la que podríamos llamar fase de actividad o exudativa, caracterizada por los síntomas toxiinfecciosos, entre los cuáles la temperatura es un índice de gran importancia. Durante este período el reposo constituye una indicación de rigor y la helioterapia un arma peligrosa que es preferible no emplear.

Los medicamentos muy poco tienen que hacer; en cambio, el régimen alimenticio constituye el medio más valioso de que disponemos, y bien utilizado es un factor decisivo en el éxito del tratamiento. No hay que hacer indicaciones de orden general; es indispensable en primer lugar planear un régimen dietético subordinado al estado gastrointestinal del enfermo y además que sea suficiente del punto de vista energético o calórico y completo del punto de vista cualitativo. No debemos olvidar que nuestro enfermo es un febril de evolución larga que, como en todo estado infeccioso prolongado, hay un

déficit funcional de las glándulas digestivas y además que hay propensión a la diarrea y un meteorismo excesivo. Daremos el número de calorías necesario que prácticamente en este caso podemos calcular alrededor de 40 por kilo de peso teórico. En cuanto al aspecto cualitativo de la alimentación es necesario prescribir un régimen que contenga proteínas, hidratos de carbono, grasas, sales y vitaminas. Las proteínas las suministraremos en forma de carnes tiernas y queso fresco y en cantidad, de acuerdo a las condiciones físicas y fisiológicas: 2 a 3 gr. de proteína por kilo de peso. Los hidratos de carbono se darán en la forma de mayor digestibilidad, a fin de evitar las fermentaciones intestinales que intensificarían el meteorismo y la diarrea. La celulosa debe excluirse en absoluto y preferir las harinas diastasadas. Leche daremos poca cantidad por la facilidad con que fermenta la lactosa. Jugo de frutas bien colado, un poco de papa en forma de puré, cocimiento de cereales bien colados, pan blanco. Las grasas, debemos elegir también las de más fácil digestión, suministrarlas en la forma y cantidad más adecuada; manteca, crema de leche y el aceite, de preferencia en estado natural y que es la forma como se toleran mejor.

Es importante que no falten ninguna de las cuatro vitaminas.

La vitamina A, factor de crecimiento y antiinfeccioso, especialmente por esta segunda propiedad debemos de evitar su carencia en el régimen; la manteca y la crema la contienen en abundancia. La B, la proporcionaremos en el extracto de **Malta** o en el jugo de tomate, muy bien colado, el que se puede añadir como condimento en cualquiera de los platos a base de carnes o en las sopas. La vitamina C, en el jugo de naranja, limón y también *en* el tomate el medio de suministrarla abundantemente. En cuanto a la vitamina D, demás está decir que reviste importancia por su intervención en el metabolismo del calcio. Pero es bueno recordar que esta vitamina falta en casi todos los alimentos usuales, por lo cual es necesario agregar a la alimentación diaria un suplemento de vitamina D bajo la forma de ergoste-

rol irradiado. Nuestro enfermo está tomando 15 gotas diarias de Haliverol, que es un preparado que contiene las vitaminas A y D en concentración.

No se debe descuidar tampoco la riqueza mineral del régimen y esta indicación nos obliga a rozar el tema de la desmineralización en los tuberculosos, de que tanto se habló. Parece ser que sólo en las formas agudas existe balance negativo de las substancias minerales, especialmente del calcio; es sin embargo, una cuestión aún discutida; pero encarando el problema desde el punto de vista práctico, es necesario convenir que aún aquellos que sostienen que el balance del calcio no se altera en la tuberculosis, reconocen su eficacia en el tratamiento de muchas de sus formas clínicas. Se ha recurrido a explicar su eficacia por la acción antiexudativa, simpaticomi-

mética. etc. Nosotros le daremos calcio a nuestro enfermo, pero no en la forma de compuestos inorgánicos como se hace habitualmente, porque está debidamente comprobado que en esa forma el organismo no lo utiliza y aun en aquellos casos que se consigue su absorción intestinal, cosa que no es tan fácil como parece, lo único que se obtiene es aumentar la calcemia y nada más; esto que del punto de vista terapéutico en puede ser útil en determinadas circunstancias (hipocalcemia), es completamente inútil cuando lo que se busca es fijar el calcio en los tejidos. El calcio debe suministrarse en forma orgánica y natural, es decir, en los alimentos. Entre los alimentos permitidos a nuestro enfermo, el queso tiene una elevada cantidad de calcio, la leche y las almendras son también alimentos ricos en calcio. Nos llevaría muy lejos ocuparnos a fondo de esta importante cuestión. la cantidad de calcio a fijarse está también condicionada por la cantidad de fósforo, de ahí la importancia de que el régimen prácticamente sea rico en

sales minerales en general; los caldos de verdura y cereales cumplen con este requisito y es bueno tenerlo en cuenta cuando hacemos la? indicaciones dietéticas.

Cuando haya pasado el período febril habrá llegado el momento de planear la cura al aire libre y al sol, persistiendo siempre en los principios dietéticos enunciados: régimen suficiente y completo. La helioterapia conviene practicarla con todo rigor en lo tocante a su progresividad y tanteando la tolerancia del enfermo; hay personas que toleran muy mal el sol y lo que se consigue insistiendo en estos casos es todo lo contrario de lo que se busca. Si las condiciones económicas lo permiten, una cura de clima marítimo es recomendable y en cuanto a las actividades de orden físico e intelectual a desarrollar en el futuro tendremos en cuenta lo dicho al ocuparnos del pronóstico y las prescripciones en este sentido serán dictadas por la evolución de cada caso en particular.

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

Por Gillermo E. Duran

II —

En nuestro artículo anterior ofrecimos clasificar las especialidades farmacéuticas que se venden en nuestro mercado de drogas.

El orgullo infundado de algunas casas fabricantes americanas y europeas es tal, que aseguran que cualquiera de sus especialidades (aun cuando se trate de un polvo insecticida), es científica, aunque las baya idénticas, y puramente comerciales de otras casas, por el solo hecho de llevar en la viñeta de un lujoso **empaque**, sus pomposas marcas de fábrica.

Si el objeto principal de esas casas es hacer el bien a la humanidad, deben tener a mucha honra perder en dinero lo que ganan en crédito; los fabricantes y las farmacias no hacen fortuna en la elaboración de sueros: sí la

hacen en la venta de píldoras que curan todos los males habidos y por haber; ¿podrían precisar ellos a cuánto ascienden sus pérdidas durante los últimos cinco años?

Es por todos sabido que una firma manufacturera de productos de patente se inicia en "los negocios" con dos o tres especialidades : éstas por lo general, fuera de un nombre raro, no tienen nada de novedoso: fórmulas viejas de fácil preparación en cualquier farmacia o fábrica. Con el tiempo y cuando la prosperidad ha tocado a sus puertas viene la creación de un laboratorio de investigación donde los **hombres** de ciencia del **día lu- chan** por encontrar, en los campos de la Química y la Biología, una cura a las grandes plagas que azotan a la humanidad: por

qué confundir las primeras especialidades con las últimas y pedir igual crédito para ambas?

En Honduras, como en la mayor parte de los países de América, hay gran consumo de productos patentados de los que se anuncian en almanaques: es decir, de aquellos que han sufrido la aplicación de los cáusticos depurativos en artículos sesudos publicados en las revistas y libros de medicina: entre ellos los "corta calenturas", los "purgantes", los "reconstituyentes", los "expectorantes", los que "regulan las enfermedades de la mujer", etc. . . . Estas preparaciones salen diariamente de todas las fábricas de medicinas del mundo con distintos nombres, y en cuanto a sus reducidas propiedades terapéuticas, ninguna es mejor que otra. Todos los compuestos de aloes, escamonea, belladona riubarbo en píldoras, tendrán iguales usos (purgantes, laxantes), aunque unos salgan de laboratorios aristocráticos o de millonarios y los otros de verdaderas covachas miserables: igual cosa puede decirse de los antipalúdicos a base de Quinina o sus sales, de los reconstituyentes con fosfatos, glicerofosfatos o hipofosfitos, y de los enmenago-gos cuyos ingredientes sean Viburnum Promfolium, Anémoma Pulsatiíla, Hidrastis Canadensis, etc.

