

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Año  
IV

No.  
45

**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.—Julio 31 de 1934

## SUMARIO:

	Pág.
Página de la Dirección .....	513
Dietas y Denticiones, por el Dr. H. D. Guilbert .....	515
El Dr. Luis V. Velasco, por el Dr. Antonio Vidal .....	521
Disentería por Tricomonas, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil ..	522
Un centenar de Mickulicz, por el Dr. S. Paredes P. ....	525
Preservación de sustancias medicamentosas, por el Dr. Guil- hermo E. Durón .....	528
Narcosis intravenosa por el Evipán, por Jentzer, Oltramare y Poucet .....	530
Anhidremia, por el Dr. Marco Dello Morales .....	532
Semiología urinaria Pluria .....	536
El Dr. Luis H. Debayle, por el Dr. R. D. Alduvín .....	537
Lo que el Médico no debe hacer, por el Dr. R. D. Alduvín ....	540
Algias faciales, por los doctores Th. Alajouanine y R. Thurel	545
Relación de dos casos de Corea menor, por el Dr. Azpuru España .....	552
El Dr. Mario J. Wunderlich, por el Dr. S. Paredes P. ....	558
La nuez vómica en las polineuritis periféricas, por el Dr. Hum- berto Díaz .....	556
Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. ....	558
La técnica de anestesia local en las fracturas recientes, por el Dr. J. R. Durón .....	562
El Dr. Salvador Peralta Lagos, por el Dr. S. Paredes P. ....	563
Leyes de Mackenzia, relativas a la sintomatología de la tuber- culosis pulmonar, por el Dr. Antonio Vidal .....	566
Sobre el estado actual de la terapéutica de la coqueluche, por el Dr. Hünemann .....	570
Notas .....	576

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

### *"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 Moneada C,	"
10 Dr. Rafael Martínez V.,	La Lima
11 Dr. Juan V. Moneada,	La Ceiba
12 Dr. Francisco A. Matute.	" "



# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Dr. Antonio Vidal

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Julio Azpuru España

De. Guillermo E. Durón

ADMINISTRADOR:

Dr. Ricardo D. Alduvín

---

Año IV i Tegucigalpa, Honduras, C. A., Julio de 1934 | N° 45

---

## PAGINA DE LÁ DIRECCIÓN

*El aran problema del momento en todas las latitudes es vivir. Use común v vulgar verbo **realizado** por tanto ciudadano del mundo con la mayor facilidad en épocas de abundancia y despilfarro,' va cada día haciéndose más esquivo y huraño a tal punto que vamos llegando al criterio de que vivir es un lujo. Quiero decir con esto que llevar una existencia honesta, productiva, útil y estimada y respetada no es empresa para todos reservada. Un torrente de maldad, de pereza, de envidia y de ignominia se desata perennemente contra los individuos v las obras constructivas tendientes a procurar el bienestar de la comunidad: un vacío un desierto' cuando no una marcada v feroz hostilidad encontramos a -nuestro paso por los caminos de la decencia y la honradez.*

*Si esas negras perspectivas inundan los pueblos que cubren la tierra, las mismas con mayores proporciones contemplamos en este bello país que habitamos; por eso vivir aquí es un triunfo, un triunfo auténtico digno de admiración y loa.*

*El 20 de julio de 1929 se reunía en el Paraninfo de la Universidad Central un pequeño grupo de Médicos de la capital con el objeto de cambiar impresiones sobre la conveniencia de fundar una' sociedad, cuyos propósitos eran de establecer un acercamiento espiritual y científico, tendientes a mejorar la condición del gremio médico y a dar un vigoroso empuje a la ciencia médica nacional. Pocas fueron Has palabras cambiadas: una misma idea, un solo anhelo nos había llevado a todos a aquel recinto venerado: el de unirnos. Y como el Fiat Lux, la unión se hizo. Aquella tarde memorable nació la Asociación Médica Hondureña. Pequeña, pobre y lamentable al parecer pero rica de entusiasmos, de ilusiones y de energías que ofrendar en aras del progreso y triunfo de tan nobles finalidades.*

*Al Dr. Camilo Figueroa debemos la invitación que nos congregara en tan conspicuo lugar; a él rendimos el justo homenaje de gratitud y afecto por la idea excelente y el trabajo de acercarnos.*

*Un lustro, cinco años hace hoy 20 de julio que vive la Asociación Médica Hondureña, cinco años de lucha, de combate, de actividades, de golpes, de fracasos, de triunfos. Todo lo ha saboreado esta soledad de hombres libres, desinteresados y patriotas que sólo buscan en último término el bien y grandeza de Honduras.*

*Podría creerse en una vanidad exagerada al calificar en esta forma la evolución alcanzada en tan pocos años, pero pruebas abundantes confirman nuestra manera de apreciar la situación.*

*Existía antes una división, un distanciamiento tan grande, rayano a veces en enemistad inmotivada y hasta en odio, que era causa de asombro ver dos médicos en buenas relaciones profesionales. Profundas desavenencias, desprecio y mala voluntad, de los unos Dará los otros sin algo\* que lo justificara. Desde que la sociedad nació fueron disipándose como por encanto tantos nubarrones que oscurecían el cielo hoy brillantísimo de la cordialidad médica en todas las manifestaciones del diario bregar.*

*En el orden científico y social no son menores los beneficios conquistados: en las sesiones ordinarias siempre hay un trabajo interesante a discusión.*

*La Asociación ha presentado varios proyectos al Ejecutivo tendientes a mejorar las instituciones médicas.*

*En serios momentos de angustia y de pobreza tomó a su cargo el Hospital General que manejó con general satisfacción durante un período de ocho meses.*

*Presta decidido e incondicional apoyo a la Facultad de Medicina, ahora encausada por sólidos senderos, que le auguran un porvenir verdaderamente halagador.*

*Fundó hace dos años una casa de salud dotada con los elementos indispensables para toda clase de trabajos que funciona bajo los mejores auspicios y crédito.*

*Larquésimo sería enumerar las múltiples actividades desarrolladas por la sociedad en cinco años. Oportunidad tendremos en número próximo de publicar una reseña que el Presidente de la Asociación hará en la sesión inaugural de las Jornadas.*

*Cábenos por eso la Satisfacción y el orgullo legítimo de haber realizado a pesar de los obstáculos y la hostilidad ambiente la mayor parte del programa formulado el día de la fundación.*

## Dietas y Denticiones

Por "dieta" entienden unos la abstención total de alimentos, otros entienden la prohibición de ciertos alimentos durante enfermedades o intervenciones quirúrgicas; DIETA, es el régimen metódico y arreglado en el uso de alimentos; el régimen alimenticio cotidiano conveniente.

Hasta hace muy poco se da a los estudios dietéticos la importancia debida; todavía encontramos aquellos que recomiendan tal o cual alimento arbitrariamente, y otros que candidamente creen que el instinto y el apetito son suficientes para guiar al paciente al feliz desenlace de sus dolencias metabólicas.

No han llegado las investigaciones sobre los alimentos y sus efectos, hasta el punto donde todos estén de acuerdo sobre las partes básicas o fundamentales, ni las diferentes teorías comprobadas. Sin embargo se ha adelantado, y esos adelantos deben ser cuidadosamente estudiados.

En estos apuntes, sobre dietas y denticiones, quiero esclarecer que debido a nuestra dedicación al arte más que a la ciencia de nuestra profesión, a nuestro li-

mitadísimo trabajo de laboratorio, y otros inconvenientes netamente nuestros, es imposible llevar a cabo experimentos originales y al mismo tiempo científicos. Los resultados aquí expresados serán una combinación de trabajos de autores extranjeros y observaciones tan científicas como pueden ser compatibles con una práctica privada.

El estado de la boca de un individuo puede hasta cierto punto, servir de indicio sobre el estado de su metabolismo. Refleja igualmente sus excesos y sus deficiencias, el uso excesivo de hidratos de carbono y la avitaminosis. El estomatólogo está en posición de observar varios trastornos metabólicos, antes que éstos produzcan síntomas, de tal naturaleza que obliguen al paciente a buscar tratamiento médico.

La boca parece ser un "locus minora resistencia" debido tal vez al mediano o poco cuidado que les dispensamos, a la falta de estímulos que recibe de nuestros refinados y casi predigeridos alimentos, etc., lo que la pre-

---

*Por el pasado brillante, por el presente sólido y prestigiado y por el entusiasmo cada día mayor que se advierte en las filas de la sociedad, podemos sin lugar a equivocarnos, presagiar un futuro esplendoroso. Que traerá, con beneficios abundantes, la intensa alegría de haber contribuido al engrandecimiento y prosperidad de Honduras.*

*Tegucigalpa, julio de 1934.*

dispone a toda clase de infecciones, ya crónicas, ya agudas.

