

**DIRECTOR:**  
Dr. S. Paredes P.

**REDACTORES:**  
Dr. Manuel Cáceres Vijil  
Dr. Antonio Vidal  
Dr. Guillermo E. Durón

**SECRETARIO DE REDACCION:** Dr. Julio Azpuru España  
**ADMINISTRADOR:** Dr. Ricardo D. Alduvín

Tegucigalpa, Honduras, Centro América.—Junio 30 de 1934

## SUMARIO:

	Pág.
Página de la Dirección . . . . .	449
Disenteria y Operaciones, por el Dr. S. Paredes P. . . . .	450
La Esplenoterapia, por el Dr. J. C. Bayle . . . . .	452
Oración fúnebre, por el Dr. S. Paredes P. . . . .	458
Estudio preliminar de la frecuencia y distribución de las enfermedades tropicales, por el Dr. Earl McKinley . . . . .	460
Jornadas Médicas . . . . .	465
Diagnóstico diferencial entre el glaucoma crónico y la catarata . . . . .	466
Predisposición a la eclamsia . . . . .	467
Tratamiento de la furunculosis con las inyecciones de mercurio, por el Dr. E. Lortat-Jacob . . . . .	469
Hojeando Revistas, por el Dr. Antonio Vidal . . . . .	471
Orientación actual de la anestesia general, por el Profesor E. Forgue . . . . .	474
Contribución al estudio de la Fiebre Biliosa Hemoglobínica . . . . .	478
Virgilio Rodezno, por el Dr. Antonio Vidal . . . . .	490
El Dr. Pablo E. Ayes ha muerto, por el Dr. S. Paredes P. . . . .	491
Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. . . . .	492
La alimentación de los tuberculosos, por el Dr. Jorge Orgaz. . . . .	496
Semiología Urinaria, por O. M. . . . .	499
Las Algias Faciales, por los doctores Th. Alajouanine y R. Thurel . . . . .	503
Notas . . . . .	511

Miembros de la Asociación Médica Hondureña

*SOCIOS HONORARIOS*

- |                           |               |
|---------------------------|---------------|
| 1 Dr. V. Mejía Colindres  | Puerto Cortés |
| 2 Dr. Miguel Paz Baraona  | Washington    |
| 3 Dr. José María Ochoa V. | Comayagua     |

*SOCIOS ACTIVOS "EN TEGUCIGALPA"*

4 Dr. Camilo Figueroa	23 Dr. Ricardo D. Alduvín
5 Dr. Salvador Paredes	24 Dr. José Jorge Callejas
6 Dr. Ramón Valladares	25 Dr. Samuel Molina Gómez
7 Dr. Antonio Vidal	26 Dr. Ernesto Argueta
8 Dr. Héctor Valenzuela	27 Dr. Rubén Andino Aguilar
9 Dr. Tito López Pineda	28 Dr. Humberto Díaz
10 Dr. Alfredo Sagastume	29 Dr. Miguel A. Sánchez
11 Dr. Marco D. Morales	30 Dr. Rafael Rivera L.
12 Dr. Trinidad E. Mendoza	31 Dr. Gabriel R. Aguilar
13 Dr. Manuel Larios C.	32 Dr. Victor Manuel Velásquez
14 Dr. Julio Azpuru España	33 Dr. Francisco Sánchez U.
15 Dr. M. Castillo Barahona	34 Dr. Eduardo R. Coello
16 Dr. Magín Herrera A.	35 Dr. Juan A. Mejía.
17 Dr. José Manuel Dávila	36 Dr. Justo Abarca h.
18 Dr. Manuel G. Zúñiga	37 Dr. Manuel Cáceres Vijil
19 Dr. Romualdo B. Zepeda	38 Dr. Guillermo E. Durón.
20 Dr. Abelardo Pineda U.	39 Dr. Fernando Marichal S.
21 Dr. Pastor Gómez h.	40 Dr. Henry D. Guilbert
22 Dr. Isidoro Mejía h.	41 Dr. Roberto Lázarus

*"Fuera de Tegucigalpa"*

1 Dr. Isidoro Acosta,	Progreso
2 Dr. Pío Suárez,	Yoro
3 Dr. Pompilio Romero,	Olanchito
4 Dr. Guadalupe Reyes,	San Pedro Sula
5 Dr. José Martínez O.,	San Pedro Sula
6 Dr. Presentación Centeno,	San Pedro Sula
7 Dr. Román Bográn,	Nueva York
8 Dr. Manuel Morales,	San Pedro Sula
9 Dr. Cornelio Moncada C.,	" " "
10 Dr. Rafael Martínez V.,	La Lima
11 Dr. Juan V. Moncada,	La Ceiba
12 Dr. Francisco A. Matute,	" "

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

13 Dr. Tullo Castañeda,	La Ceiba
14 Dr. Gregorio A. Lobo,	Catacamas
15 Dr. Juan F. Mairena,	Danlí
16 Dr. Carlos J. Pinel,	Choluteca
17 Dr. Manuel Corrales,	San Marcos de Colón
18 Dr. Francisco Guillén Aguilar,	" " " "
19 Dr. Gustavo Boquín,	Comayagua
20 Dr. Dr. Lorenzo Cervantes,	La Paz
21 Dr. J. Miguel Zacapa,	" "
22 Dr. Adán Bonilla Contreras,	Santa Rosa de Copán
23 Dr. Rafael Muñoz Cabañas,	Mataitaca (Gracias)
24 Dr. Luciano Milla Cisneros,	Guatemala
25 Dr. Ramón López Cobos,	Santa Rosa de Copán
26 Dr. Marco Antonio Rodríguez,	" " " "
27 Dr. Domingo Rosa,	Ocotepeque.
28 Dr. Virgilio Rodezno,	Ocotepeque
29 Dr. Emigdio Mena,	Santa Bárbara
30 Dr. Guillermo Pineda,	Trinidad (Sta Bárbara)
31 Dr. Ricardo Aguilar,	Quiriguá (Rep. de Guatemala)
32 Dr. Arturo Zelaya Z.,	Tela
33 Dr. J. Jesús Casco,	"
34 Dr. Gabriel A. Izaguirre,	La Ceiba
35 Dr. Manuel L. Aguilar,	Choluteca
36 Dr. José Leonardo Godoy,	San Pedro Sula
37 Dr. J. Antonio Peraza,	" " "
38 Dr. L. R. Fletcher,	Puerto Castilla
39 Dr. Aristides Girón Aguilar,	París
40 Dr. Francisco Valle M.,	Ocotepeque
41 Dr. Guillermo Bustillo Oliva,	Baltimore
42 Dr. Carlos Pinel h.,	Tela
43 Dr. Ramón Reyes Ramírez,	Trujillo
44 Dr. Emilio Gómez Rovelo,	La Ceiba.
45 Dr. Roberto Gómez R.,	Trujillo.
46 Dr. E. A. Maure,	Tela.

---

**DIRECTOR: Dr.**  
S. Paredes P.  
**REDACTORES: Dr.**  
Manuel Cáceres Vijil

Dr. Antonio Vidal  
SECRETARIO DE REDACCIÓN:  
Dr. Julio Azpuru España

Dr. Guillermo E. Durón  
ADMINISTRADOR:  
Dr. Ricardo D. Alduvín

---

**Año IV | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Junio de 1934 I N° 44**

---

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*C071 el mayor desagrado hemos seguido paso a: paso el curso de las discusiones entre la Facultad de Medicina y algunos señores Farmacéuticos, referentes ti exámenes de empíricos, ejercicio de la Farmacia por los Médicos, exámenes en la Facultad, violaciones de la Ley, etc., cuyas consecuencias serán en último término perjudiciales para todo el gremio médico. No de hoy, sino de siempre el público adversa sistemáticamente la Facultad de Medicina por el horrendo crimen de ejercer, de acuerdo con la ley, las funciones de vigilante supremo de las cuestiones que atañen directamente la salud pública en los ramos de la ciencia médica.*

*Que el público profano e ignorante proteste por la aplicación déla ley no asombra, lo inaudito, lo inconcebible es que los individuos más obligados a cumplirla y hacerla cumplir sean los primeros en negarse a respetar sus mandamientos. Con el pretexto de que la ley es mala, algunos, de que las autoridades son arbitrarias, otros, o de que son poderosos los de más allá, todos rehuyen acatarla.*

*Hace apenas cuatro años fue establecida da Escuela de Farmacia con el propósito de facilitar los estudios y llenar con los nuevos profesionales el gran número de plazas vacantes en la República. Tres señores Farmacéuticos pusieron sus entusiasmos "al servicio de la escuela desplegando energías y optimismo para obtener el mayor suceso. Las cosas marchaban bien hasta este año en que, con motivo de ciertas complacencias muy reprobables, el Decano se vio obligado a llamar seriamente la atención a varios réplicas para mantener el orden, la disciplina y el prestigio de la Facultad De entonces para-acá se quiso ver en todos los actos de aquel funcionario una hostilidad que no era sino el decidido empeño de mejorar la enseñanza y establecer un principio general de justicia y moral profesional.*

*Hace algunos años la Facultad sostuvo por largo tiempo, fundada en la ley aplicada así por muchos lustros, la tesis que solo los Farmacéuticos podían ejercer la Farmacia; en los lugares don-*

## DISENTERIA Y OPERACIONES

Un verdadero problema constituye entre nosotros la complicación frecuentísima en los primeros días de una intervención quirúrgica, manifestada por el apareamiento brusco, repentino de un acceso agudo de disentería. A las 24.48 o 72 horas de una operación cualquiera, pero - sobre todo de una laparotomía, aparecen dolores intestinales, vagos al principio, más y más intensos después, acompañados de tenesmo, de evacuaciones mucosas y luego muco-sanguinolentas, temperatura y un quebrantamiento general. Cuando el cuadro es completo la dificultad no existe en hacer pronto el diagnóstico y tratamiento precoces; por desgracia no siempre es así, encontramos sólo dolores abdominales o sólo eleva-

ción de temperatura o ambos a la vez sin deyecciones; entonces aparecen en la mente las sospechas de una peritonitis, máxime si aún persisten vómitos anestésicos.