Separemos, pues, la primera categoría de Especialidades Far-

macéuticas, las que denominaremos "de almanaque": cualquiera podrá probar que éstas pueden ser elaboradas en cualquier farmacia a menos costo, y que son exclusivamente comerciales: recordamos por ejemplo las siguientes: Píldoras de Bristol, de Vida, de Haydock, Alofenas, de Salud del Dr. Franck, de Reuter, de Sajonia Gehe, Sanativas, Dr. Lobet, Indianas, etc. . . . Vino de Wintersmith, Elixir Modelo, Pamala, Sinefebril, Esanofele, Cholagogue Indio, Chilifugue, Tónico Peruano, Laverina, etc. . . . Vino de Stearns, Somatosa, Tricalcina, Glicerofosfato Robin, Metatone, Glicerofosfatos Comp., Vino San Rafael, Kola Astier, etc. Compuesto Vegetal de Lidia Pinkham, Metranodina, Ovarine, Píldoras del Dr. Bolet Peraza, Licor Sedante, Quadroline, Ergotina Comp. Ergoapiol. Algunas casas industriales, en las que figuran en primera línea las alemanas, han lanzado al mercado de drogas del mundo, una serie de especialidades que, como antes dijéramos, no están preparadas por la simple adición de ingredientes de propiedades terapéuticas conocidas y cuya separación por medios mecánicos no es difícil, sino que representan el trabajo arduo y prolongado de los químicos en la separación de radicales químicos, en la incorporación de grupos orgánicos o inorgánicos en las moléculas definí-

das de los compuestos sintéticos —reflejos de los obtenidos de la naturaleza— y cuya elaboración, resultado de investigaciones netamente científicas, no es para cualquiera, ni aun para los que han pasado por las aulas.

Que tales productos son comerciales? Que son semejantes a los que hemos catalogado entre los específicos "de almanaque" ? Aceptemos lo primero: es decir, hacen dinero los que elaboran especialidades científicas, pero han gastado enormes sumas en el estudio de ellas, muchos años antes de lanzarlos al mercado, y son los hospitales los que más los consumen, prescritos por los médicos; es deber de humanidad y obligación de las organizaciones científicas facilitar su venta, hacerlas llegar a los hogares pobres, y hacer campaña por que el pueblo comprenda que el médico las prescribe precisamente porque no pueden ordenar a su farmacéutico técnico que las elabore, porque no podría en su oficina

despacharlas; su valor o precio se justifica, pues, y no así el de los preparados "de almanaque", *que* ni fabricados en Honduras con ingredientes comprados en el extranjero, tendrían los precios que tienen.

Separamos la segunda categoría de Especialidades Farmacéuticas: las que llamaremos "científicas". Recordamos entre ellas el 914, el Yatrén 105, el Hexilresorcinosl, la Plasmokino, la Atebrina, la Septicemina, los Inmunógenos, y muchos más.

Debe suponerse que todas las casas imbricantes, desde las que empiezan a conocerse, hasta las que se han hecho millonadas en el comercio lícito de drogas, usan en sus laboratorios sustancias químicas de primera clase, emplean eminencias científicas, y cumplen con las leyes de sus respectivos países: por qué entonces esa casta "noble" de fabricantes, quiere para sí todas las prerrogativas?

El Alcoholismo y el Sistema Endocrino Vegetativo

Por el Dr. Joaquín Moreira
da Fonseca

(Facultad de Medicina de
Río de Janeiro)

I.—Alcoholismo y glándulas endocrinas

La literatura médica aún es pobre en trabajos que estudien los perjuicios del alcohol sobre las glándulas de secreción interna.

El alcohol atacando tantos órganos, no puede dejar de provocar lesiones degenerativas en las glándulas endocrinas, que tan importante papel ejercen en la economía orgánica.

La acción nociva del alcohol no se limita a provocar procesos degenerativos principalmente grasos en el tejido noble o parenquimatoso de las vísceras, sino que para aumentar aún más los trastornos orgánicos, actúa también en forma maléfica sobre el tejido intersticial produciendo fibrosis, esclerosis y cirrosis.

De esta acción patogénica de conjunto, en la cual la esteatosis es preponderante, resulta al cabo de un tiempo la insuficiencia del órgano, que no tardará en traducirse clínicamente al principio por síntomas esbozados y luego por un síndrome completo.

Las glándulas endocrinas sufriendo la acción del alcohol, procuran reaccionar al comienzo y no es raro observar el hiperfuncionamiento glandular, al cual sigue en breve plazo un hipofuncionamiento más o menos acentuado.

Pende sostiene que ejerciendo el alcohol una acción estimulante sobre el **parénquima** tiroideo, sea capaz de determinar un síndrome **basedowiano**, como acontece a veces con el abuso de la medicación yodada.

Cree también que es más común observar en el alcoholismo crónico, hipotiroidismos que se manifiestan por mixedema y basta por idiocia mixedematosa.

Ya **Parrhon** había señalado en la demencia alcohólica alteraciones tiroideas.

Schmiegeld. en 200 víctimas del alcoholismo crónico, notó una hipofunción de la hipófisis, con un substractum anatomopatológico constituido por proliferación **conjuntival**, numerosas células cromóforas, elementos eosinófilos pequeños y relativamente poco abundantes.

Giovina cree que la electividad de la acción patogénica de ciertas infecciones como la escarlatina, fiebre tifoidea, difteria, sobre las suprarrenales es siempre precedida por el factor intoxicación, en el cual ejerce papel preponderante el **alcoholismo**.

En el alcoholismo crónico se nota una esclerosis y esteatosis de las suprarrenales,

Benigni, Farini y Vidoni consignaron en estas toxicosis una atrofia de ciertas glándulas, principalmente de la cortical, alteraciones éstas que fueron demostradas experimentalmente por Garlini (según Pende).

En un caso de cirrosis de Laennec, tuve ocasión de observar a las suprarrenales disminuidas de volumen, con una cápsula espesada y **cromafinidad** en la zona medular. Las capas cortical y medular estaban adelgazadas.

En otro caso de cirrosis atró-

fica hepática, la cortical muy vacuolada y estrechada y la medular disminuida también de volumen, pero con buena cromafinidad ; existía por último una franca proliferación del tejido conjuntivo.

En un 3er. caso de cirrosis hepática, alcohólica existía también gran vacuolización de la capa cortical suprarrenal con adenomas asentando en esta zona y separadas por tejido fibrosos, además esclerosis generalizada.

En una observación de poliesteatosis visceral de origen alcohólica acompañada de paludismo, hallé esclerosis con aumento de la capa medular y atrofia de la cortical. En otro paciente en iguales condiciones: cromafinidad bastante acentuada, como una zona pigmentada de las suprarrenales.

En una simple poliesteatos alcohólica sin paludismo, había adenomas periféricos pequeños,

hiperplasia conjuntiva, exagerada, vascularización de la zona glomerular y ligera desorientación fascicular; en algunos puntos infiltración celular, cromafinidad de la medular aumentada, hiperplasia muscular perivenosa y aumento del pigmento.

En la autopsia de un síndrome de Korsakoff observé: cápsula y trabéculas irregularmente espesadas, medular voluminosa, endarteritis. una vena central con hiperplasia muscular pero irregular, turgescencia de los vasos, zonas de atrofia de la cortical irregularmente dispuestas, una desorientación de la fascicular. Existía en un 2° caso: hipertrofia de la medular que presentaba una reacción cromafina casi agotada; una zona cortical vacuolada, congestionada, y edematosa; hiperplasia del tejido conjuntivo y muscular; fuerte pigmentación. Otra psicosis alcohólica con demencia demostró a la autopsia: esclerosis. Y en otra observación: fuerte congestión de la medular. En un 3°: glándulas suprarrenales aumentadas de volumen con gran espesamiento de la cápsula fibrosa y de las trabéculas fibroconjuntivas; esclerosis generalizada, adenomas corticales y desorientación de los ejes de la capa cortical; intensa, congestión de la medular hipertrofiada, pero con cromafinidad disminuida, pequeños focos de infiltración celular y trombosis

parcial de la gran vena central. Los testículos, según Lance-reaux, están frecuentemente alterados, por lo menos en los alcoholistas inveterados: parénquima amarillento por la esteatosis de los elementos epiteliales.

Kostitch intoxicando ratas en forma lenta, mediante dosis diarias de alcohol, ha conseguido obtener rápidamente alteraciones testiculares: atrofia de la glándula seminal con acentuada hiperplasia de la intersticial. Se deduce de esto que el tejido espermatogénico parece ser más sensible al alcohol que el intersticial y realmente no había modificaciones de los caracteres sexuales secundarios que dependen en gran parte de este tejido.