Las enfermedades de la boca están íntimamente ligadas con el régimen alimenticio del individuo. Las causas predisponentes de las afecciones bucales son varias — pero la menos reconocida y hasta cierto punto la menos tratada es la de una dieta incorrecta. Y experimentos clínicos y análisis biológicos demuestran que la causa fundamental de un gran número de enfermedades que nos agobian, incluyendo caries dental especialmente, se encuentra en la deficiencia de factores esenciales del alimento.

Una dieta normal puede decirse, que consiste en adecuadas cantidades de: (a) proteínas vegetales y animales, (b) hidrocarburos o grasas; (c) hidratos de carbono o féculas, azúcares o celulosas; (ti.) sales inorgánicas, (e) vitaminas.

La "cantidad adecuada" no es una frase tan vaga como pudiéramos creer; varía entre ciertos límites con el individuo, pero, bien puede calcularse matemáticamente, trabajo que, naturalmente, ya está fuera de las actividades del odontólogo y requiere con frecuencia los servicios de un especialista en el ramo.

<sup>1</sup> Entre nosotros raras veces se encuentran deficiencias de proteínas, debido a que carne y frijoles constituyen gran parte del menú cotidiano. Ya que el organismo no tiene medios para almacenar proteínas, es de necesidad suplirlas diariamente. Se considera que de 75 a 100 gms.

diarios son suficientes para un metabolismo normal. Las proteínas desempeñan principalmente tres funciones importantes en la economía del cuerpo: (a) Reparar el **proto-plasma** celular; (b) Ejercer una acción dinámica específica sobre el organismo; (c) Transformarse en calor (glucosa y urea)

Hidratos de carbono, féculas, azúcares, o celulosas deben formar del 50 al 60 % de la dieta normal. Sus funciones principales puede decirse que son: (a) suministrar el calor necesario; (b) ayudar a la combustión de las grasas (proteger contra la formación de cuerpos oxibutíricos) (c) producción de agua, probablemente hasta el 50 %.

Es en los hidratos de carbono donde encontramos los excesos. En **nuestro** país donde el régimen alimenticio muy a menudo está a cargo de la cocinera, encontramos gran exceso de pastas harináceas, féculas y azúcares en las comidas. Las confituras, como postre y entre las comidas, vienen a poner en verdadero desequilibrio la proporción ácido-básica del cuerpo. Una dieta con un exceso de hidrato de carbono tiende a producir una acidosis debida a su oxidación insuficiente y la alcalinidad de la saliva es reducida. Tal reducción en el p H de la saliva, trae consigo uno de los factores predisponentes a la carie dentaria.

La cantidad normal, según autores americanos, para aquellas regiones, es de 250 gms. diarios. Entre nosotros sería casi imposible reducir a este grado el consumo de hidratos de carbono, pe-

ro el resultado de varias observaciones me hace creer que de 500 a 750 gms. diarios no traen consigo mayores trastornos metabólicos.

De las grasas o hidrocarburos diré que sólo en raros casos ocasionan trastornos metabólicos.

Las sales inorgánicas son a mi parecer importantísimas; las encontramos en combinaciones solubles e insolubles, orgánicas e inorgánicas. Las funciones más importantes de las sales, ya sea que existan en combinaciones orgánicas o inorgánicas son: (a) mantener el equilibrio osmótico (b) producir el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico (c) influir en la permeabilidad de la membrana celular (d) contribuir a la irritabilidad de músculos y nervios, hacia los diferentes estímulos. La importancia de las sales **inorgánicas**<sup>3</sup> es la misma para la boca que para el cuerpo en general y según su importancia pueden seguir este orden:

- 1.—Calcio.
- 2.—Potasio.
- 3.—Azufre.
- 4.—Sodio.
- 5.—Iodo.
- 6.—Cloro.
- 7.—Magnesio
8. Manganeso
- 9.—Hierro.
- 10.—Litio. 11.—Boro.
- 12.—Flour.

Como cloruros, fosfatos, sulfatas y carbonatas<sup>1</sup>. Es necesario, pues, ver que en un régimen alimenticio bien equilibrado, estén incluidas tales sales como calcio, fósforo, iodo, hierro.

El cloruro de sodio es la sal más abundante, típicamente 3 a 4 gms. diarios llenan los requisitos. Esta cantidad es especialmente necesaria si la dieta está en su **mayoría** compuesta de verduras. Un exceso de cloruro de sodio reduce el contenido de nitrógeno y puede causar hiper-diuresis.

Las sales más importantes de fósforo son inorgánicas, pero el fósforo útil al organismo es el orgánico, es decir, el que ha entrado ya en combinaciones orgánicas.

El nivel de fósforo es de 0.88 gms., pero para mantener tal nivel es necesario el consumo diario de 1.32 gms. Este equilibrio es posible solamente atendiendo debidamente a las cantidades de calcio y magnesio ingeridas. En el alimento que se encuentra mayor cantidad de fósforo es el queso. Más o menos 4 onzas de queso al día suministran la cantidad necesaria.

Las sales de calcio son también de mucha importancia para el odontólogo. Se encuentra<sup>1</sup> en forma insoluble en los dientes y en los huesos. En forma soluble en fluidos del cuerpo. Las funciones más importantes en su estado soluble son: (a) coagulación de la sangre; (b) contracciones musculares (responsable por la sístole cardíaca); (c) regulación del azúcar en la sangre; (d) mantener el equilibrio del agua en los tejidos.

El calcio es importantísimo durante el desarrollo y crecimiento de los niños; el raquitismo en grados apenas perceptibles, es frecuentísimo en los niños, debido al trastorno del me-

tabolismo del calcio; pero sólo es diagnosticado cuando causa trastornos muy serios.

Un gran número de pediatras rutinariamente recomiendan aceite de hígado de bacalao, luz solar y extracto de malta, que favorecen el metabolismo del calcio.

El calcio necesario para mantener el equilibrio es de 0.63 gms. pero es preciso suministrar 1.5 gms. de CaO para mantenerlo. La leche contiene calcio en condiciones de más fácil asimilación.

Es aquí donde entra el error en la mayoría de los casos de prescripción del calcio. Este no es asimilable por el organismo sin luz solar y vitamina D. Frecuentemente encontramos casos en que ha sido prescrito inútil-

mente a pesar de las grandes cantidades de cloruro y lactato de calcio ingeridos.

Entre las sales de calcio que prescribimos más frecuentemente está el cloruro que tiene el inconveniente de ser muy irritante. El lactato de calcio es más fácilmente asimilable y menos irritante. El gluconato de calcio que aún no recetamos por no tenerlo en las farmacias, es el más aceptable. Hoy día se usa cuando es necesario recetar por la vía gástrica pues es tolerado en cualquier cantidad sin trastornos.

Incluyendo en la dieta del paciente, tres gramos de grasa por kilo de peso, se ayudará mucho a la absorción del calcio.

Una dieta de leche, huevos, fruta y legumbre dará fácilmen-

te al paciente 1.5 gms. de calcio diarios.

Las sales de hierro y yodo deben ser tomadas en cuenta en el estudio del régimen alimenticio.

El último componente del conjunto alimenticio son las vitaminas. En pocos lugares no es dado observar los efectos de éstos factores esenciales del alimento, como en la boca.

De las vitaminas enumeradas, A, B, C, D, E, H, son hasta ahora las más conocidas. De éstas las que más nos interesan puede decirse son: la A, B, C y D, pues están íntimamente ligadas con el desarrollo y mantención del aparato masticatorio.

La vitamina A es el factor preventivo de un sin número de infecciones de los pulmones, de los senos, oídos, piel, vejiga y especialmente ojos. Esta vitamina es necesaria para el desarrollo normal de los niños. El uso del aceite de hígado de Bacalao o aceite de hígado de Mero es preferible en casos de niños normales al Ergosterol irradiado (viosterol, Vigantol, etc.) El uso de este último suministra solamente vitamina D, la cual, por sí sola puede llevar a la hipervitaminosis predisponente de grandes infecciones de la apófisis mastoide y la pielonefritis. La vitamina A se encuentra en grandes cantidades en las grasas, mantequilla, leche, etc.

La vitamina B es el factor esencial en nuestro campo, contra el escorbuto. Entre nosotros no existe el escorbuto clásico, franco, pero sí existe el escorbuto incipiente. Este es reconocido o no como gingivitis simple. Estas son las gingivitis de las

personas que se encuentran sometidas a "dietas rigurosas." Son aquellas gingivitis que no mejoran a pesar de haber usado todo tratamiento recomendable. Esta vitamina se encuentra en frutas, verduras, levaduras, etc.