Una serie de eventualidades puede presentarse: el individuo es un antiguo disentérico que ha padecido de ataques francos de disentería, en una época más o menos próxima, perfectamente diagnosticada y tratada suficientemente o insuficientemente: el paciente jamás ha padecido de disentería, pero sí de trastornos gastrointestinales consistentes en malas digestiones, sensación de pesantez, acideces, flatulencias y sobre todo constipación y vagos dolores en el cuadro cólico; el enfermo de nada ha pa-

*de no hubiera, los otros individuos autorizados. A pesar del ardor de nuestra defensa perdimos la partida porque la Corte Suprema de Justicia falló en contra nuestra; en contra de los intereses de los farmacéuticos. El Decano actual se esfuerza hasta lo indecible por proteger ese gremio y la industria nacional farmacéutica de acuerdo con la ley y con sus anhelos nobilísimos de dotar -al país de tan indispensables elementos de salud y de vida.*

*Parece que un espíritu malévolo asusara la mente de algunos señores para introducir la discordia y desbarajuste en un centro tan respetable y tan prestigiado en estos momentos en que, gracias a la devoción que llega a los linderos de la locura del Decano Doctor Alduvin, la Facultad de Medicina ocupa el puesto de honor que merece en el mecanismo de la vida nacional.*

*Nosotros al lamentar los incidentes ocurridos queremos dejar constancia, en este órgano del gremio médico, de nuestra absoluta confianza y solidaridad con la Junta Directiva de la Facultad de Medicina por sus procedimientos correctos, en un todo ajustados U la Ley y al ideal de la Asociación Médica Hondureña de cooperar decididamente en las instituciones nacionales del resorte médico.*

*Tegucigalpa, Junio 8 de 1934.*

decido, que él recuerde, en su abdomen.

Si el cirujano tiene la precaución de hacer exámenes **sistemáticos** de materias, en gran número de casos encontrará resalta- dos positivos, y entonces no lo tomará por sorpresa el episodio disentérico. En el caso contrario se verá en serios apuros para explicarse el cuadro doloroso.

En el Hospital General de esta ciudad tenemos ocasión de observar con una frecuencia desesperante y con caracteres de verdadera gravedad infinidad de casos serios que ponen la vida del paciente en peligro inminente.

Felizmente la repetición continuada de tan espantosa peste nos tiene ya instruidos en la posibilidad de encontrarnos con un ataque de disentería.

Las probabilidades son tanto más seguras cuanto más profundo es el shok operatorio. Repito que es en las operaciones abdominales es donde la frecuencia es mayor.

Incontables son los casos en mi práctica para citarlos uno por uno. Sírvenme para muestra el acaecido en *los* últimos días del mes de abril: una señora de 58 años es operada por una recidiva cancerosa del seno **izquierdo**; resección de tercera, cuarta y quinta costillas a la anestesia local; después de tremendo shok la enferma se siente perfectamente al siguiente día y los sucesivos; al quinto, fuerte elevación de temperatura y dolores abdominales, evacuaciones mu-

cosas muy frecuentes que al examen muestran la presencia de abundantes amibas activas. Tratada por inyecciones de 4 centigramos mañana y tarde de clorhidrato de emetina, aquel síndrome desaparece en 4 días. Aunque débil la paciente hace la cicatriz de la herida torácica por primera intención en doce días, al cabo de los cuales se levanta. Dos días después vuelven los accidentes disentéricos con una violencia tal que la señora muere en término de 48 horas en medio de tremendos dolores y una diarrea que nada fue capaz de contener.

Por fortuna no todos los casos son de tan extremada gravedad, la mayor parte son si no de carácter benigno, si fáciles de dominar. Yo podría citar entre cientos de observaciones unos tres muertos, pero todos indudablemente fueron diagnosticados y tratados a tiempo.

El objeto principal de estas líneas es llamar seriamente la atención de los señores cirujanos sobre el riesgo frecuente que existe en nuestra zona de trabajo de ver sobrevenir en operados un síndrome más o menos grave de disentería. No hay que confiarse del examen negativo previo a la operación ni del practicado después; muchas veces no se encuentran amibas y solo la eficacia del tratamiento específico sirve para rotular el accidente como un episodio franco de disentería aguda.

C. Paredes P.

## LA ESPLENOTERAPIA

*Tratamiento general de la tuberculosis*

por el Dr. J. C. BAYLE

*Laureado de la Academia, de Medicina de París (Bruxelles-Médical, agosto 27 de 1933)*

*La opoterapia esplénica constituye, por su admirable acción sobre el medio sanguíneo, el más poderoso tratamiento general de la tuberculosis. Ella cicatriza las lesiones y hace desaparecer los bacilos. Ella es, además, el complemento indispensable del Neumotorax.*

La esplenoterapia, cuya acción sobre la tuberculosis he descubierto (trabajos por los cuales la Academia de Medicina me ha otorgado, en 1931, el premio Boggio) es hoy día un tratamiento clásico: este tratamiento permite obtener resultados inmediatos y durables en las anemias, y mejorías rápidas y curaciones sólidas en las diferentes formas de la tuberculosis. Una actividad no inferior a la de ningún otro tratamiento general, una inocuidad absoluta, la ausencia de contraindicaciones, la posibilidad de emplearla en todos los tuberculosos, aun en los febriles y congestivos, sea cual fuera el estado de su hígado y de sus riñones: tales son las características de este método, características que le aseguran un puesto privilegiado.

Agrego, de mi parte, que esta terapia puede asociarse muy bien a los tratamientos locales, como ser la inmovilización (neumotórax para el pulmón, aparatos enyesados para la osteoartritis), tratamientos que guardan todas sus indicaciones, pero que, por mérito de la esplenoterapia, pueden reducirse considerablemente en su duración.

Este método no es ciego: el se basa sobre los métodos científicos reales, que analizaremos, en el campo de la fisiología, de la tuberculosis experimental y de la clínica.

Desde el punto de vista fisiológico, haciendo notar, empero, que el extracto de bazo, tomado por vía gástrica, tiene las mismas propiedades, hablaremos de los efectos de las inyecciones.

Ellas hacen aumentar en proporción considerable el número de los hematíes, siendo que Simón y Spillman, con cuatro inyecciones han hecho subir el número de los glóbulos rojos, en el cavia, desde 4.988.000 a 6.888.000 y que yo mismo, en el hombre tuberculoso con 3.800.000 hematíes he visto aumentar éstos a 6.200.000 a las 43 horas, aproximadamente, de la según-

da inyección. Esta aumenta el número de los linfocitos y modifica la fórmula leucocitaria hacia la linfocitosis, realizando, así, la fórmula de curación de Bezancon. También hace aumentar la tasa de la hemoglobina: en una niña de 14 años, gravemente atacada, he visto subir la cantidad de la hemoglobina, en el lapso de poco más de un año, de 40% a 86%. obteniendo así, sobre la tasa inicial, un aumento del 114%.

A mi se debe la demostración de que el bazo tiene una función (la función coloidogénica, en 1908) reguladora del estado coloidal de la sangre y de que las inyecciones de extracto esplénico arrestan la desmineralización por disminución de la eliminación de los fosfatos y del calcio, resultado que Harrower, Hall y Ahabedian han confirmado, encontrando que hay, en ese caso, aumento del ion calcio de la sangre.

Si a ésto añado la acción del bazo sobre la digestión (Schiff, Herzen, Bellamy,) sobre la asimilación de los carbo-hidratos (Charles Richet), la acción in vitro del extracto esplénico sobre el crecimiento del tejido conjuntivo (Carrel), la progresiva desaparición de los bacilos de Koch en los enfermos tratados y por fin la contractilidad del bazo (Binet) puesta en juego a cada inyección, puede verse, al través de esta rápida exposición, que las bases fisiológicas del método son amplias y sólidas.

Inyectamos ahora, extractos de bazo a cavíos inoculados con tuberculosis. Comprobare-

mos, como lo he observado yo mismo con regularidad, en los animales tratados una supervivencia doble, un adelgazamiento menos rápido, lesiones menos extensas con cantidad mucho menor de bacilos y alrededor de ellas una zona de defensa de tejido fibroso.

Trasladémonos ahora & la clínica. Todo aquello se traduce, en el enfermo tuberculoso en una mejoría considerable del estado general, que empieza casi de inmediato, ya en la primera o segunda semana del tratamiento, con la recoloración de las mucosas y de la piel y el rápido retorno de las fuerzas, Muy pronto se modifica el peso: el aumento es rápido: el enfermo gana con frecuencia 3 kilos y más en las primeras 2-3 semanas. He visto aumentos mucho más notables y no efímeros, sino persistentes, y aun aumento de 12 kilos en un año puede considerarse un término medio muy moderado. Sigue, ya desde la segunda quincena, la mejoría de la tos y de la expectoración. Esta disminuye notablemente, en general, desde el segundo mes. Los hematíes aumentan rápidamente su número, pasan, p. e., de 3.800.000 a 6.000.000 a las 24 horas de la segunda inyección. Este aumento persiste, con pocas modificaciones, aun en los períodos de reposo del tratamiento y con frecuencia, cesado éste, persisten los hematíes a un nivel superior al normal. La hemoglobina aumenta menos bruscamente, pero sí con ritmo progresivo y de un modo notable, que puede ser de un 25% en ciertos



casos aún mucho más (he encontrado hasta un 114%).

Los signos de auscultación son, en general, muy mejorados ya en los primeros tres meses, habiendo desaparecido, generalmente, ya los rales secos y comprobando la radioscopia una mayor amplitud de movimientos respiratorios. Hacia el sexto-séptimo mes, la radiografía se aclara y, más tarde, se comprueba sea la regresión de las lesiones, sea su calcificación. La eliminación del calcio y del fósforo se aproxima rápidamente a la normal. Por fin, los bacilos se hacen más escasos, se vuelven granulosos y lo más de las veces desaparecen.