Por la disminución de la espermatogénesis resulta una menor natalidad en los intoxicados por el alcohol lo que hasta cierto punto contribuye a disminuir el peligro de la herencia patológica alcohólica.

La toxicosis en estudio puede provocar las peores consecuencias mórbidas hereditarias.

Los hijos de alcoholistas traen no raramente un estado de meio-pragia de las glándulas de secreción interna, que puede llegar hasta la eclosión de síndromes endocrinos completos, tales como infantilismo, mixedema. etc.

Existen realmente modificaciones patológicas funcionales y principalmente somáticas de las

glándulas de secreción interna, merced a la nociva acción del **alcohol**. Y no podía ser de otro modo, pues el alcohol actúa como una intoxicación y las glándulas endocrinas ejercen predominante papel en la defensa antitóxica del organismo.

En conclusión: el alcoholismo, además de los intensos trastornos que provoca y que tanto rebajan física y moralmente al hombre, es causa de perturbaciones de graves consecuencias para las glándulas de secreción interna.

//.—El alcoholismo y el sistema nervioso vegetativo

Ya es bastante conocido y estudiado el papel del alcohol -*m* la etiología de las polineuritis, de las cuales constituye sin ninguna duda, la causa principal.

En cambio, relativamente poco conocida es la acción **maléfica** del alcohol sobre el sistema nervioso de la vida vegetativa, sobre el cual y en igual forma, actúa como factor degenerativo o provocador de trastornos funciona¹

nes. Los autores no señalan generalmente las manifestaciones mórbidas originadas por el alcohol en el sistema nervioso vegetativo y apenas si **sonsignan** diversos síntomas que, bien analizados, pueden atribuirse a esta etiopatogenia. Sin embargo, determinados síndromos vegetativos y neuroendócrinos encuentran a veces su origen en la intoxicación alcohólica.

Ya el Profesor Miguel Couto, en sus magníficas lecciones sobre beriberi, decía: "la polineuritis alcohólica es una de las que con más frecuencia simulan el beriberi, no sólo por la posibilidad de *actuar el tóxico sobre el sistema nervioso visceral*, sino por su acción directa sobre las vísceras, sobre las cuales este sistema se distribuye, etc."

En el alcoholismo crónico diversos síntomas y signos tienen su explicación en la patogenia vegetativa; por ejemplo, los edemas de las extremidades, principalmente de la cara dorsal del pie; otras manifestaciones cutáneas como púrpura, urticaria,

eritema; obsérvanse serias alteraciones ungueales, con uñas agrietadas, quebradizas, y no es raro la presencia de esclerodermia.

Trastornos tróficos más acentuados en el alcoholismo crónico, pueden llevar hasta el mal perforante y a la gangrena de las extremidades o sólo se limitan a la microfigmia e hipotermia local. Lancereaux llega a afirmar que ciertos casos de síndrome de Raynaud observados en adultos, son debidos a bebidas alcohólicas aromáticas, como el ajenjo.

El edema facial de los alcoholistas con o sin el rubor característico, indica una participación del sistema vegetativo.

Las manifestaciones de acroparestesia, de meralgia parestésica y de parestesia pseudomiélica, pueden ser causadas por el factor alcohol; como también más comunmente otras parestesias: hormigueos, adormecimientos, sensaciones localizadas de frío o de calor, casi siempre acompañadas de perturbaciones vasomotoras.

El síndrome de Bernhardt o la meralgia parestésica de Roth, muchas veces ligada a colitis mulomembranosa, conforme lo ha estudiado el Profesor Miguel Couto, puede provenir, aunque raramente, del alcoholismo. Se caracteriza por una sensación especial de adormecimiento, de ardor o de quemadura en el territorio inervado por el fémoro-cu-

táneo. El sistema vegetativo contribuye sin duda alguna, para la producción de esas manifestaciones parestésicas.

Otra parestesia interesante y que puede encontrarse en el alcoholismo, es la llamada pseudomielia parestésica de Bechterew, a la que Mingazzini denominó parestesia pseudo-miélica y que se caracteriza por una sensación subjetiva de presencia de cuerpo extraño que molesta lateralmente al paciente, que lo comprime, que pesa sobre él. A veces se tiene la impresión de que un brazo o una pierna se mueven a pesar de su inmovilidad; otras, por el contrario, que están inmóviles a pesar de no estar paralizadas. Algunos autores piensan en una lesión del núcleo lenticular o mejor del globus pallidus para la patogenia de este síndrome; pero aun mismo aceptando esta hipótesis, no se puede descartar el factor vegetativo, pues es sabido que en el palioestratum existen centros de la vida vegetativa. Tuvimos ocasión de observar un caso de parestesia pseudo-miélica en un alcoholaste, pero que presentaba también una lesión hemorrágica en el núcleo lenticular, verificada en la autopsia.

Conviene señalar también, en los alcoholistas la presencia en ocasiones de dolores paroxísticos lancinantes, fulgurantes, en la patogenia de los cuales parece es-

tar en juego un factor neurovegetativo.

Con respecto al aparato circulatorio y a la participación del sistema nervioso vegetativo en los trastornos del mismo verificadas en el alcoholismo crónico, han sido consignadas, además de las perturbaciones vasomotoras ya señaladas, diversas arritmias, principalmente taquicardia a veces paroxística. Lancereaux hablaba de la neuritis del pneumogástrico, que se manifestaba; por la polipnea y disnea y por la parálisis del diafragma y muerte.

En el alcoholismo nótase la predominancia del vago, que se manifiesta por una **sintomatología** conocida. Las náuseas y los vómitos explicables por la gastritis, encuentran también su razón de ser en la vagotonía. Así son manifestaciones vagotónicas la sialorrea y la hiperhidrosis observadas con frecuencia en el alcoholismo.

Dentro de los síndromos neuroendócrinos, cuya etiología ha sido atribuida al alcohol, se destaca la lipomatosis simétrica. Para Launois y Bensaude el alcohol actúa en el 30% de los ca-

sos; para Madelurg en el 40%, para Kemp en el 34%. según Astouruff en el 58% y para Query en el 34%,.

Williams está tan convencido de la influencia del **alcohol**, que llega a afirmar ser la lipomatosis simétrica tan antigua como el hábito de beber cerveza.

En nuestros 2 casos personales. uno poseía antecedentes alcohólicos y el otro confesaba etilismo inveterado.

El síndrome de lipomatosis simétrica, cuya patogenia parece residir en la insuficiencia del lóbulo posterior de la hipófisis y tal vez en la lesión de la región infundíbulo - **tuberiana**, merece ser consignada en gran parte como una de las consecuencias malélicas de la intoxicación alcohólica. Por estas breves consideraciones se apreciará cuan nociva es la acción del alcohol sobre el sistema nervioso vegetativo; asunto éste que merece ser mejor estudiado, tal es su importancia y que fácilmente se deduce por el papel capital que esta parte del sistema nervioso ejerce sobre nuestro organismo.

(De *El Día Médico*).

Estudios Fisiológicos

Por el Dr. R. D. Alduvín

En repetidas ocasiones esta revista se ha ocupado de la necesidad urgente que tenemos de comenzar a estudiarnos los hondureños desde el punto de vista fisiológico, para poder fundar sobre bases científicas el estudio de nuestra patología.

Desgraciadamente nos hemos conformado con hacer ver la necesidad sin dar un solo paso positivo para remediarla y seguimos absolutamente a ciegas sobre ese problema tan interesante.

Nos conformamos con seguir al pie de las letras las opiniones consignadas en libros extranjeros, sin pensar que hay una suma de condiciones climatéricas, alimenticias, de trabajo, etc., que deben darle a nuestra fisiología

una característica especial.

No es posible que tengamos la misma composición química de sangre que la que tienen individuos de otros países de clima distinto al nuestro y con una alimentación en un todo diferente. Es lógico pensar que con alimentación diferente y con hábitos de trabajo distintos a los nuestros, en un momento dado nuestra sangre sea más rica o más pobre en determinados principios.

Reducida la alimentación de nuestra clase popular a maíz y frijoles, seguramente que la química de la sangre divergirá de la de los habitantes de las zonas templadas que ingieren grandes cantidades _ de **albuminoides y grasas**.