La vitamina C se considera como esencial en la prevención de la carie dental, e inflamaciones de la mucosa bucal. Se encuentra como la vitamina B, en las frutas frescas, verduras, etc.

La vitamina D es el factor necesario para el metabolismo del calcio y del fósforo; síntomas característicos de la falta de vitamina D son el raquitismo, la reducción de la acidez gástrica y de la concentración del calcio el crecimiento tardío y calcificación defectuosa de los dientes y huesos. La vitamina D se encuentra en grandes cantidades en el aceite de hígado de bacalao, yema de huevo, leche etc.

Se recomienda el uso del jugo de naranja y aceites de hígado de bacalao en los niños desde la edad de un mes, como tratamiento profiláctico rutinario, contra afecciones bucales.

Estos apuntes indican que la dieta es un factor importante para prevenir y combatir las inflamaciones y trastornos de los tejidos bucales, y sugiere que la carie dental puede ser un síntoma *de distrofia* que puede ser-prevenido con un régimen alimenticio apropiado.

H. D. Guilbert.

**Indice**  
delle  
**Riviste di Medicina**  
di tutto il  
**Mondo**

dirigido y redactado por  
SANTO VANASÍA

Volume in XVI<sup>o</sup> de cerca 440 pagine

Santo Vanasia — Editor — Milano

Asociado a la divulgación

Benno Schwabe & C. Basilea	Bruce Publishing Co. St. Paul. Mo. U.S.A.	Wm. Dawson Sons Ltd. Toronto, Canadá
Amedée Legrand París	Gustav Fock G. m. b. H. Leipzig C. I.	Maruzen Company Ltd. Tokyo
Thacker Spink & C. Calcutta	Bailliere, Tindall & Cox, Londres W. C.2	Meshdunarodnaya "Kniga" Mosca U. R. S. S.
Salvat Editorer S. A. Barcelona		Livin & Munksgard Copenague
Mashew Miller Ciudad del Cabo		Palacio del Libro Buenos Aires

CRITEKIO DELL'INDICE

L'Indice si propone di far conoscere ai medici la vasta mole della stampa medica periodica di tutto il mondo per informarli dello sviluppo degli studi della medicina contemporanea.

OGNI RIVISTA E CATALOGATA SECONDO LA:

specializzazione,	riassunti dei lavori in varié lingue,
anno di fondazione,	Direzione e Redazione,
quantità di pagine,	luogo di pubblicazione,
numero di fascicoli annui,	Prezzo di abbonamento nelle monete dei rispettivi paesi,
impostazione editoriale (parte originale, recensioni, cronaca, notiziario, novità tecniche ecc.)	

I GIORNALI E LE RIVISTE CATALOGATE SONÓ CIRCA 2800

LA PRESENTE PUBBLICAZIONE SERA DIVULGATA IN  
TUTTO IL MONDO

Prezzo del Volume L. 24,—

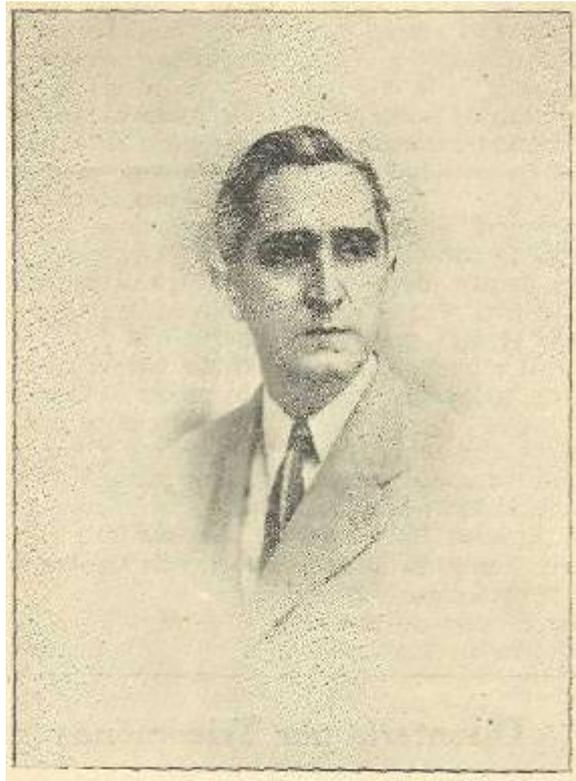
Prezzo di prenotazione:

in ITALLIA Lit. 15,—. ESTERO L. 18,—

Le prenotazioni sonó accettate a tutto il

30 NOVEMBRE 1933

Le industrie Farmaceutiche e le Case editrici che volessero insereri i loro annunci sonó pregati di richiederde le tariffe.



El Doctor Luis V. Velasco

En nuestra cara vecina del Sur, en aquella hermosa y ardiente tierra donde se nos quiere y aprecia sinceramente, existe un hombre modesto, un verdadero sabio en el más amplio significado del vocablo, el Doctor Luis V. Velasco.

Durante muchísimos años la sabia y clara palabra de este Maestro, aun joven para la inmensa labor que ha realizado, ha sido escuchada unciosamente en los amplios pabellones del Tercer Servicio de Medicina del Hospital Rosales por numerosas

legiones de jóvenes centro-americanos llegados allá en busca de la fuente divina del saber. Y no sólo estudiantes acompañan y escuchan al Maestro durante las horas de visita o clase reglamentarias sino también muchos médicos, algunos de ellos de reconocida competencia como el Doctor Carlos Rodríguez Jiménez, su más fiel discípulo y colaborador en el servicio.

El Doctor Velasco desempeña la Cátedra de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de El Salvador desde hace varios años

de manera brillante y a entera satisfacción de sus alumnos. Sus enseñanzas son tan claras, tan precisas, de diagnóstico tan exacto que al salir de la clase se lleva la impresión de haber oído un hombre verdaderamente superior, como en realidad lo es el Doctor Velasco.

Por su elocuencia, atildamiento en el estilo, la sabiduría que irradia y los demás dotes que adornan su personalidad es considerado como el más grande e insigne de los **clínicos** centroamericanos de todos los tiempos.

Para nosotros que fuimos sus alumnos y que -después hemos recorrido famosas Universidades de Europa y Estados Unidos el Doctor Velasco continúa siendo el Maestro de Maestros. Bien podría ocupar el sitio de Profesor cualquiera de los gran-

des Anfiteatros donde los astros de la medicina irradian sus fulgores empapando en útiles y preciosas enseñanzas a los ejércitos de la salud.

Si como clínico y Profesor es el primero en su país y en Centro-América, como hombre es un ciento por ciento caballero, **fino**, cultísimo, sociable y gran amigo. Generoso y amplio, para él no existan ridículas **nacionalidades** tratándose de centroamericanos. .

Todo homenaje que pudiéramos rendir al Doctor Velasco será insuficiente ante lo que vale y merece y por eso mis palabras no son sino un pálido reflejo de admiración y gratitud por el más glorioso e insigne de los clínicos de Centro-América.

*Antonio Vidal.*

## Disentería por Tricomonas

*Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil*

Las tricomas intestinales son parásitos de 10 a 12 micrones de largo por 4 a 6 de ancho, son más o menos piriformes, el protoplasma granular presenta un grueso núcleo y un blefaroplasma, sobre el que se insertan cuatro flagelos, tres dirigidos hacia adelante y uno dirigido hacia atrás, los que sirven para la locomoción y raptación. Estos flagelados se reproducen por cisiparidad y en algunos casos por conjugación; tienen una vitalidad superior a la de las amibas, bien puede vérselos en las deposiciones después

de muchas horas de haber sido expulsadas. Presentan mucha semejanza con los tricomonas vaginales, sin embargo se pueden diferenciar: en que el tricomona vaginilis es de doble tamaño del intestinalis; en éste los movimientos de los flagelos son tan vivos que para percibirlos bien, se necesita que esté el parásito por enquistarse. Los tricomonas se pueden encontrar en la submucosa y a veces se insinúan en las fibras de la capa muscular del intestino.