Estos resultados pueden conseguirse con la ingestión de una dosis conveniente de bazo crudo, como yo hacía en el principio de mis investigaciones. Pero el órgano crudo es repugnante y difícilmente aceptado por los enfermos y no presenta las mismas garantías de salubridad que los extractos bien preparados, no debiéndose olvidar que el bazo, en las enfermedades infecciosas, siempre es asiento de una acumulación de bacterias. Por otra parte, la ingestión de bazo crudo es muy inferior a la inyección de extractos bien preparados. Pero no todos los extractos convienen, debiéndose rechazar los que a consecuencias de manipulaciones complicadas han matado el estado vivo del órgano o son simplemente extractos parciales, como los extractos secos, los lipoides y los lípidos, con los cuales no se podría pretender hacer esplenoterapia.

Igualmente deben rechazarse las mezclas de extractos de bazo y de médula ósea, o de hígado, mucho menos activos, debido al antagonismo de las glándulas. También conviene tener presente que la concentración hace alterar los principios activos, siendo la única cosa de interés la actividad fisiológica y terapéutica del extracto.

En resumida cuenta: la opoterapia esplénica no puede hacerse sino con un extracto esplénico puro, total, líquido y cuyo estado coloidal no haya sido alterado por los manipulados de la preparación.

Para la vía hipodérmica, yo lo hago preparar en ampollas de 5 cc. Para la vía bucal, empleo un jarabe que corresponde a 25 gramos de bazo por cucharada, o unas ampollas que contienen una cantidad equivalente y son especialmente indicadas para diabéticos y dispépticos.

Efectúo el tratamiento de la manera siguiente: períodos de tratamientos en 22 días, se alternan con períodos de reposo de ocho.

En los días del tratamiento, el enfermo toma, cada día, por vía bucal, después de las tres cernidas, una cucharada sopera de jarabe, cortada con igual cantidad de agua, o bien dos cucharadas soperas luego de las comidas del medio día y de la tarde, y al mismo tiempo recibe 12 inyecciones, en los 22 días, haciendo una inyección el primero y segundo días, suspendiendo al tercer y cuarto, reanudando al quinto y sexto, etc.

En los períodos de reposo, se suspenderán lo mismo la vía bucal que la hipodérmica.

Las inspecciones no producen reacción febril ni anafiláctica; deben hacerse las intramusculares, en el tercio superior de la nalga, o bien subcutáneas, sea en la región abdominal que en la escapular.

También puede acudir a la sola vía hipodérmica o la sola vía bucal. Si se emplea únicamente esta última en un caso grave, es necesario aumentar la dosis, pudiéndose duplicar, sin inconveniente.

Los frascos-ampollas para uso gástrico se emplean, por lo general, a la dosis de dos diarios: su actividad parece aumentar si se los toma una hora antes de la comida.

En el niño por debajo de los cinco años, se inyectará 1 c. c. de extracto inyectable por cada año de edad.

Del jarabe se dará 1-2 cucharadas de las de café hasta los tres años, 2-3 hasta los cinco años, una a dos cucharadas soperas hasta los 10 años, etc.

En las anemias, sea cual fuere su naturaleza, la técnica es la misma que para la tuberculosis.

#### ESPLENOTERAPIA Y NEUMOTORAX

Le esplenoterapia es un método general: el neumotórax es un tratamiento local, es el enyesado del pulmón. Los dos métodos no se hacen, pues, la competencia y se los puede asociar para mayor provecho del enfermo.

1° Cuando el neumotórax está contraindicado o es imposible, la esplenoterapia puede, por sí sola, producir la curación, hasta en los casos graves.

2° En los enfermos tratados por el neumotórax, la esplenoterapia, aumentando el número de glóbulos y la tasa de la hemoglobina, hace que sea mayor la superficie oxidable de la sangre y compensa la disminución de la superficie respiratoria provocada por el colapso pulmonar. Ella acentúa el colapso pulmonar, permitiendo la misma mantiene y acentúa los resultados obtenidos.

Es inútil agregar que la esplenoterapia, por las mismas razones favorece la hematosís con una amplitud respiratoria menor. Mejora, al mismo tiempo, el estado general de los colapsos y acelera la cicatrización, de las lesiones.

Este resultado es particularmente tangible en los casos en que es necesario suspender prematuramente el neumotórax.

3° Luego de la supresión del neumotórax, la esplenoterapia mantiene y acentúa los resultados obtenidos.

Es inútil agregar que la esplenoterapia, por las mismas razones se asocia también a la frenicectomía, a la toracoplastia y a la aficolisis.

#### ESPLENOTERAPIA Y CURA DE ALTITUD

La esplenoterapia actúa en el mismo sentido que la cura de altitud y puede perfectamente emplearse junto a ella, reforzando su acción.

En las formas que la altitud está contraindicada, ella permite obtener en lugares de altitud baja o mediana los mismos resultados que se consiguen en las grandes altitudes, por su acción sobre los glóbulos y la hemoglobina.

Ella no está contraindicada ni en los hemoptóicos (en los cuales desarrolla una acción hemostática) ni en los febricitantes (de los cuales hace bajar la temperatura).

#### INDICACIONES Y

#### CONTRAINDICACIONES

1º Indicaciones a título preventivo. La esplenoterapia está indicada en la convalecencia de las enfermedades graves, las anemias, el *surmenage*, el embarazo si apenas empiezan a declinar las condiciones generales, los antecedentes tuberculosos y en los sujetos expuestos al contagio tubercular.

2º Indicaciones a título curativo. La esplenoterapia está indicada en todas las formas agudas o crónicas de la tuberculosis, sea en las formas tuberculares que en las serosas (pleuresía, peritonitis y hasta meningitis), en las tuberculosis ganglionares, genitales y osteoarticulares. En estas últimas ella permite reducir mucho el tiempo de la inmovilización (p. e.: ocho meses en vez de tres años).

3º Contraindicaciones. La esplenoterapia no conoce hasta la fecha contraindicaciones, pero hay casos en que no hay esperanza alguna, a pesar de mejoras efímeras, de obtener un resultado duradero.

#### RESULTADOS

Los primeros efectos del tratamiento son rápidos: desaparición del estado anémico, reparación de las fuerzas, aumento, a menudo brusco, del peso. Esto ya se nota a las 3-4 semanas de iniciado el tratamiento, pudiendo el aumento de peso alcanzar ya en ese tiempo los tres y cuatro kilogramos. El examen de la sangre revela, ya en las primeras 48 horas, un aumento de 1-2 millones, y aun más de hematíes, al cual sigue, hacia el 15<sup>1</sup>º día de tratamiento, el aumento de la hemoglobina.

Estos efectos no son pasajeros, a pesar de alguna tregua pasajera: ellos persisten y se acentúan con el progresar de la cura. Al cabo de dos meses, tos y espectoración, generalmente, han disminuido. La radiografía se hace más clara, de costumbre, desde el séptimo al octavo mes y más tarde muestra la curación por resolución o por calcificación. En cuanto a los bacilos, ellos disminuyen o desaparecen rápidamente en los casos livianos y en el 50% de los casos graves.

Un gran número de casos fueron tratados y excelentes resultados han sido señalados desde tiempo por mí mismo y, en trabajos recientes, por otros autores. Es difícil dar estadísticas, puesto que los resultados obtenidos varían según la gravedad de los casos. Citaré simplemente, como ejemplo, sin contar mis observaciones personales, dos estadísticas de casos graves una

---

de casos pulmonares y otra de formas quirúrgicas.

Armand-Delille, sobre 26 casos pulmonares desesperados tratados (período de 1926 a 1928) obtuvo 11 mejorías y 10 curaciones (o casos en plena vía de curación).

Fliegel, de Viena, sobre 20 casos de tuberculosis osteo-articulares que él consideraba como incurables, que eran portadores de fístulas insanables y en los cuales todo había fracasado, obtuvo 18 éxitos. Ya desde los primeros días notó que las llagas atónicas presentaban buenas

granulaciones, la temperatura bajaba, las secreciones cesaban, Varias fístulas se cerraron en el espacio de 1 a 2 meses. Un enfermo aumentó de 5, 500 kgs. en tres semanas y ya había, al cabo de diez semanas, cinco curaciones completas. Estos resultados, obtenidos en casos particularmente graves, muestran claramente lo que puede esperarse en los casos livianos o medios.

Sabbagha, p. e., nota, sobre 108 casos pulmonares de mediana gravedad, resultados constantes.

Resultados concordantes han sido publicados recientemente, por muchos autores, especialmente por Loffler, Ruttgers y Kamsler, Mattauch, Mahlo, Hutter, Leitner.

En Italia, Piazza, Russo, Gio-

vonni de Santis han publicado igualmente resultados satisfactorios, que también vienen a corroborar los que yo he obtenido desde largo tiempo y publicado.

Revista Médica Sudamericana

## ORACION FUNEBRE

Como un golpe de maza formidable experimentan la Facultad de Medicina, Cirujía y Farmacia y la Asociación Médica Hondureña, al troncharse en plena florescencia la vida transparente y llena de ilusiones de este joven que aprendió solo a cosechar laureles; la vida, cristalización toda del amor de una pareja de padres modelos que fueron deshojando la suya para formar un hijo útil, un hijo excelente, que correspondió al sacrificio de tantos años brindándoles con respeto y solicitud exquisitos, los triunfos de su diaria faena y la gratitud profunda de las gentes por él vueltas a la salud y a la vida, arrancadas en lucha desesperada de las garras tremendas de la muerte, gracias al prodigio de su diestro y firme cuchillo.

Cuatro años apenas tenía Cornelio Moncada Córdova de haber obtenido con brillantéz su título profesional en la Universidad de Berlín, donde, bajo la dirección de sabios maestros como Wagner y Sauerbruch, aprendió y amó con pasión entrañable, el único modo de amar, ese arte sublime, esa ciencia preciosa: la Cirugía.