Ya un sabio francés había pensado que los habitantes de las grandes alturas deberían sufrir de lo que él llama anoxihemia por el enrarecimiento del aire. Pero los sabios mexicanos estudiaron el problema y encontraron con que si bien es cierta la pobreza del aire en las grandes alturas, en cambio el número de glóbulos rojos era mucho mayor que al nivel del mar, lo cual compensaba la deficiencia de oxígeno.

Hechos como este deben repetirse en las demás manifestaciones de la vida y si en las mismas razas y climas se notan grandes oscilaciones en los fenómenos, mayores deben ser cuando intervienen diferencias de clima, alimentación y hábitos.

Nuestra riqueza globular, nuestra temperatura, la frecuencia del pulso, nuestro quimiograma hemático. deben lógicamente ser distintos de los de los europeos y norteamericanos.

Hace pocos años? el Ministro del. Japón en México tuvo la bondad de obsequiarnos para nuestra Universidad un libro llamado "El sistema arterial en los japoneses". Nos pareció al principio un poco superfino aquel trabajo porque no era de esperarse que los japoneses tuvieran la arteria cubital' en el lado interno del antebrazo, ni la humeral en la cara externa del mismo. Después, pensamos serenamente que un estudio de tal naturaleza no sólo servía para encontrar diferencias y que bien valía la pena un estudio de tal naturaleza en un país que cuenta con muchas decenas de millones de habitantes.

El estudio que hoy iniciamos presenta enormes dificultades sin duda; una sola persona no está en posibilidad de hacerlo; nosotros prestaremos nuestro ■:-\$■ caso contingente y en el presente número de nuestra revista quizás podamos decir algo acerca de nuestra fórmula leucocitaria.

CANDIDATURA PARA LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

En sesión celebrada el 21 del mes en curso, la "Asociación Médica Hondureña" acordó lanzar una candidatura para la Junta Directiva que regirá los destinos de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia durante el bienio de 1934 a 1936.

Como se verá, la fórmula está integrada, comenzando por el Dr. Alduvín, que es quien la encabeza, por distinguidos elementos del gremio médico hondureño, los cuales se esforzarán decididamente en la realización del mejoramiento material y espiritual de nuestra Escuela de Medicina y abordarán otra serie de problemas que redundan en directo provecho del país.

Desde luego y tomando en cuenta las ejecutorias de la nueva fórmula, la recomendamos a nuestros estimados colegas de dentro y fuera de la ciudad, para que la tengan presente al verificarse el torneo electoral.

La candidatura es la siguiente:

Decano	Dr. Ricardo D. Alduvín
Vice-Decano	Dr. Francisco Sánchez U.
Vical 1º.....	Dr. Eduardo R. Coello
Vocal 2º.....	Dr. Antonio Vidal
Vocal 1º Suplente	Dr. Enrique Cuilbert
Vocal 2º Suplente	Dr. Justo Abarca h.
Secretario	Dr. Julio Azpuru España
Pro-Secretario	Dr. Manuel Cáceres Vijil

UNA NOTA

Asociación Médica Hondureña. — Tegucigalpa. — Honduras, 14 de agosto de 1933. Señores Secretarios:

Tengo el gusto de referirme a su atenta comunicación de ustedes, en la cual se sirven participar, que en sesión ordinaria del 11 de febrero del presente año, al recepcionar una Delegación Médica chilena que llegó en misión científica y fraternal, quedó fundada una entidad denominada "Asociación Médico Quirúrgica Latino Americana" con el fin de formar un lazo de unión entre los médicos de Hispano América, ya que unidos por vínculos históricos, geográficos y raciales, comunes intereses e idénticas aspiraciones, lo han de estar, también, por las tendencias, profesionales.

La "Asociación Médica Hon-

dureña" se ha enterado, con verdadera simpatía, del contenido de la nota de ustedes y acoge la idea con el mayor beneplácito.

Desde luego, es de aplaudirse la actitud franca de ustedes; y esta Asociación secundará con mayor interés, los propósitos de la sociedad "Daniel A. Cardón", quedando en un todo de acuerdo con sus resoluciones.

Finalmente, ustedes deben esperar que nuestra colaboración será, en el porvenir, una efectiva realidad.

Con muestras de mi más alta y distinguida consideración, soy de los señores Secretarios, atento y S. S.

Gabriel R. Aguilar,
Secretario.

Señores Secretarios de la Asociación Médico Quirúrgica "Daniel A. Corrión". — Lima, Perú-

REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. PAREDES P.

Drenaje suboccipital. — Trepanación atloido-occipital de Ody aplicada al tratamiento de lesiones traumáticas cráneo-encefálicas.

—o—

Ch. Lenormant, Profesor de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de París y su Jefe de Clínica Jean Patel, emiten sus ideas en el Journal de Chirurgie del mes de julio, respecto al drenaje sub-occipital.

La trepanación posterior del cuarto ventrículo, gran confluente de los espacios subaracnoideos, parece resolver el problema, mejor que otra intervención en las meningitis traumáticas por razones de índole diversa: dimensión, sitio infra y retro cerebeloso, supra y retro bulbar; en relación en fin, con los otros ventrículos y sus relaciones: allí se colecta a través de los orificios de Magendie y de Lushcka, el líquido célofo raquídeo.

Desde muy antes algunos autores habían propuesto la abertura de este confluente como tratamiento de las meningitis supuradas; pero a Ody, de Ginebra, corresponde el mérito de crear el drenaje occipital bajo tensión, agregando la resección del arco posterior del atlas.

En defensa del método juegan dos categorías de argumentos: Cualquiera que sea el sitio inicial de la hemorragia, contemporánea de la contusión cerebral, la sangre tiende a colectarse en los lagos de la base, sobre todo en el gran confluente, más vasto y de más declive. Los coágulos encuentran en la vecindad del agujero occipital el estrangulamiento normal que separa el espinal de los departamentos cerebrales y el abultamiento cervical propios para la estásis.

El derrame en estas condiciones, obra directamente sobre los centros vitales de la médula oblongada; un efecto indirecto sobre la reabsorción de los líquidos. Estos coágulos provocan una irritación, compresión sobre el bulbo y la unión bulbo-medular; provocan anemia y un disfuncionamiento de los centros respiratorio y cardíaco.

Además por la obstrucción que fealiza la sangre acumulada en la cisterna magna se rompe el equilibrio entre la secreción ventricular y la absorción sub-aracnoidea del líquido Géfaloraquídeo. Por eso sobreviene una dilatación de las cavidades ventriculares. una hidrocefalia que ha sido provocada experimentalmente ya, por Dandy y Bisé.

De estos argumentos se deducen otros de **probabilidad**: la ineficacia de la trepanación temporal y aun de la punción raquídea suboccipital por la evacuación imposible de los coágulos.

Por estas razones Ody la prefiere a todas, la intervención, que él llama: trepanación Atloidea y que Lenormant titula: Drenaje sub-occipital.

Operación simple sin instrumental especial que respeta la integridad de la caja craneana.

No produce mayor shock ni es difícil. Se coloca al enfermo en decúbito ventral, poniendo un cojín bajo los hombros para favorecer la hiperflexión del raquis cervical. Incisión media de la tuberosidad occipital externa a la cuarta apófisis espinosa cervical hasta el hueso.

Desinserción de la aponeurosis superficial de esta apófisis. Separación de las masas musculares de la nuca y hemostasis. Descubrimiento del arco posterior del atlas y resección a la pinza-gubia en una extensión de 2 cms. La membrana occipito-

atloidea aparece en el fondo. Incisión longitudinal para-mediana; salida de grandes coágulos a fuerte tensión y líquido céfaloraquídeo.

La descomposición brusca no produce acción nociva; sin embargo puede suceder que una amígdala cerebelosa enclavada en el agujero vertebral por hipertensión se presente al orificio operatorio, fácilmente **reductible**. Drenar con una mecha o tubo de vidrio respetando la médula. Sutura plano por plano.

La intervención requiere de 25 a 35 minutos. Post operatorio sin incidentes. Si el apósito no se imbibes es que el tubo se ha obstruido, hay que cambiarlo.

Cuando el líquido se aclara completamente, retirar el drenaje. El estado del herido mejora notablemente, la temperatura baja, la respiración y el pulso disminuyen de frecuencia.

Indudablemente se requiere precisar los casos en que la operación está indicada.