Los tricomonas son parásitos cosmopolitas, encontrando condiciones favorables en el intestino del hombre, se desarrollan en cualquier región que éste se encuentre. Predominan en los países cálidos y húmedos de la zona intertropical. En los países fríos se presentan casos esporádicos y si alguna vez se -dan pequeñas epidemias, éstas son llamadas a desaparecer progresiva y espontáneamente. En la propagación de los tricomas hay varios factores: los portadores de quistes, es decir sujetos que sin ninguna manifestación patológica, eliminan en sus materias fecales quistes, pudiendo contaminar el agua de uso doméstico y pudiendo durar estos quistes meses y hasta años sin sufrir ninguna alteración, esperando llegar a un medio favorable para deshacer su membrana envolvente y convertirse en un tricomona móvil que no tardará en multiplicarse' otro factor es el contagio inter-humano: las manos de los sujetos infectados pueden depositar los quistes sobre los alimentos o pueden contaminar directamente o por intermedio de los objetos de uso común el sujeto receptor, y por último: las moscas que juegan un papel importante en la propagación de todos estos parásitos, que después de estar en contacto de las excreta infectadas van a contaminar los alimentos.

Son varios casos que he observado en la Consulta Externa de la Sanidad como en pacientes particulares, en que la presencia de Tricomonas en las heces, producen toda la sintomatología -de una disentería amibiana: tenes-

mo doloroso, cólicos fuertes a lo largo del colón transversal y del colón descendentes y deposiciones numerosas y muco-sanguinolentas; algunas veces el hígado está doloroso y sensible a la presión y existe un grado marcado de anemia. La evolución de la enfermedad se presenta por crisis agudas separadas por períodos de calma más o menos largos. Las deposiciones muco-sanguinolentas desaparecen, que dando una diarrea pertinaz.

Muchos autores son de opinión que los tricomonas son inofensivos y que viven en estado-saprophyte en el intestino y la coexistencia en las heces fecales de la amiba histolística, han incriminado a ésta la causa de la disenteria. Realmente pueden presentarse casos en que estos flagelos no producen un estado patológico, pero cualquier causa que favorezca un desequilibrio en las funciones intestinales,, la pululación se hace más grande y de saprophytes que eran se vuelven patógenos.

Desde hace algún tiempo a esta parte es que venimos observando el aumento si podemos decir, enorme de los tricomonas en esta población, constatados en los reportes de los laboratorios; pues años atrás no se oían mentar estos protozoarios, bien pudo haber sido por la ausencia de éstos en los exámenes de heces o porque en aquel tiempo no se les daba ninguna importancia. Viéndoles a diario en el microscopio nos han llamado tanto la atención, que hemos seguido el curso de los enfermos, examinándoles sus deposiciones metódicamente para hacer prevale-

cer que dichos parásitos pueden producir la disentería.

Billet y Escomel dan gran importancia a los tricomonas en la etiología de las disenterías.

En 129 exámenes de heces fecales practicadas en el mes de junio del corriente año, en los laboratorios de la Sanidad cuarenta resultaron positivos **por** amibas y treinta y cinco **por** tricomonas, lo que demuestra el tanto por ciento elevado de la infección; y en varios pacientes

en quienes encontré amibas y **tríc**omonas, aun instituyéndoles el tratamiento de emetina a dosis alta, bismuto, stovarsol, **yatrén**, etc., etc., no se quitaron por completo sus asientos muco-sanguinolentos hasta que usamos la esencia de trementina a dosis de tres a cuatro gramos, bastando ésto para sentar de una manera incontrovertible el diagnóstico de disentería por tricomonas.

Julio de 1934.

## Un centenar de Mikulicz

Conozco desde mis lejanos tiempos de estudiante el principio y la técnica del drenaje de Mickulicz que Jayle atribuye a Dupuytren, pero efectivamente lo vi usar tan poco y de una manera tan tímida, que no logró enclavarse en mi espíritu con caracteres de un método quirúrgico eficaz.

Durante varios años estuve perdiendo un buen porcentaje de operados, sobre todo histerectomizadas, a pesar de emplear una técnica correcta. No fue sino hasta el año de 1927 en que visitando por ocho meses consecutivos el Servicio de Ginecología del Profesor Faure en el Hospital Broca de París adquirí la absoluta convicción de que el drenaje de Mikulicz es excelente y salva la vida de infinidad de individuos que sin él hubieran muerto.

Desde agosto de 1928 lo empleo en mi práctica con un resultado tan satisfactorio que no resisto el deseo de hacerlo saber a los cirujanos de mi país que por uno u otro motivo no tengan ninguna experiencia en él.

En 118 enfermos he usado el drenaje de Mikulicz, bien como el Profesor lo indica en su técnica o con variantes impuestas por las circunstancias de intervención, motivos que lo justifican y sobre todo por falta de material apropiado.

Los resultados han sido magníficos. A excepción de CINCO que murieron, todos curaron en un tiempo de 20 a 30 días; pero en honor del Mikulicz debo ha-

cer constar las causas de muerte: el primer caso, una prostituta entra al Hospital una noche con síntomas peritoneales, joven de 18 años bien constituida y con francos antecedentes anémicos, si cirujano de guardia piensa en un síndrome apendicular y le hace una laparotomía lateral; encuentra un fuerte exudado turbio, no halla el apéndice y se conforma con poner un tubo de drenaje en el Douglas. Diez horas después veo la enferma en lamentable estado y decido hacer nueva laparotomía tanto para explorar los anexos como para colocar un Mikulicz. En plena peritonitis supurada extirpo ambas trompas por manar de ellas pus y el apéndice que no mostraba lesiones de un proceso agudo. A las treinta horas la enferma moría.

El segundo caso se refiere a una herida del hígado por arma de fuego con estallido y gran hemorragia; murió el paciente a las 20 horas.

El tercero una herida penetrante del abdomen por arma de fuego y siete perforaciones intestinales y tres del mesenterio operado doce horas después del accidente; muerto 28 horas después de la operación.

El cuarto se refiere a un individuo joven herido por arma de fuego dos horas antes: ruptura del riñón y del vaso, esplenectomía y Mikulicz; muere quince horas después de la operación.

En el quinto caso solamente yo creo que fracasó el Mikulicz; se trata de una señora de 65 años operada por cáncer que empezaba del cuello uterino en muy buenas condiciones. Sobrevino una peritonitis a las 48 horas que acabó con la enferma a las 96.

Acostumbro quitar el taponamiento, a las 48 horas la mitad y a las 72 el resto, solo en caso de abundante supuración lo dejo uno o dos días más.

Cuando no tengo el material apropiado para poner un Mikulicz tal como lo aconseja el Profesor Faure lo hago de esta manera: tomo uno de los campos operatorios de tela fina, lo doblo en cuatro, paso un hilo de seda gruesa por el vértice y con un clamp lo introduzco en el fondo de la cavidad que deseo drenar; luego meto un número de gasas, variable según la dimensión el espacio a taponar y el tamaño de las gasas; todas quedan completamente dentro de la cavidad. Por término medio coloco de 10 a 15 rara vez más.

La salida de líquidos se hace maravillosamente; en ciertas ocasiones he observado las gasas tan blancas como se pusieron, al extraerlas.

El drenaje se hace tan bien como en el procedimiento clásico. Le encuentro como única desventaja la de ser un poco más difícil para el cirujano la extracción y para el enfermo un poco más doloroso. En cambio tiene la ventaja de que estando todas las gasas adentro sólo queda por fuera la última introducida y por consiguiente la herida de la pared abdominal se

puede cerrar en dos tercios más sin dañar el drenaje y exponiendo menos el riesgo de la eventración.

Uso el Mikulicz en la Histerectomía abdominal total por cáncer avanzado y muy infectado.

En las histerectomías por salpingitis crónicas supuradas cuando en el curso de la operación se rompió una bolsa de pus o la hemostasis y la peritonización fueron imposibles una u otra.

En las apendicitis supuradas y en las de forma peritoneal aguda con exudado turbio o purulento.

En las colecistectomías por colelitiasis supurada antigua con adherencias o cuando la hemostasis es difícil o imposible.

En las rupturas del hígado.

Últimamente lo usé en tres heridos del intestino con varias perforaciones; uno se salvó a pesar de haber sido operado 24 horas después del accidente y en malas condiciones.

En las salpingectomías por ruptura tubárica cuando hay muchas adherencias y destrucción del peritoneo.

113 casos vivieron gracias al Mikulicz; tengo la absoluta seguridad que una mínima parte de éstos se hubiera salvado o tal vez ninguna sin el precioso recurso del Mikulicz.

Las objeciones hechas a este método de drenaje son de un carácter tan vanal que el Profesor Faure ha podido decir valientemente que prefiere salvar la vida a diez mujeres con eventración que perder una en diez sin eventración.