Porque el hijo modelo, calor único del hogar, se marcha; porque el joven honrado, laborioso, inteligente e instruido, de suaves modales y trato dulcísimo desaparece; porque el cirujano competente deja un hueco profundo en la ciencia médica nacional, difícilmente sustituible; porque en estos crudos tiempos de molición, de indiferencia, de pereza y de maldad ya no nacen ejemplares de tan raras y espléndidas condiciones y porque la Patria adolorida en los momentos que más necesita de nuevas energías para salvarse y de valores positivos que impidan el derrumbamiento, siempre en amenaza de nuestro país, desaparecen en la primavera de la existencia, la Asociación Médica Hondureña y la Facultad de Medicina vienen aquí, por mi medio, a rendir homenaje de su admiración y afecto ante los fríos despojos del ayer roble robusto, de CORNELIO MONCADA CORDOVA.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, junio, 4 de 1934.



Dr.  
Cornelio  
Moneada  
Córdova

## Estudio preliminar de la frecuencia y distribución de las enfermedades tropicales

### INTRODUCCIÓN

*Por el Dr. EARL B. McKINLEY  
Consejo Nacional de Investigación,  
Washington, D. C.*

En la primavera de 1933, el presidente de la División de Ciencias Médicas del Consejo Nacional de Investigación, de Washington, designó una comisión encargada de realizar un estudio preliminar de la frecuencia y distribución de las enfermedades tropicales y otras varias en los climas cálidos. El objeto de la encuesta es obtener datos recientes acerca de; asunto, y averiguar si esos males están considerados como importantes problemas sanitarios en las zonas donde existen. Siempre que es posible, los datos aportados por el cuestionario son cotejadas con los últimos informes publicados por las autoridades sanitarias del país correspondiente. Sin embargo, no resulta posible hacerlo en todos los casos, que por lo menos algunos países han abandonado la publicación de sus informes anuales (para distribución general) durante la crisis económica que afecta al mundo entero.

La comisión encargada del estudio adoptó este método de obtener datos, tratando de determinar la intensidad del problema que confronta a varios países de las zonas cálidas, en

particular de lo tocante a las principales enfermedades; por ejemplo, sería de mucha importancia saber algo acerca de la magnitud del problema de la esquistosomiasis, el de la lepra, el del paludismo, etc. En otras palabras, trátase de obtener un cuadro de actualidad de esos distintos problemas, una instantánea, por decirlo así, del problema de las afecciones tropicales en conjunto. Huelga decir que los datos obtenidos sólo serán aproximados, pero compilados en masa y analizados hasta donde sea posible, resultarán útiles a todos los países e individuos interesados en la medicina tropical. La encuesta también ayudará a avivar el interés en esta rama de la medicina, y quizás permita obtener apoyo económico y de otro género para aplicar los conocimientos existentes al dominio de la enfermedad, así como a la investigación.

Las respuestas recibidas durante los últimos seis meses ya han sido muy alentadoras, pero todavía no han llegado a manos del comité los datos de muchos países a que se enviara el cuestionario. Este aparece a continuación.

*Instrucciones para el  
cuestionario*

NOTA.—La ayuda de Ud. en enviar la información solicitada en el cuestionario adjunto, será muy apreciada. Este cuestionario es enviado a todos los países del mundo situados en la zona tropical, teniéndose el propósito de publicar los datos así obtenidos en un informe preliminar, junto con los derivados de la literatura, los informes sanitarios y las investigaciones personales. Una copia del informe, una vez preparado, será enviada a Ud. En este estudio preliminar se basarán los planes para realizar una encuesta más extensa y minuciosa, por lo cual la colaboración de Ud. será muy estimada, y resultará del mayor valor.

Explicando la forma que toma el cuestionario, cabe decir que contiene un bosquejo de los datos deseados, seguido de una *lista* de las enfermedades sobre las cuales desean informes. Convendría que las enfermedades fueran mencionadas en e\* orden en que aparecen enumeradas. Los datos negativos también son valiosos, y si una enfermedad jamás ha existido en la zona del firmante, debe indicarse el hecho con claridad. Donde hay subclasificaciones, se desea un informe sobre cada variedad o forma de la enfermedad; por ejemplo: Paludismo: Terciana benigna, Paludismo: Cuartana, Paludismo: Subterciana, deben ser, para los fines de este informe, tratadas como distintas dolencias.

La comisión agradecería que Ud. le brindara su opinión acerca de los siguientes puntos, pues las respuestas ayudarán a formular planes subsecuentes para un estudio más detenido de las enfermedades tropicales.

1. ¿Cree Ud. que sería de valor para Ud. y para su país tener a su disposición el resultado de un estudio detenido de las enfermedades tropicales en todo el mundo?

2. ¿Cree Ud. que un estudio de ese género, que necesitará años para terminar, será de marcado valor a la medicina científica y a la organización sanitaria?

3. ¿Cree Ud. que un estudio de ese género ayudará en el ramo de la enseñanza médica en lo tocante a la medicina tropical?

4. Nombre y título del individuo que **devuelve** el cuestionario:

5. Ciudad .....País .....

6. Fecha .....

Ya completo, hasta donde sea factible, el cuestionario, sirva • se remitirlo al Dr. B. McKinley, Director de Estudios, Encuesta sobre las Enfermedades Tropicales, National Council, Washington, D. C, E.U.A.

*Comisión Asesora*

Dr. Frederick P. Gay, *Presidente; Universidad de Columbia, Nueva York*, Miembro *ex-officio*: El presidente de la División de Ciencias Médicas, **Consejo** Nacional de Investigación, Washington, D. C.



Dr. Richard P. Strong, *Universidad de Harvard, Boston.*

Dr. Theobald Smith, *Instituto Rockefeller, Princeton.*

Dr. Earl B. McKinley, Director de Estudios, Encuesta sobre las Enfermedades Tropicales, Consejo Nacional de Investigación (National Research Council), Washington, E.U.A.

(Sírvese usar este bosquejo como guía al remitir sus datos.)

A. Deben enviarse datos para cada enfermedad, y en particular los siguientes, si se hallan disponibles o no son aplicables:

1. Nombre de la enfermedad.
2. ¿Existe la enfermedad actualmente en alguna parte del país de Ud.? En ese caso, mencione sucintamente su distribución con respecto a los Estados, Provincias, o Departamentos en que exista.
3. Dé el número aproximado de casos de la enfermedad que hubo en 1933.
4. Si la enfermedad es transmitida por insectos, diga si se halla o no presente el vector; si hay más de un vector, enumere las variedades o especies que figuran en la transmisión y existen en el país Tratóndose de enfermedades causadas por protozoos tales como los cestodos, etc., diga si se halla presente o no el huésped intermedio, dando el nombre o nombres de todos ellos.
5. Diga si la enfermedad está o no considerada como

importante problema sanitario.

6. Si la enfermedad jamás ha existido en el país o zona a que se refiere Ud., sírvase consignarlo así.

I. Enfermedades Tropicales

1. Paludismo: (a) Terciana benigna; (b) Cuartana; (c) Subterciana.
2. Fiebre hemoglobinúrica.
3. Piroplasmosis.
4. Leishmaniasis: (a) Kala-azar; (b) Botón de Oriente; (c) Espundia.
5. Fiebre recurrente: (a) *S. recurrentis*; (b) *S. duttoni*; (c) *S. venezuelense*; (d) *S. berberun*.
6. Sodokú.
7. Fiebre amarilla.
8. Dengue.
9. Fiebre papatasí.
10. Peste.
11. Tifo.
12. Tripanosomiasis humana: (a) Africana (*T. gambiense*); (b) Africana (*T. rhodesiense*); (c) Sudamericana (*T. Cruzi*).
13. Fiebre de la Oroya (Verruga peruana.)
14. Fiebre ondulante.
15. Lepra.
16. Sífilis.
17. Frambesia (bubas, pian).
18. Granuloma inguinal (no confundir con la Linfogranulomatosis inguinal o bubón climático).
19. Tularemia.
20. Viruela.
21. Amibiasis (Disentería amibiana).
22. Disentería balantidiana.
23. Disentería bacilar.
24. Cólera.
25. Tifoidea.

26. Paratifoidea.
27. Esprúo.
28. Diarreas de las montañas (India).
29. Ascariasis.
30. Uncinariasis y anquilostomiasis.
31. Giardiasis (enteritis)
32. Tricomoniiasis.
33. "Hígado tropical" (Hepatitis tropical.)
34. Cirrosis biliar de los niños.
35. Esquistosomiasis: (a) urinaria; (&) intestinal; (c) visceral; (d) del Extremo Oriente.
36. Filariasis: (a) *F. bancrofti*; (&) *Loa loa*; (c) *O. volvulus* (oncocerciasis); (d) *F. pers-tans*; (e) *F. demarquayi*; (f) *F. ozzardi*.
38. Elefantiasis.
37. Nodulos yuxtaarticulares.
39. Quiluria.
40. Dracontiasis: *D. medinensis*.
41. Paragonimiasis: (a) *P. rin-geri*; (b) *P. westermanii*; (c) *F. compactus*.
42. Clonorquiasis (a) *C. sinensis*; (&) *Opisthorchis felinus*.
43. Fasciolidos; (a) *Fasciola hepática*; (b) *Fasciolopsis buskii*.
44. Cestodos: (a) *Taenia saginata*; (b) *Taenia solium*; (c) *Dibothriocephalus latius*; (d) *Hymenolepis nana*; (e) *Sparganum mansoni*; (f) *S. prolifer*.
45. Tricocefalosis: (a) *Trichuris trichiura*; (b) *Hepaticola hepática*.