No se hará en las primeras 24 horas en plena conmoción cere-

bral sino cuando hayan fracasado los otros medios terapéuticos. La estadística de Ody da un muerto en ocho operados.

Tratamiento del Tétanos traumático

Loebner de Marienbad, en el Zentrablatt für Chirurgie del mes de septiembre, emite su absoluta convicción de la eficacia del tratamiento del tétanos declarado, por fuertes dosis de suero antitetánico en inyección intraraquídea combinada con 3a limpieza perfecta de la puerta de entrada, inyección local de antitoxina e inyecciones intramusculares de sulfato de magnesia al 50%,5 a 10 ce. tres veces al día.

inyección en la herida: 3.000 unidades antitóxicas. Inyección intraraquídea: 12.500 unidades antitóxicas.

Curación en 20 a 25 días.

Tratamiento de la neuralgia del trigémino por la vía cerebelosa

Dandy, de Baltimore, ha operado 250 casos, sin tener en los últimos 150 ningún caso de muerte ni complicación post operatoria.

Por una incisión curba reseca un segmento atrás de la mastoides abre la duramadre, levanta leí lóbulo cerebeloso y llega al trigémino. Anestesia rectal. Con Rin gancho especial toma la raíz sensitiva y la secciona. Sutura

completa de la duramadre.

Tiempo operatorio de 10 a 15 minutos hasta hora y media. Esta vía permite también la sección bilateral en las neuralgias dobles. También se practica la sección del glosso-faríngeo en la neuralgia de este mismo o la del nervio auditivo en la enfermedad de Menière.

Eu autor estima como muy superior la vía cerebelosa a la vía temporal.

Tratamiento de la parálisis facial periférica, por resección del ganglio simpático cervical superior

Wertheimer, de Lyon, en los Boletines de la Sociedad de Cirugía de París, dice que reseccó el ganglio cervical superior en un caso de parálisis facial de 8 años, a frigore. Inmediatamente el paciente experimenta una sensación de suavidad en la mímica y la oclusión palpebral se hace más amplia. La intervención obra sobre 3a lagofthalmia y la epífora.

Puede esperarse una regeneración del nervio, y habiendo fracasado al hacer tina anastomosis hipogloso facial.

Conclusiones sobre el tratamiento del cáncer de la lengua P.

Moure, en los Boletines de la Sociedad de Cirugía de París, concluye así: Siendo la acción del radio puramente local.

su eficacia no es superior a la cirugía. La biopsia necesaria implica un peligro real. Acción excitante sobre **los** ganglios y el riesgo de una osteo-radio-necrosis.

Por esas razones es partidario de la exéresis quirúrgica con anestesia loco-regional, seguida 15 días después, de extirpación de ganglios y aplicación precoz de Rayos X.

Tratamiento del reumatismo crónico deformante por irritación química de la región tiroidea

Simón, de Strasburgo, en los boletines de la Sociedad de Cirugía, dice que después de haber ensayado el efecto de la tiroidectomía y de la **simple** exploración tiroidea, ha encontrado interesantes resultados.

Queriendo provocar una congestión del aparato tiro-paratiroideo, decidió pincelar ampliamente la región tiroidea con isophenol. En 6 casos observó un resultado nulo y 5 favorables. Desde el día siguiente los movimientos son más fáciles y menos

dolorosos. Los edemas disminuyen y el estado general mejora. Por desgracia la mejoría no persiste más de algunos meses.

Sobre la existencia de un doble apéndice

Berthold, de Osnabrück, dice en el Zentralblatt für Chirurgie, que Braats operando un enfermo que diez meses antes había sufrido una apendicectomía, encontró un segundo apéndice.

Nada de extraño tiene el haber apéndices dobles en un mismo ciego desdoblados.

Berthold, en el curso de una laparotomía por oclusión intestinal aguda en una mujer de 60 años, encontró dos apéndices, uno insertado en el sitio normal de 7 cms. de longitud. El otro a 2 o 3 cms. hacia afuera y con una longitud como de 5 cms.: ambos rojos, inflamados, pero sin lesión profunda. Los dos fueron extirpados. El examen histológico demostró la estructura típica del apéndice ileocecal, pero con débil desarrollo de los folículos linfáticos.

Tegucigalpa, agosto de 1933.

donar al menor choque.

He aquí, pues, si cabe expresarnos así, "puesto en acción" el aparato vesicular. En tanto el estímulo fisiológico es el único que sobre él obra, su funcionalismo continúa normal. Pero está a merced de un choque **brutal**. ¿De **qué** naturaleza puede ser este choque? Puede tratarse de *una causa fisiológica*, una comida demasiado copiosa, por **ejemplo**, que provocará una expulsión biliar brusca; ciertos alimentos son muchas veces, desde este punto de vista, especialmente nocivos, como por ejemplo, los **huevos**, las grasas, la crema.

Un *brote infeccioso* vesicular puede producir la crisis por un fenómeno de irritación local fácil de comprender.

La *movilización de un cálculo*, su encajamiento en el cístico son factores clásicos de cólico hepático. Pero así comprendida, la migración litiasica pierde su valor preponderante y no es más que uno de los tipos de agresión local susceptible de producir el acceso doloroso. Si la vesícula no está irritada ni infectada, algunos cálculos pueden permanecer en ella y pasar desapercibidos durante toda la vida del paciente y sólo por casualidad ser encontrados en la autopsia.

Finalmente, la conmoción del sistema nervioso vegetativo y muscular, en este órgano excitable, puede ser debida a uno de

estos *choques* humorales que precisamente se manifiestan tan sólo por intermedio de las fibras nerviosas y de los músculos lisos.

Mecanismo general del choque.

— Una ley general regula las relaciones de los choques humorales y de las crisis orgánicas que producen; está fundada en la necesidad de encontrarse reunidos tres elementos: el terreno, el choque, la espina orgánica localizada. El *terreno*, del que no nos ocuparemos aquí, ha sido denominado, según los autores, terreno sensibilizado, coloidoclásico, etc. Sea innato o adquirido durante la vida por las diferentes vicisitudes patológicas del individuo, es siempre necesario; es en él que aparecen todos aquellos estados diversos, asma, urticaria, jaquecas, entre los cuales, conforme veremos, puede incluirse el cólico hepático.

En este terreno, los *choques* se producen y su repercusión es muy intensa; ya veremos después que sus orígenes son muy diversos (alimentos, sueros, etc.) Para que obren electivamente sobre un órgano, es necesario que este órgano sea, consecutivamente a una lesión, muy irritable; representa entonces, si vale la frase, una punta que llama hacia sí la chispa humoral. La *lesión localizadora* puede, conforme hemos dicho, ser mínima, pero no por ello deja de desempeñar un papel de atracción. /

te. con suma frecuencia, la causa desencadenante está representada por la menstruación.

El "choque menstrual". — El periodo menstrual es, en efecto, muy parecido a un choque. El medio humoral, el tono vegetativo se modifican bruscamente: existe una vagotonía premenstrual y, algunas horas antes de aparecer la sangre, sobreviene un paso brusco hacia la hiper-simpaticotonía (**Stolper**, Klaus, Guillaume y Godel); la aparición del flujo va a su vez acompañada, en la corriente sanguínea, de **hiperleucocitosis**, de eosinofilia, de aumento del índice refractométrico. Algunos autores (Bouché, Hustin, Dalché) han admitido una teoría anafiláctica

de la menstruación. Recientemente, se ha podido, en América, mediante inyecciones de extracto de sangre menstrual, suprimir accidentes catameniales, como la urticaria, por ejemplo.

Creemos, pues, posible, emplear este término de "choque menstrual" y comprendemos hoy por qué, durante la menstruación, pueden aparecer bruscamente toda la serie de estas manifestaciones clínicas especiales descritas antes, jaqueca, asma., urticaria. No es, pues, extraño, después de lo dicho, que conjuntamente con estas diversas crisis, o a veces sola, aparezca al mismo tiempo esta descarga vegetativa local, que tal es el cólico hepático.

(Continúa en el próximo número)

NOTAS

Nuevos socios

En sesión celebrada el cinco del mes en curso, fueron aceptados como miembros de la "Asociación Médica Hondureña", los Doctores J. Inés Rápalo, Eduardo R. Coello, Guillermo E. Durón y Fernando Marichal Streber.

Es de esperarse que tan distinguidos profesionales pongan sus energías al servicio de los nobles ideales que persigue la agrupación de que ahora forman parte.