Y es ese precisamente el mayor reproche. Yo *he* tenido apenas 17 eventraciones en 118 casos de aplicación. De las 17 se operaron 14 y de esas en una se reprodujo tres veces debido a una bronquitis crónica antigua cuya causa siempre se nos escapó a pesar de repetidos exámenes clínicos, de laboratorio y radiológicos. Las otras curaron perfectamente por primera intención.

Las adherencias han causado molestias que requirieron intervención en dos casos que curaron.

Nunca he tenido hemorragia seria después de extraer la bolsa del Mikulicz.

Nunca una perforación intestinal.

Una vez una perforación de

la vejiga que aun no sé si fue producida por el drenaje o por algún pinchazo en el curso de la operación (Histerectomía laboriosa por fibroma del ligamento ancho con gran hemorragia); curó con solo dejar en la vejiga una sonda en permanencia durante seis días.

Como conclusión, yo aconsejo fervorosamente, dados los expandidos resultados de mi práctica, usar el drenaje de Mikulicz en la forma clásica o como lo indico en los casos de no tener el material adecuado; en las operaciones abdominales en que hay supuración, reciente o antigua, hemostasis imposible y destrucción de peritoneo que impida hacer la peritonización.

*S. Paredes P.*

Tegucigalpa, julio 1 de 1934.

## Preservación de sustancias medicamentosas

*"Es atentatorio a la salud pública vender preparaciones farmacéuticas cuya potencia o fuerza química o biológica esté fuera de los límites señalados, de pureza, en las Farmacopeas."*

Sería necesario ejercer una imposible vigilancia en las Farmacias y Laboratorios químicos y biológicos, para garantizar de manera absoluta que las fórmulas médicas, preparadas con las sustancias químicas soluciones medicinales, extractos vegetales, etc., estuvieran siempre dentro de las normas establecidas por los Códigos especiales que rigen los porcentajes de composición, la conservación, y la naturaleza de los diferentes preparados medicinales.

Las drogas que necesitan estandarización, requieren con el tiempo ensayos de comprobación, respecto a si las operaciones nuevamente **verificadas**, están exactamente en las mismas condiciones al cabo del tiempo, y si se hace necesario arrojar por inútiles o nocivas las que ayer estaban en perfecto estado: las materias químicas que se afectan por los cambios atmosféricos o simplemente por los agentes físicos, luz, calor, etc...., no pueden en todo caso responder a las exigencias de las Farmacopeas, ni dar los mismos efectos con un cuidado especial, o sin ninguno: las soluciones tituladas de alcaloides en alcohol o glicerina, sujetas a la evaporación de los líquidos volátiles, se concen-

tran de tal manera que posiblemente sin el cuidado especial de ensayo o análisis, el médico va a recibir un producto de doble fuerza al que espera, con peligro de la vida de un paciente: Las sustancias de fácil disociación, o que sean eflorescentes, o delicuescentes, jamás llenarán ningún requisito "standard" de pureza: en las Farmacias en las cuales se acostumbra sustituir las aguas destiladas como la de flores "de naranjo y otras con las aguas saturadas, no dan jamás el vehículo requerido por el facultativo, y además este nuevo producto de sustitución se altera con más facilidad que el agua corriente envasada y estancada; Los Jarabes ya sea Oficiales o de los que figuran como Especialidades Farmacéuticas, **tanto** como las mieles ("melitus") miel de abejas entre otras, están con más razón expuestas a **descomponerse** por acidificación, reaccionando algunas veces con las sustancias a las que se asocian con desprendimiento de gases nocivos, o por lo menos innecesarios a la dolencia del paciente.

Pueden citarse a la ligera como ejemplos de los casos anteriores los siguientes: Preparaciones de Digital, de Estrofantó, de Belladona, etc.... Sales de plata,

loduros, Bromuros, sales de estroncio y de litio, Carbonatos alcalinos, sales amoniacales, soluciones de digitalina cristalizada, agua saturada de flores de naranjo, de menta piperita, -de anís, de alcanfor, de creosota, etc., miel de abejas, jarabes expectorantes, jarabes antipalúdicos, jarabe simple (después de tres días) percloruro de hierro y sus disoluciones, Hopogan. sales mercuriales básicas, leche de magnesia, aceites vitaminados, sales de zinc, especialmente el cloruro, sales de calcio el cloruro, Sulfato de sodio conservado en barriles, maná, ojas de digital, de S3n, de belladona, etc...

Como decíamos al principio, la vigilancia de la Facultad de Farmacia debe extenderse al expendio de drogas en detalle, con la correspondiente responsabilidad de los que trafican con sustancias que no responden a las Farmacopeas, y que tal vez se encuentran en estado de descomposición, causando, no una mejoría a los enfermos sino produciéndoles nuevas dolencias. La responsabilidad en estos casos se limita a los cargos que la conciencia del expendedor puede hacerse, que dada la ignorancia de algunos se reduce a ninguna. Muy difícil es en verdad verificar exámenes químicos de preparaciones farmacéuticas, que está tomando un paciente, el cual no puede solicitar tal examen, pues no está en condiciones de poder apreciar, si lo que está tomando es lo que el médico le prescribió o no: supone simplemente que así es: el examen vendría cuando se presentara una queja del pa-

ciente o del facultativo. No se ha dado *el* caso todavía en Honduras.

Muy natural es pensar que una de las obligaciones del farmacéutico es mantener en perfecto estado su material de trabajo: extractos, drogas crudas, sales, alcaloides, jarabes, soluciones .etc. .. examinándolas de vez en cuando macroscópica y químicamente, para comprobar su buena condición: pero ¿pueden hacer ésto, todos los que dirigen una Farmacia en el país? Al tratar el Código Americano —

tomando como ejemplo el ácido clorhídrico ofical — especifica que debe responder a varios ensayos antes de ponérsele en uso: ensayo de pureza, ensayo de concentración o valoración especialmente: este ácido, le pide por lo general como ácido muriático, nada puro, y de una concentración variable: de tal modo que el ácido clorhídrico diluido, de los médicos, no es el ácido diluido de las farmacias, pues éstas, empíricamente muchas veces, diluyen al diez por ciento del ácido comercial, para ponerlo en sus recetas, causando grandes daños más de una vez. El simple Jarabe que da buen sabor a las preparaciones, sino es hecho con agua destilada y purificado por los medios conocidos del técnico, y por desgracia no se agota en unos cuatro días, esas mismas impuresas alterándolo, van a dañar a los enfermos y no a mejorarlos. Las soluciones tituladas de codeína que para la preparación extemporánea de jarabes se acostumbra preparar en las farmacias, se concentra por evapo-

## Narcosis intravenosa por el Evipán

Por

*Jentzer, Oltramare, Poncet.*

(La Presse Medicale,  
25 abril. 1934.)

La técnica descrita por estos autores es como sigue:

Aplicación de una inyección de un ce. de Pantopón al 2%, 1 hora antes de la intervención. Para aplicar el evipán usan un brazalete que sostiene la aguja para su inyección, empleando una jeringa de 10 c. c. (cor) la solución al 10 %. El punto capital en la anestesia por evipán es la lentitud de la inyección. Todos los accidentes anotados en la literatura son imputables a la rapidez de la inyección. Un segundo punto de importancia es que los reflejos córneos y palpebrales no tienen con

el evipán la importancia que con el éter. Puede tenerse un silencio abdominal completo con el reflejo córneo conservado. El relajamiento de la mandíbula inferior, señalado por algunos, es inconstante, pero de valor cuando existe. Se necesita después de esto, para prolongar el sueño, inyectar de 2 a 3 c. c. La duración de la inyección de estos primeros centímetros es de 3 a 7 minutos, después la inyección se prosigue con más rapidez hasta resolución muscular. Ello se consigue generalmente con 6 a 10 c. c. Se retira entonces la jeringa, dejando la aguja en la vena, a la cual se adapta un aparato de fleboclisis con

ración con las consecuencias que son de esperarse. Es atentatorio a la salud pública vender preparaciones cuya potencia química o biológica no esté de conformidad con las regulaciones de pureza que piden las Farmacopeas: aun cuando el médico o el paciente jamás lo llegaran a saber, es por la profesión farmacéutica que debemos pedir mayor vigilancia de los que están en sus recetarios colaborando con el médico a rescatar vidas y no poniendo éstas en peligro.

Las visitas que la Facultad de Farmacia verifica anualmente, no son suficientes para este control: lo limitado del tiempo, y la gran cantidad de preparaciones

que deberían probarse, hace casi nulo el resultado de tal visita: es decir en cuanto al punto tratado por nosotros, pues por lo demás, si demuestra más o menos el estado de las drogas usadas y si se cumple o no con la ley. Repetimos que son los profesionales mismos, los que deben considerar el cumplimiento estricto de su deber, rindiendo el mejor servicio, para bien de la humanidad a la cual se sirve con el desinterés con que se ofreció servir, el día en que se recibió en las aulas el título profesional.