46. Triquineliasis: *Trichiella spiralis*.
47. Bubón Climático (Linfogranulomatosis inguinal).
48. Rinopsporidiosis.
49. Goundou.
50. Ainhum.
51. Hipertrofia endécima del calcáneo.
52. Miiasis;(a) Subcutánea; (D) Larvas /'hematófagas); (c) Intestinal; (d) Lineal (*Larva migrans*).
53. Infestación por sanguijuelas.
54. Leucodermia.
55. Queloides.
56. Úlcera tropical.
57. Albinismo.
58. Úlcera séptica (del desierto).
59. Pénfigo contagioso.
60. Dermatitis ulcerada.
61. Pie de Madura (micetomá podal).
52. Otros micetomas.
63. Blastomicosis.
64. Pie musgoso.
65. Pitiriasis negra.
66. Pitiriasis versicolor.
67. Prurito del Dhobie tiña de los lavaderos).
68. Seborrea.
69. Pinto (carate, ccara).
70. Tina imbricata (tokelau.)
71. Tricosporia (piedra).
72. Tricomicosis.
73. Ermatosis acaridiana
74. Hidropesía epidémica.
75. Neuritis periférica.
76. Beriberi.
77. Pelagra.
78. Escorbuto.
79. Desnutrición general o hipoalimentación.
80. Termoplejía.
- II. Enfermedades consideradas habitualmente como de los climas templados
- Nota.—La frecuencia y distribución de las siguientes enfermedades revisten también mucho interés, desde el punto de vista de la medicina en los países de la zona templada.
1. Escarlatina.
  2. Difteria.
  3. Sarampión.
  4. Rubéola epidémica.
  5. Varicela.
  6. Meningitis epidémica.
  7. Poliomiélitis.
  8. Encefalitis epidémica.
  9. Neurosíflis.
  10. Influenza.
  11. Coriza común.
  12. Neumonía y bronconeumonía.
  13. Colelitiasis.
  14. Urolitiasis.
  15. Nefritis.
  16. Diabetes.
  17. Anemia perniciosa.
  18. Osteomielitis.
  19. Tuberculosis: (a) Pulmonar; (b) Osea; (c) Cutánea.
  20. Cáncer (todas las formas). (indique cualquier característica especial).
  21. Tracoma.
  22. Enfermedad de Weil (Espiriloquetosis ícterohemorrágica).
  23. Tsutsugamushi (fiebre fluvial japonesa).
  24. Rabia.
  25. Dermatitis extrañas.
  26. Bocio.
  27. Fiebre reumática (reumatismo agudo).
  28. Artritis (anespecífica).
  29. Raquitismo.

## JORNADAS MEDICAS

El 20 de julio próximo se inaugurarán en esta capital las Jornadas que con motivo de cumplirse en ese día el quinto año de su fundación celebrará la Asociación Médica Hondureña.

Todos los espíritus empapados en la alta y noble ideología de la sociedad ansiosos esperan el acontecimiento para ver en una fiesta fraternal reunidos los exponentes más valiosos de la medicina nacional que llegarán con las mentes encendidas y pletóricas de entusiasmo a compartir los últimos conocimientos adquiridos y discutir las dudas que en el curso de su práctica profesional se le ocurran.

Muchos son ya los trabajos que se han presentado a la Secretaría para ser discutidos en la fecha indicada; muchos son también los colegas de los departamentos que han respondido a la invitación de venir a disfrutar con nosotros una semana de cordialidad e intercambio de impresiones.

Los resultados de estas Jornadas serán, como lo esperamos, de inmensa utilidad no sólo para nosotros y para la agrupación sino también para el país. Van a tratarse asuntos de tan vital interés que sería lamentable que algunos de los consocios dejaran de asistir por algún motivo. Si no fuera suficiente la cuestión del orden puramente científico, alegrarían en su favor el deseo de una convivencia y mejor entendimiento para sucesivos trabajos. La idealidad de nuestra agrupación de realizar una armonía de ideas e intereses en favor de la ciencia, de los asociados y del país se verá cristalizada en las discusiones del 20 al 26 de julio.

El programa, aunque corto, comprende asuntos de tan vasta trascendencia que todos los cerebros hallarán en él amplios horizontes dónde enseñar y dónde aprender las últimas novedades de la ciencia.

Para hacer más grata la permanencia de los congresistas se han dispuesto algunas fiestas que se darán en ocasión de inaugurarse y clausurarse las sesiones.

- 
- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 30. Caries dental.                                       | Lesiones valvulares; (c)       |
| 31. Toxemias gravídicas.                                 | Aneurisma; (d) Miocarditis.    |
| 32. Enfermedades cardiovasculares: (a) Hipertensión; (&) | Oficina Sanitaria Panamericana |

sólo puede engañar a un observador poco atento.

El examen de la pupila con el sistema espejo oftalmoscópico, puede bastar por sí solo para eliminar el diagnóstico de catarata. En el glaucoma crónico, vese la pupila iluminada de un modo uniforme, de un hermoso color rojo. En la catarata, la pupila aparece al principio de un color rojo con estrías negras; más tarde no se ilumina ya.

El examen del fondo del ojo es imposible en la catarata, en tanto que el glaucoma pone de manifiesto una lesión característica de la papila óptica: es la atrofia de la papila con excavación, lesión precoz y constante, y por consiguiente, patognomónica.

La investigación de la tensión intraocular nunca será olvidada cuando el diagnóstico sea dudoso. En la catarata senil, la tensión intraocular es completamente normal. En el glaucoma crónico, es siempre superior a la normal. No obstante, esta hipertensión, que en nada es comparable a la del glaucoma agudo, nunca es muy elevada. Para ser encontrada, necesita, pues, practicarse un examen minucioso: la tonometría digital es muchas veces insuficiente, siendo preciso recurrir a la tonometría instrumental. Con el tonómetro de Schiötz, que es el más empleado, la tensión llega fácilmente a 30 o 40 en lugar de 25, que es la cifra normal.

### Predisposición a la eclampsia

Fritz Krauss: *Sobre la predisposición a la eclampsia y medidas terapéuticas en la misma.* (Der Praktische Arst., 20 enero de 134.) — La eclampsia es *el grado más grave de la intoxicación gravídica*. Causa la muerte de 3-12 por 100 de las madres y de 20-40 por 100 de los hijos.

Para fines didácticos, Vogt distingue tres formas de intoxicación gravídica: 1ª-, *la más leve*, caracterizada por 100, aproximadamente, de albúmina en la orina; 2ª-, *la nefropatía gravídica*, en la que hay más de 1 por 100 de albúmina en la orina y, además, cefaleas, vómitos,

trastornos visuales y malestar general, y 3ª, *el eclamptismo*. La frase de Daderlein "la eclampsia sorprende a la futura madre como un rayo caído del cielo claro", debe interpretarse *cum grano salis*, pues muchas mujeres, por indolencia, no advierten los prodromos de la enfermedad ni se hacen examinar por el médico.

El *eclamptismo* (inminencia de la eclampsia) se caracteriza por *cefaleas* (preferentemente frontales, a menudo insoportables, que persisten durante la noche), *vértigos*, insomnio, a veces *trastornos visuales* (debidos a retinitis albuminúrica incipiente o, muchas veces, de ori-

gen central o cerebral), malestar, propensión a *diarreas graves* y *vómitos*. Son *ominosos los dolores abdominales* (principalmente, *gástricos*) y la *ictericia*. No son raras las albuminurias de 30 por 100 y más, los *edemas* en los *brazos, piernas y sobre todo en la cara*. La *orina es cada vez más densa y escasa* y hay *hipertensión sanguínea*. La *poca diferencia entre las presiones máxima y mínima es de mal agüero*. La prueba de Muck no es *específica* (pasando por la mucosa nasal, anémica por embrocación previa de adrenalina, el botón de una sonda, deja una línea blanca en la inminencia de la eclampsia y roja en los otros casos; pero se observa lo mismo en las más diversas enfermedades y en la gravidez normal). En la sangre aumenta el *N residual*.

Para evitar la eclampsia, *desde el 6º mes del embarazo* (pues, a partir del mismo, existe ya el peligro de aquella), *régimen perfectamente vegetal* riguroso, *escaso, en albúmina, grasa y sal* y, en *casos graves, dieta absoluta* (días de hambre y sed intercalados).

La sal común se puede sustituir por *Titrosalz* (*Normarkwerke, Hamburgo*) y, en los últimos días, por *Sinchlor* (formiato sódico, *Chemische Fabrik Tempelhof A. O. Berlín*). Al mismo tiempo se puede administrar (*per os*, intramuscular

o intravenoso) *Kationorm* (*Nordmarpwerke, Hamburgo*) sal istónica de potasio, magnesio y calcio, que deshinchas las células y es diurética.

Para facilitar la *diuresis* y combatir la *cefalea*, 2-3 veces al día un supositorio de *cadechol*, *polvo de hojas de digital y luminal*, *aa. diez centigramos* y *eufilina, treinta centigramos*.

Si la cefalea es insoportable, como suele deberse a hipertensión del humor cefalorraquídeo, además de *los analgésicos*, *punción suboccipital o lumbar*. A menudo bastan *sangrías* de J 50-200 c. c. semanales.

Si se presentan *fenómenos amauróticos, convulsiones o ataques eclámpticos, ascitis apreciable o edemas crecientes, o aumentan rápidamente la albuminaria y el N residual* y *disminuye la orina, eliminar la intoxicación placentaria*, interrumpiendo el *embarazo, provocando el parto prematuramente o, al final del embarazo, si el útero no se contrae, efectuando la operación cesárea*.

La *intervención variará en cada caso*, según la vitalidad del feto, la fecha del embarazo, el número de hijos y la posición social, *que deberán ser tenidos en cuenta, junto al total cuadro clínico*.

## Tratamiento de la furunculosis con las inyecciones de cianuro de mercurio

*Por el Dr. E. Lortat-Jacob*

*Jefe de Clínica del Hospital  
San Luis*

Nada tan decepcionante como una furunculosis generalizada. Todos los prácticos, durante su larga carrera, han tenido ocasión de tratar estas estafilococcias cutáneas rebeldes, larga duración, e incluso muchas veces recidivantes. Es esto que todos sabemos por experiencia, cuan desigual es el tratamiento en sus efectos, ineficaz, e incluso a veces, inactivo a pesar de los tratamientos más atados, curre con la furunculosis lo con otras afecciones. Sobran las técnicas, sobran los métodos terapéuticos para que uno ellos sea verdaderamente 3,2. Cuando un medicamento específico, o como tal es considerado, es único.