Los Laboratorios de la Escuela

Según se nos informa, está para llegar de Europa un nuevo pedido de material para los laboratorios de la Escuela de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Ojalá que el Supremo Poder Ejecutivo preste todo el apoyo y atención debidos, a los elevados esfuerzos del señor Decano Dr. Alduvín, para llegar a ofrecer así a la juventud estudiosa los mayores medios posibles de aprendizaje.

Enfermo

Nuestro estimado consocio Dr. Víctor Manuel Velásquez, se en-

cuentra desde hace algunos días enfermo de cuidado.

Hacemos votos por su pronto restablecimiento.

Próxima conferencia

Sobre Angina de Vincent disertará próximamente en el seno de la "Asociación Médica Hondureña", el Dr. Fernando Marichal Streber.

El trabajo en cuestión lo daremos a conocer en el próximo número, a nuestros lectores.

Atenta excitativa

Ha sido nuestro deseo dar a conocer todos los trabajos presentados a la Asociación, pues dado su carácter científico, son de interés general, lográndose con su publicación, que sean conocidos por los compañeros que residen en los departamentos y aun por los de esta ciudad que no asistan a las sesiones. En tal virtud, excitamos muy atentamente a los señores conferencistas cuyos trabajos no han sido publicados, nos envíen éstos a la mayor brevedad.

Contribución al Tratamiento de la Retro versión con Cistocele

(Concluye)

Sobre el periné vienen a ejercer acción antagónica, los músculos esfínter anal y constrictor de la vulva. En el momento de su contracción, se constituye una cincha antero-posterior, que se cruza a nivel del periné con una banda de apoyo transversal, formada por el transverso. Dicha cincha, bloquea el paso de los órganos colocados arriba.

Estos fascículos que se unen con las fibras del transverso profundo y con la porción profunda del esfínter anal. De esta manera queda formado un centro tendinoso que constituye el nudo de resistencia del aparato músculo-aponeurótico pelvi-perineal.

Además de las estructuras anteriormente tratadas, creemos que aunque en forma indirecta, el aparato ligamentoso uterino contribuye también para el sostenimiento de este órgano, así como de los tejidos que le rodean, en su posición normal. No hablaremos de su descripción exacta, por las mismas razones dadas para la parte músculo-aponeurótica y veremos principalmente su fisiopatología en el capítulo siguiente.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DEL PROLAPSO

Al estudiar la etiología y la patogenia del prolapso, tropezamos con una serie de factores que influyen manifiestamente para su producción. Estos factores son, a su vez, originales, la mayor parte de las veces por un mismo hecho, el embarazo y el parto, tratándose sobre todo de embarazos múltiples y repetidos o de partos prolongados y laboriosos. Así pues, cuando nos encontramos en presencia de un prolapso, debemos pensar en los siguientes elementos como causantes de dicho estado patológico.

Lesiones mecánicas de desgarro o distensión de los tejidos, alteraciones disfrólicas de los ligamentos uterinos, de los músculos del periné y del suelo pelviano, así como de lo que constituye la tan compleja formación aponeurótica o fascial del piso pélvico y que tan importante es para el sostenimiento de los órganos en la cavidad.

Además de estos casos, que constituyen casi la totalidad de los prolapsos, vemos otros en los que, habiendo un descenso de los órganos genitales o de los órganos vecinos a ellos, como uretra, vejiga o recto, no existe embarazo en los antecedentes de la

mujer. Se trata entonces de casos especiales y excepcionales en los que encontramos como elementos causantes de estos estados, alteraciones más o menos profundas de orden distrófico que, alterando la constitución y por lo tanto la resistencia de los tejidos, los colocan en condiciones pésimas para el sostenimiento de las vísceras contenidas en la cavidad de la pelvis.

No hallamos en presencia de enfermas neuro-árticas generalmente, que presentan ptosis generalizadas, hernias, eventraciones, etc. En estas mujeres, la flacidez de los tejidos del diafragma perineal permite que simplemente por esfuerzos repetidos, o por una caída brusca sobre la región del periné, el útero encuentre fácil salida por el conducto vaginal, presentando entonces el cuadro de prolapso más o menos agudo.

Con mucha frecuencia se observa que a consecuencia del embarazo, y debido a trastornos circulatorios, el cuerpo uterino se hipertrofia y se produce un alargamiento del cuello. Este alargamiento, no pudiendo desarrollarse en dirección de la cavidad del vientre, tiende a abrirse paso a través de la abertura vaginal, facilitando así el deslizamiento posterior de toda la víscera. Este factor ha sido invocado para explicar el mecanismo de producción del prolapso, y, aunque como hemos dicho, sucede esto con frecuencia, actualmente no se admite la generalización que en un tiempo se le dio.

Se ha hablado del prolapso congénito. Ocurre rara vez y se debe a un defecto de calidad inherente a todos los tejidos.

Hay otra condición que favorece la producción del prolapso

y es el cambio de posición del eje del útero. Cuando el fondo del útero pasa a colocarse hacia atrás, en posición de retro-versión, atraviesa por una serie de posiciones o planos, intermedios entre este y su colocación normal. En un momento dado, el eje del útero tiene la misma dirección que el eje del conducto vaginal, y es entonces cuando la presión abdominal aumentada por cualquier esfuerzo, lo encajara de un verdadero trayecto en dicho conducto como si se traherniano.

Se ha solicitado la influencia que para la producción del descenso del útero tienen los tumores desarrollados en su masa. Estos, por el aumento de peso que imprimen al órgano, podrían ser un factor adyuvante; pero nunca obrarían aisladamente.

El prolapso uterino asociado con tanta frecuencia al sistocele y rectocele, es, podemos decir, esencial y fundamentalmente una hernia. Ahora bien, al discutir cualquier variedad de hernia, dos hechos deben ser siempre tenidos en cuenta:

El primero de ellos es que cualquier hernia, no importando cuál sea su localización, su causa inmediata, etc., es debida a un defecto fascial (aponeurótico). Toda hernia resulta de la misma causa ulterior; toda hernia muestra el mismo factor etiológico; una mayor o menor alteración fascial. Mientras tanto que las capas aponeuróticas permanezcan intactas, la hernia no

puede ocurrir. Cuando dichas capas están congénitamente defectuosas o cuando han sido perjudicadas por algún traumatismo, ya sea externo o interno, las hernias invariable e inevitablemente se desarrollan.

En segundo lugar, ninguna hernia puede ser reducida, a menos que el defecto fascial se haya remediado directamente o se haya nulificado de manera indirecta. Debe haber, por lo tanto, o una restauración de las relaciones anatómicas de órganos y tejidos, o una sustitución por otras relaciones anatómicas artificiales.

Así pues, a nuestro modo de ver, la escuela de hechos antes es esbozada, aunque raras veces se insista en ella como debiera, es tan valedera para las hernias que ocurren en el canal vaginal, como para las de los canales femoral, inguinal, o para las hernias de anillo umbilical.

Este error de no insistir lo suficiente en el estado fascial, es debido a un error de interpretación en la estática del útero dentro de la cavidad de la pelvis. Vamos ahora a tratar lo más brevemente posible los medios que lo fijan y la forma en que obran para darle la posición y colocación normales.

El aparato ligamentoso ha sido exageradamente tomado en cuenta como órgano de contención, en comparación de su efectividad real. Es indudable que tanto él como la musculatura uterina, toman parte en el sos-

tenimiento en lugar adecuado; pero el factor de verdadera importancia (y no nos cansaremos de insistir en ello) es la estructura músculo-fascial, en medio de la cual el cuerpo del útero, en su tercio inferior y el cuello, están como empotrados, y a la cual estructura se le ha dado el nombre de "diafragma pélvico". En otro tiempo se admitía, teóricamente, un doble medio de fijación para el útero: medios de suspensión y medios de sostén. Esto tenía su consecuencia práctica: se procuraba levantar el órgano caído, acortando los ligamentos redondos o fijando el útero a la pared abdominal, los medios de suspensión comprenden: Los ligamentos que se insertan en el fondo o a los lados del útero, y los que los efectúan en el istmo. Ahora bien, los primeros tienen un papel suspensorio, podemos decir despreciable. En efecto, los ligamentos redondos y los ligamentos anchos 'no están tensos en estado normal. Kochs describe, con el nom-

bre de "-ligamento cardinal" un sistema de fibras musculares lisas y de tejido conjuntivo, situadas en el parametrio, en la base de los ligamentos anchos. Le atribuye un papel mecánico importante como medio de sostenimiento del útero y de la cúpula vaginal. Otros autores le conceden únicamente un papel fijador entre el cuello uterino y la pared pelviana lateral. En realidad, ligamentos redondos y anchos solamente guían al útero en sus movimientos u oscilaciones antero-posteriores y lo mantienen en posición sagital. Los segundos medios de suspensión. son: primero, ligamentos que. a la altura del istmo, se dirigen hacia adelante, a la sínfisis púbica y son los llamados ligamentos pubo-vesico-uterinos de Hyrtl; segundo, los antagonistas de éstos, o sean los útero-sacros de Douglas. (de mayor importancia). Estas formaciones ligamentosas, indudablemente que contribuyen a mantener el

útero en su posición normal; por lo que constituye el verdadero medio de contención, es el plano más inferior, y especialmente las formaciones aponeuróticas, según veremos en seguida.