*Guillermo E. Duron.*

Teg., Junio 30 de 1934.

suero glucosado hipertónico, cuyo objeto es doble:

1?—Mantener la permeabilidad de la aguja que permita repetir la inyección en cualquier momento.

29—Sobresaturar la célula hepática y retardar así la disociación de la molécula de evipán, lo que prolonga su efecto.

Con este dispositivo basta a los primeros signos del despertar, reinyectar 1 a 2 c.c. para mantener la narcosis. Esta inyección se hace del modo más simple: da enfermera hunde la aguja de la jeringa que contiene la nueva dosis de evipán en el tubo de hule del aparato gota-a-gota, y así el evipán es arrastrado por el suero glucosado a la vena. Aquí interviene la pericia del que hace la maniobra. Ello permite entretener anestias durante varias horas, mientras que si se espera demasiado tiempo ya se necesitarán fuertes dosis nuevas para volver a dormir al sujeto. En lo general la dosis de sostén es de 2 a 3 c. c. cada 20 minutos. Hemos podido realizar así narcosis de tres horas, emplando hasta 27 c. c. El evipán nos ha permitido hacer intervenciones de diversas clases. Su acción nos ha servido especialmente en los basedovianos: es bien conocido en ellos el shock emotivo, el evipán lo evita completamente y permite encubrirles el día de la operación, la inyección se hace cuando todavía está el enfermo en su cama.

El evipán es precioso en cirugía abdominal, donde da silencio total. Sin embargo lo han encontrado deficiente en cirugía

ano-perineal, en que no hay relajación y sí reacción constante del enfermo.

Últimamente estos autores han tratado de extender su aplicación a la cirugía cerebral con resultados inconstantes.

En líneas generales, se obtiene una narcosis tan perfecta con evipán que con éter a condición que las reinyecciones sean minuciosamente observadas.

Hasta el día no han encontrado ninguna contraindicación, ni aún en los diabéticos y en carcinomas hepáticas. En sus 72 operaciones los enfermos estaban en ayunas, pero no creen que tal preparación sea indispensable, puesto que en todos sus casos de urgencia los enfermos no tenían más preparación que la inyección de 1 ce. de pantopón al 2%. Citan una apendicectomía en un enfermo que había sufrido años atrás, una nefrectomía, y que no presentó ninguna modificación en sus funciones renales.

El despertar es muy variable (media hora a doce horas después de la operación). Como término medio dos horas para el enfermo que haya recibido 12 c. c; cuatro horas para una de 18 a 20 c. c. Ocho veces el despertar fue extremadamente rápido y acompañado de agitación que necesitó una inyección de pantopón.

La narcosis por evipán presenta sobre el éter las ventajas siguientes:

1°—Ausencia total de agitación al comenzar. El enfermo se duerme sin aprehensión contra el éter, la máscara y sofocación.

2°—Abolición de cefaleas, náuseas menos intensas que con éter, gran rareza de vómitos.

3°—Supresión de la máscara y posibilidad de operar en la cara y cavidad bucal.

4°—Amnesia post-operatoria ausencia de shock psíquico.

Ventajas sobre la avertina:

5°—Descenso mínimo de la

presión sanguínea.

2°—No aumenta la hemorragia de los parenquimas.

3°—Administración más simple, más aséptica y menos angustiante y posibilidad de fraccionar la dosis.

4°—Despertar más rápido, comparable con el del éter.

5°—Narcosis total, sin narcótico complementario.

## Anhidremia

*Extracto de una Conferencia dictada por el Dr. Marco Bello Morales en el seno de la Asociación Médica Hondureña*

Basado en regular número de casos por él observados en esta ciudad desde hace muchos años y de acuerdo con las autoridades de mayor renombre en la pediatría moderna de los Estados Unidos, el autor hace consideraciones de la importancia enorme que tiene la Anhidremia bajo todos los puntos de vista.

La Anhidremia es una disección de la sangre y de los tejidos debida a un exceso de la excreción sobre la ingestión del agua. Se manifiesta por un grupo de síntomas de envenenamiento que puede llegar rápidamente a da muerte sin dejar señales patológicas demostrables.

La causa más aceptada de este síndrome por los investigadores es la infección. Ingestión de alimentos sépticos, de secreciones de las vías respiratorias, del oído, de los senos, de las amígdalas, etc.

La vía sanguínea puede también conducir los gérmenes al tractus intestinal.

En general, cualquier factor que altere la nutrición, es capaz de provocar la aparición del síndrome con su cuadro secundario: la intoxicación.

Los síntomas son éstos: estado agudo, evolución rápida, colapso, temperatura elevada, polipnea. a veces disnea del tipo del coma diabético o urémico, debido a la acidosis producida, no por excesiva formación de ácidos, sino por falta de excreción de fosfatos ácidos. Vómitos diarreas, trastornos nerviosos y síquicos, rápida pérdida de peso. Leucocitosis y melituria. Hematemesis raras veces. Oliguria y anuria, albuminuria, cilindruria y a veces glicosuria. Corazón débil, pulso pequeño, rápido e irregular.

Las deyecciones líquidas, numerosas, contienen mucosidades y con frecuencia sangre; en los casos más severos que llaman cólera infantil, tienen el aspecto de agua de arroz, se acompañan de tenesmo y a veces cie prolapso del recto.

La piel cambia rápidamente, se arruga, seca, color gris, pierde su elasticidad. Los labios se secan, toman un color rojizo como si estuvieran pintados. La boca abierta, lengua seca, ojos hundidos, nariz afilada.

Al principio el niño está intranquilo, grita; después hay somnolencia como de narcótico; hay temblores, convulsiones, estrabismo.

Los cambios en la sangre son característicos y constantes, varían en grado. En los casos de mayor gravedad se pone espesa y fluye lentamente; en el centrifugador se precipita muy pequeña cantidad de suero. Hay acumulación de productos ácidos del metabolismo de los tejidos y disminución de la reserva alcalina de donde una acidosis sumada a la anhidremia.

Un segundo factor en el desarrollo de la acidosis es la tendencia a la acumulación del ácido láctico y cuerpos de acetona y como consecuencia Uremia.

El pronóstico de esta **enfermedad** depende del estado anterior de la nutrición, de la cantidad de agua perdida y del tratamiento empleado. Es gravísimo en los niños atrepticos. Lo mismo cuando aparece la acidosis. La infección causal debe también tomarse en cuenta. La capacidad del niño para retener el suficiente alimento cuando han desaparecido los sintonías de la toxiinfección, cuanto más tierno más difícil, salvo si se consigue leche de la madre o de una nodriza, cuando el niño es anoréxico o suda mucho por el calor ambiente, el pronóstico es más serio.

El tratamiento será mas eficaz si el diagnóstico es hecho precozmente. Influirá, naturalmente sobre los resultados el estado anterior del paciente.

La diarrea y el vómito merecerán especial cuidado. Retirar toda clase de comidas de 6 a 15 horas y dar agua como sea posible; un niño de 3 a 9 meses necesita la quinta parte de su peso en agua para reponer las pérdidas en 24 horas. Hay que saber dar el agua, inmediatamente después de los vómitos; si no la retiene sustituirla con té de castilla endulzado con sacarina, 0.085 por litro de té. Si con el período de ayuno no hay mejoría de la diarrea, opio en forma de elixir paregórico y cuando el número de asientos disminuye dar en su lugar leche de bismuto, una combinación de sulfocarbolutos da zinc, calcio y soda, o benzonaftol y bismuto; cuando hay marcada atonía pequeñas dosis de atropina o **epinefrina** al 1 por mil de una a cinco gotas bajo la lengua del niño.

El vómito se puede controlar por medio de lavados del estómago dos o tres al día. Sinapismos de mostasa en el epigastrio por 8 o 10 minutos repetidos según las necesidades y el estado de la piel.

Inyecciones subcutáneas de suero fisiológico o solución de Ringer uno a dos litros en las 24 horas. Cuando el niño es dócil poner el suero por vía rectal en Murphy, 40 a 50 gotas por minuto; también por la vía nasal introduciendo una sonda de hule hasta el estómago e instilando 30 gotas por minuto. Cuando

hay amenaza de acidosis añadir al suero 5 % de glucosa. La vía endovenosa será utilizada en casos de extrema urgencia en el seno longitudinal o la yugular anterior.