Para que se desarrolle la furunculosis, es necesario un elemento: el terreno. La piel de todos nosotros contiene estafilococos; pero la mayor parte de tros sólo por excepción tenemos furúnculos. aquí que, desde hace mucho tiempo, la terapéutica se preocupa de tratar, no solamente predisposición individual, también el germen causal. Sucesivamente ha sido aconsejada la vacunoterapia, pero el fracaso frecuente de este método, y partiendo del principio que debe existir un verda-

dero estado de sensibilización en los furúnculos, se ha apelado a los métodos de desensibilización: proteínoterapia, autohemoterapia.

Pero como estos métodos iban seguidos de fracasos algunos autores propusieron las inyecciones de sulfato de cobre amoniacal. Milian prefiere el galil, tratamiento heroico, muchas veces eficaz, sin duda, pero que pone al enfermo a merced de una crisis nitritoide o de una eritrodermia arsenical, o de una reactivación sifilítica.

Las vacunoterapias tienen múltiples inconvenientes, y entre ellos la -dificultad de aplicación fuera de los grandes centros, con la autovacuna. El stock-vacuna produce reacciones febriles, que obligan muchas veces al paciente a suspender su trabajo, sin que por ello quepa un resultado seguro.

Creemos más sencillo tratar los furunculosis sin ningún riesgo, y con el máximo de éxito, de la manera que venimos haciendo desde «hace varios años.

O sea: tres inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio por semana, a la dosis de 1 centigramo cada una.

Casi siempre útil, pero no indispensable, asociar este tratamiento general (desensibilizante

o antiséptico) con un régimen adecuado—habiéndonos parecido, conforme lo ha recomendado siempre Hudelo—que la supresión completa del pan y del azúcar constituyen dos restricciones esenciales que debemos aconsejar—aun independientemente de toda diabetes, de todo estado hiperglucémico.

Localmente, los toques con alcohol yodado, o mejor, con acetona yodada, con la fórmula siguiente.

Yodo..... i gr.  
Acetona ..... 10 gr.  
consiguen a veces hacer abortar un furúnculo.

Si la punta purulenta está próxima a agujerarse, deberá abrirse con la punta del gálvano cauterio.

No deberemos apretar ni exprimir, sino tan sólo extraer el clavo con una pinza, y después de quitado el clavo, aplicar sobre el cráter vaciado un trozo de emplasto rojo de Vidal.

Este método sencillo tiene la ventaja de poder ser aplicado por todos los prácticos, en contra de lo que ocurre con la vacunoterapia, y cualquiera que sea el lugar donde ejerzan.

En la forma indicada hemos tratado varias docenas de enfermos, tanto en nuestra clientela como en el hospital, sin haber tenido contratiempo alguno ni haber observado recidiva en los casos en que otros métodos habían fracasado.

(De Clinique et Laboratoire)



## Hojeando Revistas

*Sífilis y tuberculosis.* — Alfredo Nario, basándose en su estadística personal de 120 casos en los cuales han coexistido ambas enfermedades llega a las conclusiones siguientes:

- 1°— Que la sífilis no predispone hacia la tuberculosis.
- 2°—Que la sífilis influencia desfavorable la tuberculosis, agravándola cuando las dos enfermedades aparecen al mismo tiempo o contemporáneas.
- 3°—Que la sífilis más o menos remota en su inicio no predispone hacia la evolución fibrosa de la tuberculosis.
- 4°—Que en los casos de sífilis terciaria, si la sífilis y la tuberculosis coexisten, ellas evolucionan independientemente.
- 5°—Que el tratamiento antilúético en los tuberculosos **sifilizados** no ejerce ni localmente, ni generalmente, modificación alguna sobre la tuberculosis.
- 6°—Que las reacciones serológicas no revelan ninguna influencia de la infección lúética sobre el terreno tuberculoso.
- 7°—Que no existe el hibridismo sostenido especialmente por los viejos clínicos.

### *Tratamiento de la crisis de asma*

Medicamentos recomendados:

1°—Clorhidrato de adrenalina en solución al 1 %. Es eficaz

únicamente por vía hipodérmica a la dosis corriente de 1 ce.

- 2°—La efedrina y la efetonina, las cuales son eficaces por vía oral. La efedrina se puede dar en inyecciones hipodérmicas a la dosis de 3 a 5 centigramos.
- 3°—La morfina.
- 4°—El cloruro de calcio por vía endovenosa a la dosis o. 0.50 egrs.
- 5°—preparados a base de belladona, datura, estramonio hiosciamus, etc., sean tinturas, extractos, polvo de hojas, etc., y los nitratos, particularmente el de potasio, mención especial merece la piridina asociada a aquellos medicamentos.

6°— Fórmulas empleadas corrientemente a base de los medicamentos citados anteriormente.

a)

Rp.  
 Extracto de datura .. 0.05 gr.  
 Jarabe de codeína .. 30 gr.  
 Agua de laurel cerezo. 10 gr.  
 Agua destilada, c. s. p. 150 ce.  
 Tomar 1 cucharada cada hora.

b) Rp.

Tintura tebaica .....	4 gr.
Tintura de Belladona . .	4 „
Tintura de lobelia . . . .	10 „
Tintura de polígala . . . .	10 „
Tintura de datura . . . .	10 „
Yoduro de potasio . . . .	8 „
Agua de laurel cerezo ..	30 „
Agua destilada .....	50 „

Por cucharadas de café, hasta 5 por día.

c) Rp.

Nitrato de potasio . . . . 5 gr.  
 Polvo de hojas de datura . 8 „  
 „ hiociamus 8 „ „ „ „ „  
 belladona. 8 „ „ „ „ lobelia ...  
 8 „ Para quemar una  
 cucharadita en un braserito o  
 sahumador, aspirando los  
 vapores.

En el comercio se venden polvos semejantes, llamados de Andreu, Espie, Himrod, Esconplai-ze, etc.

d) He aquí una fórmula para cigarrillos antiasmáticos.

Rp.

Extracto de datura . . . . 5 gr.  
 Alcohol a 309 ..... 50 „  
 Tabaco en hojas . . . . 100 „  
 Yoduro de potasio . . . . 30 „  
 Nitrato de potasa . . . . 30 „

Para 100 cigarrillos, que se fuman inhalando el humo. 79—La piridina, de empleo muy sencillo, puede ser muy eficaz.

Se inhala vertiendo 10 a 15 gotas en el pañuelo o poniendo 4 a 5 gramos para que se evapore en una copa, en la habitación del asmático.

8?—El benzoato de bencilo al 20 %. Se toman 20 a 30 gotas 2

a 3 veces por día. 9?—Se recomienda como eficaz las pulverizaciones nasales

siguientes: Sufato neutro

de atropina ..... 0.01 gr.

Clorhidrato de cocaína 0.03 „

Solución adrenalina

al 1 % ..... 10 „

10°—El verdadero tratamiento de fondo es el que descubre en el asmático su espina

irritativa, equilibra su sistema vago-simpático y estabiliza sus coloides, desensibilizándolo.

*Medicamentos eficaces contra los dolores gástricos* Vanier, recomienda en primer lugar el subnitrito de bismuto a la dosis de 3 a 5 gramos 2 veces al día, mezclado con agua  $y_2$  hora antes de las 2 comidas principales.

El carbonato de bismuto tiene indicaciones análogas y se puede usar asociado a la magnesia calcinada, al caolín y a la creta preparada.

La mezcla gelosa-gelatina da excelentes resultados. Gelatina pulverizada .. 0.20. gr.

Gelosa.....0.20 ,,

Para un papel.

A tomar en una infusión caliente en ayunos a la mañana y a la noche.

Mathieu, recomienda el bicarbonato de Soda en las fórmulas siguientes:

a) Bicarbonato de soda 20 gr.

Magnesia calcinada . . . . 5 ,,

Para 1 paquete. Tomar de media a una cucharada de café, en leche o agua al comienzo de los dolores, repitiendo la dosis cada 10 minutos si no se calman. b)

Bicarbonato de soda 0.50 gr.

Creta preparada . . . . 0.50 ,,

Magnesia calcinada .. 25 ,,

Subnitrito de bismuto 0.25 ,,

Para 1 papel. Disolver en agua y tomar al comienzo de los dolores, c) Se puede también recetar:

Citrato de soda..... 15 gr

Creta preparada .....10 ..

Magnesia calcinada .. 5 ,,

A tomar por cucharaditas de

café.

*Nuevo tratamiento de las quemaduras*

Hamant, presenta a la Sociedad de Medicina de Nancy una Quemadura de 3er. grado al nivel de los pies, la cual fue tratada por simple aplicación de una solución de ácido tánico al  $y_2$  por ciento, la cual parece suprimir el dolor y la exudación. La curación fue renovada cada hora, durante 24 horas y después suprimida definitivamente. Este procedimiento simple y económico da resultados excelentes.

*Nuevo tratamiento del tracoma*

Guerrero, después de discutir la necesidad de un nuevo tratamiento sencillo y poco costoso del tracoma, describe un método que consiste, después de anestesiar por media hora el ojo con cocaína o novocaína al 10 por ciento, en tocar la superficie granulada con una torunda de algodón empapada en solución fenicada pura. Hay que tener cuidado de no tocar la conjuntiva barbar. Por lo común, no hay efectos contraproducentes, salvo por alguna pegajosidad, que puede remediarse lavando el globo ocular con solución boricada. En algunos casos en que la forma de aguda ha pasado a crónica, tal vez no vaste con una aplicación, más en los casos simples, si y rara vez hay recurrencias. El método surte más efecto en la forma granular o folicular, pero también puede utilizarse, aunque con menos éxito, en las papilares y mixtas.