En los momentos que el individuo hace un esfuerzo, que contribuye a aumentar la presión intra-abdominal, tal como sucede en la tos, el acto de la defecación, el vómito, etc., hay dos planos de resistencia colocados, con respecto a la cavidad, uno arriba y a los lados y constituido por el diafragma y las paredes; otro abajo, formado por lo que se ha denominado diafragma pelviano, y constituido, como sabemos, por un sistema intrincado de músculos (Elevadores del ano, reforzados por los esfínteres y músculos del periné). Dichos planos son antagonistas, siendo los últimos en contra apoyo a la presión aumentada en el momento del esfuerzo. Hay, sin embargo, que considerar que éstos, si bien constituyen elementos importantes de resistencia,

no lo son por sí solos, ya que intervienen sobre todo, en estado dinámico, es decir, que su contracción, antagonista a la de los músculos diafragma y de la pared, sostienen los órganos pélvicos en el momento del esfuerzo y, en cambio, su papel es casi nulo en estado de reposo. En este estado es cuando intervienen las formaciones aponeuróticas del suelo pelviano y del plano perineal, de donde la gran importancia dada a ellas y a la necesidad de su reparación cuando han sido por cualquier motivo alteradas.

Vamos a considerar el papel que con el mismo fin desempeña el conducto vaginal, ya que parece paradójico que un canal como lo es la vagina, pueda sostener un órgano macizo como el útero.

Esto se explica por el hecho de que la vagina, en estado normal, es una cavidad virtual. Sus paredes están adosadas una contra otra y este contacto está favorecido por lo siguiente: ■

Dada la inclinación que tiene la vagina, de arriba a abajo y de atrás a adelante, la presión abdominal ejercida sobre el útero en anteposición se trasmite sobre la pared vaginal anterior, la que se aplica directamente a la posterior. El asa formada por los fascículos pubo-rectales de los elevadores constriñe la vagina en su parte inferior, tirándola hacia arriba y adelante. Así pues, en el momento del esfuerzo la presión abdominal empuja el útero contra la pared vaginal anterior, por mediación de la vejiga, encontrándose dicha pared anterior aplicada a la posterior, debido a la contracción de los elevadores.

En esta forma, todo descenso es imposible y dicha presión

nunca podrá encajar al útero, cuyo eje de inclinación no sigue al del conducto vaginal.

En caso de rotura sub-mucosa del cuerpo perineal, de un desgarramiento de la horquilla, o de un agrandamiento de la hendidura vulvar, consecutivo al parto, no hay un contra-apoyo a la pared vaginal anterior, ya que el tabique recto-vaginal se ha debilitado o destruido. De aquí que dicha pared resbale descienda y salga al exterior, constituyendo primero un simple ectropión de la mucosa, luego una eversión (colpocèle) y más tarde el deslizamiento secundario de la vejiga (cistocele). Todo esto siempre y cuando haya habido una lesión del aparato ligamentoso de la vejiga o lo que es lo mismo,

de la fascia vésico-vaginal. Esta condición se presenta por lo menos en la mayoría de los casos y es producida también generalmente por paso de una cabeza fetal voluminosa.

Dicha cabeza distiende a menudo, tanto la fascia como la parte muscular, de cuyo traumatismo resulta necesariamente el cistocele; pero permaneciendo intacta la fascia vésico-vaginal, ésta puede y de hecho mantiene la pared anterior de la vagina y la vejiga misma en su posición normal. Esto sucede aún después de un marcado traumatismo de los músculos elevadores del ano.

Contrariamente, el cistocele se desarrolla después de la alteración de la fascia, aún cuando los músculos elevadores del ano permanezcan intactos.

De una manera análoga resulta el rectocele, cuando ha habido desgarros del tejido conectivo que forman el septo, o fascia recto-vaginal; la pared posterior de la vagina se desliza, resbala fuera de la horquilla, se ectopia por la abertura anormal de la vulva y arrastra el recto (colpocele posterior y rectocele).

Las lesiones vistas anteriormente tienen generalmente un origen mecánico y son producidas por el parti; pero aunque los desperfectos observados sigan frecuentemente a las intervenciones instrumentales, no siem-

pre se presentan a consecuencia de ellas, ya que vemos los mismos resultados después de muchos casos en que no ha habido intervención instrumental alguna. Se trata entonces, como hemos dicho, de partos en los que el producto es demasiado grande y el trabajo, aunque llevado a término por las fuerzas naturales de la mujer, ha sido prolongado, laboriosos y difícil:

En ambos casos el cuello es desprendido de sus adherencias fasciales y consecutivamente se presenta un adelgazamiento y debilitamiento de las capas aponeuróticas de la pelvis. Este mismo adelgazamiento y debilitamiento se observa en los soportes ligamentosos, lo que se traduce por una retroversión, y ya hemos visto la importancia de esta anomalía de posición, en

la producción del prolapso.

El descenso ocurre, según la localización y la magnitud del desperfecto, ya en el retro-pubis, el septo vésico-vaginal en el recto-vaginal, o a la vez 'más de uno solo de estos puntos. Depende también el prolapso de la extensión de la destrucción, fascial, así como del lapso de tiempo transcurrido desde que se inicia hasta que se intenta su reducción, por lo que puede variar desde algo más que una ligera exageración del descanso fisiológico uterino normal, hasta la procedencia, en la que el órgano aparece totalmente colgado a través del orificio vaginal.

Descripción de algunos de los procedimientos más empleados.

Algunas consideraciones sobre ellos.

El número de procedimientos que de algunos años acá se han propuesto para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital de la mujer, es muy elevado. Es esto debido seguramente, por una parte a la diversidad de opiniones en lo que concierne a la fisiopatología y por otra a la variedad de factores que lo originan.

Esta misma multiplicidad de métodos nos habla en favor de que, en términos generales, no hay un método verdaderamente satisfactorio con el que el cirujano pueda corregir todos y cada uno de los desperfectos que cada caso le presenta.

Tratará de hacer una recordación de algunos de los métodos más conocidos y más empleados actualmente, describiendo someramente el fundamento de cada uno de ellos, para luego referirme a las críticas que de ellos se han hecho y que principalmente los afectan.

Para facilitar su estudio, haré caso omiso de la relación que pueda haber entre la compatibilidad de la técnica empleada con el embarazo subsecuente a ella y tomaré como punto de referencia, la vía de acceso.

De esta manera, podemos, pues, clasificar los diferentes procedimientos que se han descrito, en los grupos siguientes:

I. —Procedimientos que se practican por vía abdominal.

II. —Procedimientos que se practican por vía vaginal.

III. — Procedimientos mixtos que se practican por ambas vías.

Procedimientos que se practican por vía abdominal:

A.) Histeropexias:

1.) Centro-fijación simple del útero. —El peritoneo es empujado a un lado del margen de la incisión abdominal, en contacto directo con el tejido conectivo. Los puntos pueden pasar directamente por el fondo del útero o a través, ya de los ligamentos útero-ováricos, ya de los ligamentos redondos en donde se insertan al útero, o bien del fondo y ligamentos.

2.) Fijación a la pared por medio del tejido aponeurótico. —Este método utiliza como medio de sostén, una tira aponeurótica sacada bien sea del abdomen del psoas, o de la "fastacia lata".