La mejor vía es la cavidad peritoneal para introducir enormes cantidades de líquido. Bien sujetado el niño se introduce la aguja en el punto medio entre el ombligo y la sínfisis púbica y dejar el suero entrar por su propio peso; la temperatura de 38 grados es aconsejada y una cantidad variada de 100 a 500 gramos que pueden pasar en 15 a 30 minutos. En caso de acidosis usar soluciones endovenosas de glucosa al mismo tiempo que las intraperitoneales.

Una de las primeras indicaciones que el niño está reaccionando es el aumento de la orina; la piel se va poniendo elástica y recobrando la coloración normal. Debe continuarse la administración de agua aun después de haber desaparecido los fenómenos de intoxicación, por la vía más fácil.

En los casos de marcada acidosis administra soluciones de bicarbonato de soda al 2 % en dosis de 60 a 300 gramos según la edad del enfermo, examinar constantemente la orina con el papel de tornasol para no dar demasiados alcalinos; en las convulsiones prescribir además lactato o cloruro de calcio por vía bucal e inyecciones de sulfa-

to de magnesia intramusculares. La transfusión de sangre ejerce un estímulo favorable a la regeneración y restablecimiento del paciente.

Al terminar la enfermedad se presenta el problema de la alimentación. En los niños tiernos recurrir a la leche de la madre por uno o dos minutos, si no le perjudica ir aumentando el número de minutos hasta llegar a la normal pero a condición de estricta vigilancia por temor de graves recaída-s; en los niños de mayor edad es también magnífica la leche de mujer, pero como es difícil conseguirla en cantidad suficiente ayudar con leche de vaca, desnatada. Si es necesario, agregar a esta leche agua de arroz y una pequeña cantidad de azúcar y poco a poco ir disminuyendo los agregados hasta administrar leche pura.

El Dr. Morales ha empleado con verdadero éxito, en los casos que la leche desnatada no es bien tolerada, añadirle 4 cc. de ácido láctico al 80 % por cada 500 gr. de leche y 60 cc. de jarabe de maíz al 50%. Prepara la bebida e esta manera; hervir la leche 3 minutos, que se enfríe por dos horas, ponerle el ácido láctico gota a gota revolviéndolo después de cada una para que no la precipite, todo lentamente. El jarabe de maíz se añade antes de hervir la leche. A medida que el niño va tolerando más 3a bebida va desnatando menos hasta darla completa.

Buenos resultados dan también el ácido muriático y el jugo de limón 10 cc. por 500 gr. de leche; el jugo de naranjas dulces a la dosis de 30 gr. por 500. Todos estos ácidos se usarán en la misma forma que el láctico. Cuando la tolerancia está bien establecida agrega una octava parte de yema de huevo fresca aumentando cada cinco ; seis días hasta llegar a una yema entera al cabo de seis semanas. Esta combinación de **jugo** de frutas y yema de huevo contenida en la leche lleva toda clase de vitaminas en cantidad suficiente para los niños que se alimentan artificialmente. Es incomparablemente superior el resultado obtenido con el bacilo búlgaro.

Usar el menor número posible de medicinas. Si la temperatura es muy elevada hacer baños de empaque tibios y colocar una bolsa de hielo en la cabeza.

Cuando hay colapso, baños de agua con **mostaza**. Inyecciones de aceite alcanforado, cafeína con benzoato de sodio y si meteorismo pituitrina.

Para las convulsiones bromuro de sodio 20 a 30 cgr. cada dos o tres horas. Veronal 0,05 y baños con mostaza.

Demás está decir que serán tratadas las causas de la enfermedad tan luego como se averigüen: otitis media, sinusitis, mastoiditis, etc., por los medios médicos o quirúrgicos disponibles, al mismo tiempo que la Anhidremia.

## Semiología Urinaria Piuria

La presencia de pus en la orina caracteriza la piuria.

Síntoma .excecivamente frecuente en das infecciones urinarias y en la abertura de colecciones de órganos vecinos de ellas.

Para examinar la orina hacer orinar al paciente en un vaso transparente y notar los caracteres: límpida pero con filamentos ligeros, flotantes o pesados que caen al fondo del vaso; ligeramente turbia; pus casi puro. Cuando son amoniacales se vuelven glerosas y contienen masas viscosas amarillentas que adhieren a la pared da! vaso. Algunas veces presentan un color moreno oscuro y su olor es fétido, son orinas pútridas producidas por un fenómeno inflamatorio gangrenoso.

La orina después de un período de reposo sedimenta y es el sedimento y el líquido si que debe examinarse. El líquido puede ser límpido o turbio. Si lo turbio persiste con en reposo indica el origen renal de la piuria: proviene de disolución en la orina de glóbulos blancos debido a la alcalinidad de la misma. Algunas veces estos factores se encuentran en las cistitis vanales y la orina toma los caracteres de las renales.

E: sedimento se presenta como un polvo fino que se mezcla a la menor agitación o bien estanca en forma de masas amarillas verdosas netrogéneas; otras veces es pus ligoso o granuloso. Las orinas amoniacales dejan sedimentar un depósito

viscoso, filamentososo que adhiere fuertemente. Una nube más espesa en el fondo aparenta un sedimento que en realidad no existe.

El examen químico **permite** afirmar la presencia de pus. La alcalinidad las vuelve viscosas. Agregándole soda o amoniaco se hace el sedimento fluido, reacción poco demostrativa en los casos de escaso pus, en es3 caso sólo el microscopio es capaz; de hacer el diagnóstico.

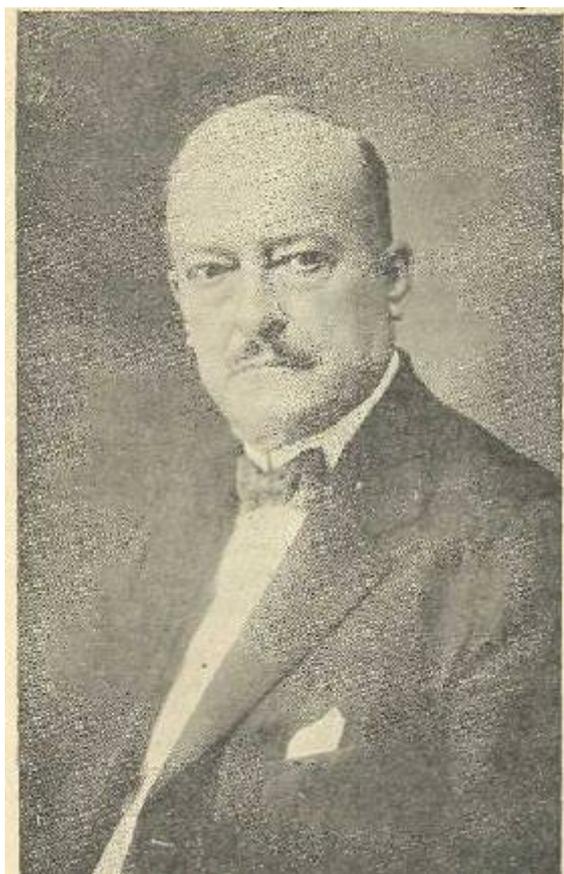
La piuria vuelve las orinas albuminosas pero en pequeña cantidad (1 gr. 50). Arriba de esta cantidad puede considerarse como producida por lesiones renales.

El elemento constitutivo de la piuria es el leucocito, pero no se afirmará la presencia de pus si los leucocitos no están aglomerados. 10 o 15 glóbulos aislados por campo de microscopio no significan que haya pus, eso se llama leucocitosis urinaria; cuando los leucocitos están en la proporción de 2 por 750 es que hay sangre normal.

El enturbamiento de la orina no sólo significa que haya pus. Exceso de sales minerales, quiluria y bacteriuria pueden también modificarla.

Toda orina que no se pone turbia sino después de la micción no es una orina purulenta. El exeso de uratos se manifiesta en que por la ebullición la orina se aclara. Las fosfáticas y con carbonato de cal se aclaran por la adición de ácido acético que los disuelve. La quiluria da un co-

*Continúa en la Pag. 539.*



### El Doctor Luis H. Debayle

Estamos seguros al poder asegurar que no hay en estos momentos en Centroamérica una figura médica más gloriosa que la de Luis H. Debayle.

Nos hace la impresión ese gran viejo de un inmenso árbol, de las selvas tropicales cuya sombra cubre una área incommensurable.

Podrá haber a sus pies robles más frondosos, con retoños plétóricos de más vigor, de más sa-

via por ser más jóvenes; pero de ningún modo opacan ni empequeñecen la grandeza del árbol milenario cuyas profundas raíces, el pasado, lo mantienen enhiesto, desafiando los vendavales y venciendo la carcoma.