*Antonio Vidal.*

Tegucigalpa, 10 de junio de 1934.

## Orientación actual de la anestesia general

Por el Prof. E. Forgue

*¿Hay algo de nuevo de narcosis?*

He aquí, si no *novedades*, al menos las grandes *actualidades* que parecen indicar la orientación futura de la anestesia en general:

1<sup>a</sup> Una práctica que se generaliza en la cirugía internacional (puesto que marca un progreso universalmente conocido), consiste en la *-anestesia de base "Basisnarcose"*. Es decir, en la asociación a los anestésicos (de preferencia éter, protóxido de nitrógeno), de sustancias narcóticas (hipno-narcosis), teniendo por efecto simplificar y reducir a dosis mínimas la anestesia por inhalación, crear un estado de prenarcosis capaz de suprimir la angustia psíquica de los futuros operados, de evitar toda fase de agitación, asegurar en el curso de la intervención una calma completa, procurar un mejor estado de *post-narcosis*, con sueño apacible y un despertar lento.

Todo enfermo, en el momento de la operación presenta, en ma-

yor o menor grado, un estado de inquietud psíquica, que agravan las horas que proceden al acto operatorio. En general, y sobre todo si el cirujano, que no debe jamás descuidar esta acción psico-tónica, sabe las palabras necesarias para animar y Henar de confianza al enfermo, esto se limita a una manifestación emotiva, pronto dominada por el control de la voluntad. Pero en ciertos sujetos emotivos, demasiado obsesionados o demasiado instruidos (los médicos son, en estos casos, malos enfermos), esta angustia toma la gravedad de un verdadero traumatismo psíquico.

Hemos desarrollado, por lo tanto, la importancia de este factor moral; volveremos más adelante a propósito de las indicaciones de la anestesia, a insistir sobre este punto importante de la aprensión preparatoria sobre la cual Vaquez, en 1930, ante la Academia de Medicina, insistió con la autoridad de su experiencia, a propósito de la narcosis de las cardíacas.

No es dudoso (y está demostrado por varias historias trágicas) que el ansioso, el angustiado, con opresión precordial, puede sufrir una excitación del vago capaz, como dice Vaquez, de ser particularmente peligrosa y al mismo tiempo mortal, y esto sin que hubiera lesión orgánica, ni desarreglos 'habituales del ritmo cardíaco. El miedo es capaz de bloquear el corazón. Es sabido que el uso del cloroformo fue casi abandonado en los primeros tiempos; a consecuencia de uno de estos dramas: la primera vez que Simpson propuso administrar cloroformo, ocurrió que llevando éste el frasco del anestésico a la sala de operaciones, tropezó y el contenido fue derramado; no había otro frasco y la operación fue practicada sin narcosis; el enfermo, al practicarse la incisión de la piel, murió repentinamente. Fue, para el cloroformo, un *narrow escape*; este día escapó, en efecto, a una responsabilidad inmerecida. En el curso de una larga carrera, iodo cirujano ha notado estas peligrosas coincidencias: hace 2 años, yo tenía que hacer una histerectomía; media hora antes -de la hora fijada para la intervención, sufrió la enferma un síncope: algunos instantes más tarde, el desmayo se producía en la mesa operatoria. He aquí un hecho clásico, el más conmovedor en un caso de litotomía. el operador a manera de demostración, traza con la uña una línea sobre el periné; el enfermo da un grito y muere. El miedo puede matar por inhibición refleja; y "la angustia es el sudor patético del miedo", según la defini-

ción de Steckel. Con Vaquez repetiré: "Cirujanos, camaradas míos, desconfiad de los miedosos"; y añadiré: "apaciguad los angustiados; calmad los inquietos (¿y quién no lo está en el día de la operación? y simplificadles, por los sueños preanarcóticos, la entrada en el bienestar in consciente de la anestesia general."

Mikülics ha formulado un pensamiento, de gran justeza, q' todo anestesiador debe tener presente en el espíritu: "Una buena narcosis es una obra artística : *eine gute Narkose ist in Kunstwerk*". Todo debe ser empleado para evitar al paciente *el choque psíquico* evitable, *para reducir al minimum el desgaste nervioso*. Ya no se trata simplemente como antes de llevar a cabo la anestesia durante la sesión operatoria: es *necesario preparar una buena puesta, en marcha*, pues un buen principio es decisivo desde el punto de vista del valor de la anestesia.

La idea de estas anestésias combinadas, no es nueva. Desde 1869, Cl. Bernard, al cual es necesario siempre recurrir, en sus estudios sobre la anestesia, había preconizado la asociación morfina cloroformo y Nussbaum había dado reglas para su aplicación quirúrgica. La materia médica contemporánea dispone, gracias a la síntesis química, de agentes hipnógenos nuevos. Es a ellos que nosotros pedimos esta *preparación preanestésica (la preanarccsis, y esta acción complementaria acumulativa), la hipno-narcosis asociada*. Tres caminos se ofrecen para la introducción de estos hipnóticos en el or-

ganismo: la *vía bucal*, la *intra-venosa* y la *intrarrectal*.

La serie de los *barbitúricos*, de ureídos derivados de la malonilurea, han tenido desde hace 10 años tales éxitos en Medicina como hipnóticos, que su utilización quirúrgica se ha impuesto, para la preparación y complemento de la narcosis. Bardet ha empleado, en inyecciones *intra-venosas*, el *Somnifene*; Fredet, que en esto ha sido un iniciador muy juicioso, acaba de recomendar en el Congreso Internacional de 1932, *Numal*, que elimina del *somnifene* el *veronal* inútil y molesto y que, con inyección subcutánea de morfina, produce una *anestesia profunda*, de más de dos horas, que basta reforzar en ciertos momentos por inhalación de algunas gotas de un anestésico volátil. Tenemos ahora en la *A-vertina* (tribromoetano) una sustancia poco tóxica fácilmente eliminada, y que administrada por *vía rectal*, es quizá el mejor *narcótico de base*, supri-

miendo las fases molestas que proceden y siguen al acto operatorio.

Con estos métodos nuevos de hipno-narcosis, el comienzo de la anestesia no causa ninguna aprensión, la fase pre-narcótica se da en la cama del operado, a distancia del teatral aparato de la sala de operaciones. Es durante el sueño, bien graduado y apacible, que el sujeto pasa, de su cama a la mesa de operaciones. Es el sueño crepuscular (*Dammerschlaf*), pequeñas cantidades de anestésico volátil serán suficientes para crear la completa inconsciencia de la narcosis y el anestesador, graduándolos con precisión, los adaptará a las fases operatorias por medio de dosis de *mantenimiento*. De este modo será prevenido el shock anestésico de la narcosis enteramente practicadas con éter o cloroformo. El despertar es suave, sin recuerdos penosos. Una prolongación suficiente de la analgesia post-operatoria simplifica las prime-

ras horas que siguen a la intervención.

29 Un segundo punto que caracteriza la narcosis moderna. es la *vuelta a la anestesia general mediante gases*. Numerosos anestésicos gaseosos han sido ensayados: el *propileno*, el más poderoso de entre ellos, pero no inofensivo; el *acetileno*, que ha tenido cierta predicación en Alemania, pero que su peligro explosivo y su olor han hecho abandonar; el *etileno* fue muy apreciado en los Estados Unidos, debido a la supresión de las náuseas. Hemos aquí, llevados mediante el *protóxido de nitrógeno*, al primer anestésico gaseoso del que, ya en 1799. Humphry Davy había indicado las propiedades hilarantes y soporíficas y que medio siglo más tarde, en 1844, Riggs había utilizado para la primera extracción dental. Es de América, iniciadora de la anestesia y menos rutinaria que Europa, que ha salido este movimiento, que está en camino de generalizarse.

En América y en Inglaterra, después de haber estudiado de más cerca su fabricación, se fabrican aparatos para facilitar su empleo. Actualmente, todos los países de lengua inglesa utilizan como anestésico el protóxido de nitrógeno. El Doctor Flexer dice que se consumen más de 200 toneladas por año en Inglaterra, y que 17 fábricas fabrican este gas en los Estados Unidos. La narcosis con protóxido de nitrógeno está lejos aún de gozar del mismo fervor entre cirujanos franceses. Sin embargo, desde la guerra el ejemplo de Desmarest, de Du-

mont, de Chifoliau lo han introducido en los servicios parisienses; sobre todo Desmarest es el que hoy día es el más ferviente partidario, bajo la forma de anestesia combinada protóxido de nitrógeno-oxígeno-avertina. En Italia, por la contribución del profesor Rossi y de la escuela milanese, la preeminencia de la anestesia por los gases tiene tendencia a afirmarse en la mayoría de los centros quirúrgicos; he observado, sin embargo, que es más una adhesión de principio *que* una puerta en práctica. Parece bien claro, pues, que la narcosis por los gases no daña ninguna de las vísceras importantes, no irrita las vías bronquiales y reduce a menos de 1/3 el riesgo de complicaciones pulmonares, que acusa el éter; no es hipotensiva, trae un despertar rápido, y se clasifica como un anestésico *electivo*, sobre todo en los *enfermes locos, intoxicados o gravemente anémicos*.

3<sup>1</sup>? Finalmente, con motivo de las nociones nuevas que debemos a Henderson y a la escuela americana sobre el efecto del CO<sub>2</sub> en la respiración durante el curso de la narcosis, se afirma, de manera indiscutible, y contrariamente a nuestras afirmaciones anteriores, *la primacía, en anestesia general, de los métodos cerrados sobre los métodos abiertos*. Ocurre a veces, en efecto, cuando se administra el cloroformo y sobre todo el éter gota a gota "con compresión", en el aire libre, que estas pequeñas dosis excitan al principio los centros respiratorios y provocan una superventilación

## Contribución al estudio de la Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica

Ante todo, y a manera de explicación, hacemos notar que hemos dividido el presente trabajo en las siguientes partes:

- 1°—Introducción.
- 2°—Exposición de observación,
- 3°—Diagnóstico 3 investigaciones de laboratorio,
- 4°—Datos históricos,
- 5° — Comentarios de índole etiopatogénica.
- 6°—Conclusiones.