3.) Implantación del útero a la pared abdominal. —En cuerpo es llevado a la pared abdominal y fijado a varias capas de ella.] Las diferentes técnicas descritas varían solamente en detalles; pero el fondo es el mismo. Murphy hace lo siguiente: excisión de cuneiforme vertical de la cara anterior del útero, seguida de la fijación de esta superficie así avivada a los músculos rectos del abdomen.

4.) Bumm. después de una laparotomía de Pfannenstiel, hace una incisión vertical sobre el cuello, hasta la cavidad del mis-

mo; sutura en seguida el peritoneo parietal al visceral, aislando así la cavidad vésico-uterina. El cuello, en el punto en que se hizo la incisión es fijado a los músculos rectos y termina la operación por acortamiento de ligamentos redondos. (Caso de prolapso con útero hipertrofiado).

5.) Solm propone le siguiente histeropexia: Por la laparotomía media, hace vascular el útero a fin de que su fondo llegue a nivel de la sínfisis púbica, en tanto que el istmo se dirige hacia el ombligo. El cuerpo, fuera ya de la cavidad, se sitúa entre los músculos rectos. La ventaja de este método, según su autor, es hacer que la presión, obre sobre la sínfisis púbica.

6.) Promonto-fijación del cuerpo del útero. —Consiste en la sutura de la cara posterior del cuello a los ligamentos del promontorio seguido de colpoperinorrafia.

7.) Otros autores hacen la fijación del útero a la vejiga.

B.) Extirpación del órgano, con fijación especial de pedículos.

I.) Histerectomía supravaginal con fijación de los pedículos al cuello.

Una vez hecha la histerectomía se levanta el muñón cervical, y los ligamentos redondos y anexos a él le son fijados de manera a evitar todo relajamiento. Así sostiene el cuello y paredes vaginales. Esto es un tiempo indispensable en toda histerecto-

mía pero, en caso de tratamiento de prolapso, debe tenerse especial atención para evitar cualquier relajamiento.

2.) Histerectomía supravaginal con fijación del cuello a la pared abdominal.

Cuando la vagina está tan extraordinariamente laxa y larga que al asegurar el cuello del útero a los pedículos no se consigue evitar su relajamiento, entonces el muñón del cuello puede fijarse directamente a las capas de la pared del vientre.

3.) Histerectomía completa con fijación de la vagina a los pedículos pélvicos.

El tronco vaginal es levantado y los pedículos pélvicos se fijan fuertemente a él, de preferencia con catgut cromizado a la capa

4.) Histerectomía completa con fijación de la vagina a la pared abdominal. —Se cierra el muñón vaginal, se levanta y se fija

con catgut crominazo a la capa aponeurótica de la pared abdominal.

C.) Tratamiento del prolapso por medio de los ligamentos:

I.) Acortamiento de los ligamentos útero-sacros.

Cada ligamento redondo es trasplantado a la pared abdominal ya sea directamente a la zona del músculo recto (Gillian), ya oblicuamente para eliminar las bandas libres en la cavidad, y por lo tanto la posibilidad de una oclusión intestinal (Crossen). o bien el ligamento redondo de cada lado se lleva hacia atrás, a través del ligamento an-

cho, debajo del ligamento útero-ovárico y es fijado a la cara posterior del cuerpo del útero.

El acomodamiento también puede hacerse por medio de pliegues y suturas, hechas a la porción relajada de cada ligamento redondo, corrigiendo así el exceso de flacidez de los tejidos (Mann, Dudley):

D.) Reparación de la fascia útero-púbica, desde arriba):

El fondo de saco vésico-uterino del peritoneo es abierto, la vejiga separada del útero y el plano útero-púbico de la fascia es plegado por medio de suturas que lo doblan transversalmente. (Polk).

E.) Resección del fondo del saco de Douglas. —Preconizado por Forgue, cuando la hernia de di-

cho saco es primitiva, es decir, que precede al descenso del útero. También se ha propuesto a este respecto el acortamiento de los dos pliegues de Douglas y, en casos de prolapsos de tercer grado, la obliteración de este mismo fondo de saco asociada a la colopexia.

II. —*Procedimientos que se practican por vía vaginal*

A.) Utilización del útero para cubrir la abertura vaginal:

1.) Vagino-fijación del útero (Dunren, Winter).

La vejiga es separada de la vagina y del útero, el peritoneo - ■rto y fijado por varios puntos de sutura a la pared vaginal, pero no es llevado abajo de la vajina; después de que la pared

vaginal se cierra, el piso pélvico es separado. (Este es un paso de la operación por interposición).

2.) Interposición vésico-uterina:

Conocida con el nombre de Operación de Watkins-Werthein-Shauta, y aunque la descripción que cada uno de estos autores hace de la técnica, difiere algo de las otras, el fin es el mismo: se trata de formar un medio de sostén a la vejiga, en casos de grandes cistocelos con incontinencia y con retro desviación del útero a través del orificio de una colpomatía anterior y lo incluyen en el desdoblamiento de la pared vaginal anterior. A fin de prevenir la eventualidad de un embarazo posterior, practican una sección tubaria.

Freud describe un procedimiento semejante: por colpomatía posterior, fija el útero, basculado a través de este orificio, a las paredes anteriores y posteriores de la vagina

3.) Amputación vaginal del cuerpo del útero con interposición subvesical del cuello (Landau):

Después de que la vejiga es separada de la pared vaginal y del útero, el peritoneo abierto y el cuerpo del útero bajado como sucede en la operación por interposición regular, se hace la amputación de éste y se fija posteriormente al cuello debajo de la vejiga.

4.) Fijación sub-púbica del cuello del útero (Smith):

Después de la incisión de la pared vaginal y la separación de la vejiga de la vagina y del útero, la superficie anterior del cuello es cuidadosamente suturada a los tejidos del arco púbico, evitando así el prolapso y el cistocelo.

B.) Extirpación vaginal del útero, con fijación especial de pedículo:

1.) Histerectomía vaginal con fijación alta de la vagina.

Después de la extirpación del útero, los pedículos se bajan y se fijan a la pared vaginal, quedando ésta lo suficientemente alta para evitar el relajamiento (Weibel, Werner).

2.) Histerectomía vaginal con fijación baja de los ligamentos redondos.

Después de la extirpación del útero, los ligamentos redondos y demás pedículos pélvicos se fijan debajo del arco púbico, formando una especie de hamaca que servirá de sostén a la vejiga.

C.) Cierre de la vagina: 1.)

Cierre parcial del canal vaginal. (Operación de Le Fort).

Se practica una denudación de la pared vaginal anterior, en una extensión que comprende una tercera parte del ancho de dicha pared posterior y luego se unen estas dos zonas por medio de una sutura, quedando entonces una canal por cada lado, para el paso de las secreciones.

2.) Estrechamiento circular de la entrada vaginal.

Una sutura fuerte, generalmente hecha con hilo de plata,

se pasa subcutáneamente al rededor de toda la entrada vaginal, dejando únicamente un orificio para el paso de las secreciones:

3.) Obliteración a el canal vaginal :

Se desnudan las superficies vaginales salientes y entonces, por medio de suturas circulares hechas preferentemente con catgut cromizado, se lleva a cabo la obliteración del canal.' Dichas suturas principian, por la parte alta, dejando un espacio de una pulgada entre una y otra. Este procedimiento ha sido utilizado principalmente en casos de prolapso vaginal rebelde, subsecuente a una histerectomía vaginal, cuando ésta se hacía como tratamiento del prolapso del útero.

D.) Reparación o reconstrucción del plano que forma la fascia útero-púbica.

1.) Plegadura:

La pared vaginal anterior es incindida y separada de la vejiga y de la fascia y el plano de

tejido conectivo es entonces doblado por suturas dispuestas en hilera, corriendo en sentido ántero-posterior.

2.) Superposición:

La pared vaginal y el plano fascial se inclinan y separan de la vejiga.

Si se desea da fascia de cada lado separándola de la pared vaginal y en seguida se suturan superpuestas las dos fascias asi divididas. (Rawis).

E.) Ligamentopexias:

1.) De los ligamentos redondos:

Fijación de los ligamentos redondos a la superficie anterior del útero; después de la incisión de la vagina, la vejiga se separa de ella y del útero: el peritoneo es abierto y los ligamentos redondos son fijados a la cara del útero, después de bajarlos y paxarlos a través de la abertura peritoneal (Goffe).

(Tomado de la revista "Cirugía", México, D. F.)