### I. INTRODUCCIÓN

En cuanto a etio-patogenia de esta afección, reina hasta el presente la mayor oscuridad; muchas son las investigaciones llevadas a cabo en el sentido de determinar el agente productor de la lisis globular, sin embargo, el resultado obtenido hasta el presente ha sido negativo.

El fenómeno íntimo fisiopatogénico, como es fácil comprender a priori, es muy elásti-

co; localizarlo desde luego, donde entran en acción mecanismos complejas, e intervención de los órganos hemato poéticos, resulta excesivamente amplio.

La presente monografía sobre etio-patogenia de la fiebre biliosa hemoglobinúrica, es la condensación de OCHO observaciones referente a esa entidad; con esa base emitimos una opinión para que sirva de fundamento a nuevas interpretaciones y análisis en ese sentido.

La Clínica nos suministra un material siempre igual, con variaciones de grado; el laboratorio, y el control histo-patológico, nos hacen sospechar en un síndrome especial de los países tropicales, en un "estado de insuficiencia aguda de los órganos hematopoiéticos" enfocando el factor patogénico hemoglobina mía y hemoglobinuria en ese sentido.

De su estudio-se desprende: 1, En todos los casos se investigó

enormal pulmonar, así, el sujeto, al principio expulsa una cantidad exagerada de CO<sub>2</sub>, encontrándose prontamente en estado de "acapnia"; si esta acapnia se prolonga y se acentúa, el centro respiratorio está funcionalmente deprimido, provocando una elevación del umbral de su excitante normal, el CO<sub>2</sub>, de donde una menor sensibilidad del centro hacia su estimulante específico, y una acapnia progresiva por un verdadero círculo vicioso. Si, al contrario, el éter es,

desde un principio, administrado en dosis graduales, en máscara cerrada, el enfermo hace "rebreathing", es decir, "re-respiración", "rumiación" gaseosa, gracias a la acumulación bajo el aparato en espacio limitado, del ácido carbónico expirado, lo que impide el exceso del consumo del CO<sub>2</sub> inicial y mantiene, en el curso de la narcosis una cantidad suficiente para el estímulo necesario al centro bulbar.

("Ars. Médica".)



hematozooario y parásitos animales sin resultado positivo (factor etiológico.)

3. Los brotes epidémicos de esta entidad no siguen los brotes palúdicos, por lo menos, en

4. nuestro país.

En vista de estos resultados negativos es de sospechar que existe un agente filtrable, capaz de producir la lisis globular y la insuficiencia hematopoiética

3. La Autopsia y la histopatología del último caso observado que describiremos luego es la primera hecha en este país.

La observación de este caso, y las investigaciones postmortem, se realizaron en condiciones excepcionales, dada la rapidez con que se procedió a efectuar la autopsia, creemos que todo el material recogido no sufrió degeneración alguna.

Las investigaciones de laboratorio fueron efectuadas con la mayor voluntad posible, y si faltan algunos -detalles, ello se debe a que no disponíamos del material necesario; por ejemplo, la determinación del pH, que nos hubiera servido de mucho para investigaciones posteriores que no fue posible practicarla.

Por otra parte, hemos encontrado viertes detalles de estructura en la parte histopatológica que no concuerdan con los datos suministrados por los tratados de Patología Tropical.

La terapia usada, fue hasta el presente química, siguiendo pues la teoría palúdica; si ciertamente decimos que otros casos tratados por este método, fue siempre con feliz resultado que vimos actuar al medicamento, no por tener hoy opinión contraria la a-

partamos definitivamente. Lo seguiremos usando conjuntamente con otros medicamentos (suero anti-víbora, soluciones de colessterina, etc.)

## II. EXPOSICIÓN DE LA ULTIMA OBSERVACIÓN. — HISTORIA CLÍNICA (*resumida al máximo*)

Sr. R. R.

Natural de Barinas,

Edad, 28 años.

Prof. Chauffer.

Estado civil, casado.

Ingresó al Hospital Vargas a<sup>1</sup> Servicio de Medicina No. 2, sala No. 7 el día 19 de Enero de 1932 a las 10 a. m. con la siguiente sintomatología:

Fiebre de 38, 7°.

Pulso, 64 por minuto.

Presión Mx. 11 mm. de Hg.

Presión Mn., 4,5 mm. de Hg.

Ictericia generalizada (color azafrán). Somnolencia, astenia muy marcada, vómitos muy repetidos, de color verde claro.

Aparato renal: Oliguria, orinas color vino tinto. (Hemoglobinuria comprobada químicamente.)

Examen somático:

*Aparato digestivo:*

Anorexia casi absoluta.

Color amarillo de las mucosas.

Estómago dilatado, sonoro a la percusión.

Abdomen, porción ventral, no doloroso. (Intestino).

*Anexos:*

Hígado bastante hipertrofiado, doloroso, pasa de cuatro dedos el reborde costal.

Bazo, hipertrofia considerable, abajo llega al ombligo.

*..Aparato renal:*

Riñones, sus zonas son bastante dolorosas.

*Sistema nervioso.* Reflectividad, normal. No hay otros trastornos.

*Aparato respiratorio.* Nada de particular que anotar.

*Aparato circulatorio.* Corazón, lentitud de los ruidos a la auscultación. No hay soplos ni anomalías que anotar.

Se notan artralgias en todas las articulaciones y una sensación de frío permanente obliga al enfermo a permanecer bien abrigado.

—Dado el estado de suma gravedad en que se encuentra el enfermo, nos vemos obligados a

suspender todo género de exploraciones.

A las 5 p. m. de ese mismo día, 19-1-32. El enfermo está 'más oligúrico las orinas aun más oscuras, ha vomitado mucho, en la noche entra en delirio franco, se desarrolla una taquipnea y pasa enseguida al coma. Al día siguiente 20-1-32 la temperatura es de 36,29 la presión arterial era de 9,5 para la máxima y de 6 para la mínima, el pulso de 120 por minuto, el ritmo respiratorio un Kussmaul típico.

El coma se prolonga y muere el enfermo ese mismo día a las 12 y 1 a. m.

Cuentan los que lo acompañaban que era un antiguo palúdico, curado, cuyas fiebres ha-

bían desaparecido hace mucho tiempo, y cuya salud, en la actualidad era perfectamente normal, hasta tal punto que se dedicó a sus ocupaciones habituales hasta el día 18 del mismo mes, es decir, 2 días antes de comenzar el proceso final, iniciado en la tarde por un gran calofrío acompañado de dolores en las zonas renales y de imperiosa necesidad de orinar. En tal estado de cosas, y ocupado en ese momento de reparar su automóvil, experimentó la necesidad de orinar, y notó con gran sorpresa que "orinaba sangre", al decir del enfermo.

## II. EXAMENES DE LABORATORIO

Se procedió ese mismo día 19-1-32 a practicar los exámenes de laboratorio, y dicho sea de paso, no se pudieron verificar todos los que hubieran sido necesarios, debido a la suma gravedad del caso, y a inconvenientes múltiples que fueron absolutamente imposibles de evitar.

Primeramente se investigó el hematozoario de Laveran con resultado negativo. (Coloraciones Giemsa, panóptico, sobre frotis y sobre gota gruesa).

Igualmente se investigó la presencia de espiroquetas con idéntico resultado al anterior.

Se investigó además la presencia de otros microorganismos (cocos bacterias, etc.) practicándose hemocultivos repetido en diferentes medios con resultados igualmente negativos.

Después de los trabajos verificados por Le Dantec en lo que

se refiere al espiroqueto incriminado como agente causal, tenemos que añadir, que practicamos inoculaciones por el método de la triple centrifugación sin que obtuviésemos resultado positivo.

Examen de orina:

Aspecto turbio.

Color rojizo.

Reacción fuertemente ácida, Albúmina, positiva,

Hemoglobina fuertemente positiva (Tevenon.)

Examen microscópico:

Células epiteliales de la vejiga. Células del riñón.

Cilindros hialinos y granulados, (pocos).

Glóbulos rojos, algunos (muy escasos).

Leucocitos, algunos.

No hay cristales ni otros elementos.

Examen de sangre.

Examen citológico.

Hematíes; Anisocitosis, policromatofilia, poiquilocitosis.

Leucocitos:

Formas anormales en la sangre circulante, no se encontraron.

Fórmula leucocitaria	
Polinucleares neutrofilos,	48%
Polinucleares eosinofilos,	0
Polinucleares basofilos,	1
Mononucleares grandes,	1
Mononucleares medianos y linfocitos,	49
Formas de transición,	1

### *Inoculaciones experimentales*

Se inyecta el mismo día de la llegada del enfermo al Servicio el depósito obtenido por centrifugación de la orina a dos co-

bayos, (acures entre nosotros).  
Vía subcutánea.

Al día siguiente, 20-1-32 no se aprecia nada de particular en los animales.

Igualmente el día 21 no se nota modificación alguna.

El 22 amanece uno de ellos triste tristeza que se acentúa el 23 además está erizado y tiene ligera disnea (126 mov. resp. p. minuto). Las mucosas y las orejas se notan des coloreadas, el tinte es amarillo paja. Se punza la oreja y se obtiene sangre que se examina en frotis y gotas gruesas al punto de vista parasitológico y citológico, no observando nada de particular que anotar.

El día 24 el animal está más triste, la ictericia ha aumentado, hasta el día 19 de febrero permanece en idéntica condiciones, en que muere a las diez de la mañana.

Autopsia en ese mismo instante.

El resultado obtenido en síntesis es el siguiente: Vesícula biliar muy distendida y grande. De su contenido se tomó estérilmente un poco de bilis para practicar siempre (caldo gelosa, otros medios especiales) que no pasamos a describir porque el resultado obtenido en todos los casos fue igual, NEGATIVO.

Hígado, gran congestión. Se practicaron frotis por aposición y cortes, con igual resultado