El Dr. Debayle hábil cirujano, formidable clínico, maestro insigne, siempre niño a pesar de que hace mucho tiempo que es viejo, llena cuarenta años de la historia médica de Nicaragua

con fulgores excepcionales quizás no igualados por ninguno otro en Centroamérica.

Espíritu inquieto, por desgracia, lo mismo ha quemado la llama de su vida en los campos de la cirugía que en los de la medicina, en los de metafísicas combinaciones financieras como en los de los agotadores deleites que proporciona el divino pecado. Lo mismo ha saciado su sed inagotable de perfección y de grandeza en la fuente milagrosa de Castalia que en las aguas cenagosas de nuestra política tropical.

Lástima grande que ese cerebro extraordinario y que ese corazón tan puro como el de Darío, que conoce todas las flaquezas del cuerpo y ninguna de las del espíritu, hayan sido tan grandes que no pudieron enfo-

car todo su poder hacia el campo de la Medicina y de la Cirugía, que de haber sucedido así hubiéramos tenido en Luis Debayle una figura mundial extraordinaria.

Pero está escrito que esos cerebros superiores tienen que ser multifacéticos y ávidos de luz quieren recibir sus rayos lo mismo de la humilde chispa de una oruga que del inmenso horno de un sol.

Pero a pesar de eso, repetimos, Luis H. Debayle es la figura médica más gloriosa de Centroamérica y sobre sus divagaciones, sobre sus flaquezas de hombre grande, sobre sus extravíos, se yerguen luminosos su cerebro y su corazón como una antorcha y una pira.

*R. D. Alduvín.*

*SEMIOLOGIA URINARIA**Continuación de la Pág. 536.*

lor lechoso y no se encuentran leucocitos aglomerados. La bacteriuria en orina recientemente emitida da reflejos de tornasol-sólo el microscopio puede afirmar la presencia de microbios.

En conclusión, aunque macroscópicamente se puede averiguar si una orina contiene pus o no el microscopio es quien tiene la última y definitiva palabra.

Para hacer el diagnóstico de la causa de piuria habría que recorrer toda la patología inflamatoria del riñón, vejiga, próstata y uretra. Lo más interesante es saber de dónde viene el pus.

Piuria filamentosa, parcial, inicial es 'de origen uretral o prostático. Para saber de qué porción de la uretra se hace orinar al enfermo en tres vasos; filamento sólo en el primero indica que el pus viene de la uretra anterior; una gran cantidad en el tercero caracteriza la uretritis posterior; igual en los tres uretritis total. La piuria de origen prostática se pone de manifiesto recogiendo la orina después de un masaje de la prostata.

Filamentos largos, espesos y pesados que caen rápidamente al fondo del vaso corresponden a una piuria de la uretra posterior.

Gruesos filamentos en coma indican inflamación de la prostata. Pequeños y ligeros inflamación de las glándulas de Littré.

Al examen microscópico de los filamentos se averigua la calidad de gérmenes que contiene. Pueden también cultivarse.

La piuria vesical es total, poco abundante; las orinas que presentan flemas traducen una inflamación de la vejiga antigua; la piuria pútrida significa lesiones gangrenosas de la vejiga. Como para la hematuria cuando se quiere establecer el origen de la piuria se acude a los lavados vesicales.

Las **cistitis** se acompañan siempre de piuria. El examen clínico, los antecedentes, la cistoscopia, la cistorradiografía liarán el diagnóstico de la procedencia primitivamente vesical o la fistulización a través de ella de un absceso de vecindad.

La piuria renal es mucho más abundante que la vesical, conservan en reposo el enturbiamiento. Presenta con frecuencia y al igual de la hematuria alternativas bruscas de aclaramiento debido a obstrucciones del uréter por grumos de pus. Se aclara rápidamente por el lavado vesical al contrario de lo que pasa cuando procede de la vejiga.

Tres afecciones debe hacer sospechar la supuración renal: cálculos infectados, pielonefritis vanal y tuberculosis renal. Siempre radiografiar los individuos con piuria renal. Si la orina es pálida y turbia pensar **en** la tuberculosis; lo mismo si son muy ácidas y sin microbios. El **examen** con división por cateterismo urétera! permite hacer el diagnóstico con la pielonefritis que no produce disminución **del** valor funcional del riñón en tan-

## Lo que el médico no debe hacer

### *Aborto.*

- NO autoricéis el matrimonio de los sífilíticos que no hayan sufrido un tratamiento esterilizante efectivo.
- NO permitáis el matrimonio de los sífilíticos antes de pasar tres años de haber contraído la infección.
- NO permitáis el matrimonio de las mujeres sífilíticas antes de que hayan pasado cinco años del principio de la infección.
- NO dejéis de pensar en el aborto siempre que una mujer joven y sana tiene pérdidas sanguíneas vaginales fuera de la época menstrual.
- NO lo confundáis con la ruptura del embarazo extrauterino que provoca dolores ir-tensísimos, síncope y anemia.
- NO os conforméis con asistir un aborto; determinad su causa y combatidla. El aborto habitual es debido generalmente a paludismo, sífilis, albuminuria o diabetes. Si no llegáis a descubrir la causa, no dejéis de hacer el tratamiento específico.
- NO Introduzcáis nunca un histerómetro en la cavidad uterina sin estar convencidos de que la mujer no está embarazada.
- NO explotéis la criminal industria del aborto.
- NO provoquéis el aborto sino cuando de ello dependa la vida de la mujer, y cuando hayáis obtenido el consentimiento de la familia.
- NO provoquéis el aborto sino en los casos siguientes: Hemorragias graves, vómitos incoercibles, mola, afecciones renales, cardíacas o pulmonares graves, anemia perniciosa, hidramnios, neuritis gravídica, parálisis ascendentes.
- NO provoquéis el aborto en las enfermedades infecciosas agudas en general.<sup>1</sup>
- No provoquéis el aborto por medio de inyecciones intrauterinas, sustancias medicamentosas ni punción del huevo. Haced el vaciamiento de la cavidad por medio

- de la dilatación, seguida del curetaje digital o instrumental.
- NO multipliquéis vuestras exploraciones inútilmente; podéis provocar una infección.
- NO intervengáis sistemáticamente después de todos los abortos; casi todos ellos evolucionan favorablemente.
- NO dejéis de intervenir cuando creáis que un aborto ha sido provocado por maniobras criminales.
- NO favorezcáis un aborto mientras no estéis convencido de que la vida de-! producto es imposible.
- NO procuréis tener un aborto, si hay' seguridad de que el embrión ha muerto; preocupaos sólo de la madre.
- NO deduzcáis que el feto vive o ha muerto por la cantidad de sangre expulsada; hay casos en que la hemorragia es profusa y el embrión vive, y al contrario.
- NO **dejéis** de limpiar bien la cavidad, después de un aborto incompleto, si queréis evitar infecciones y hemorragias.
- NO empleéis la cureta filosa para limpiar la cavidad; podéis perforar el útero.
- NO hagáis el raspado con una cucharilla angosta; haced una buena dilatación y aplicad una cureta ancha.
- NO esperéis oír el grito uterino al hacer el raspado después del aborto.
- NO perdáis la serenidad si rompéis el útero al rasparlo. Retirad suavemente la cureta; poned en reposo a la enferma y aplicadle una bolsa de **hielo** en el vientre.
- NO hagáis la extracción manual o instrumental inmediata de la placenta, si no hay hemorragia, infección o señales de que el feto está macerado.
- NO deis cornezuelo de centeno para detener las hemorragias sin estar seguros de que no queda nada en la cavidad uterina.
- NO deis antipirina.

*Abscesos.*

- NO hagáis tratamiento abortivo, que es generalmente inútil.
- NO retardéis nunca la incisión de los abscesos.
- NO empleéis la anestesia local; i es inútil.
- NO empleéis la refrigeración local por el cloruro de *etilo* que endurece los tejidos.
- NO hagáis incisiones pequeñas; la curación del absceso es tanto más rápida cuanto más grande es la incisión.

*Absceso del bazo.*

- NO atribuyáis a simple Hipertrófia el crecimiento y dolor espontáneo del bazo, que aumentan después de una tifoidea, fiebre recurrente o una piohemia; pensad en el absceso.

*Absceso cerebral.*

- NO lo confundáis con las nefritis, que como él puede producir vómitos, cefalalgia, coma, y cuya retinitis hace

pensar a veces en la éxtasis papilar. Analizad la orina.

NO esperéis, para diagnóstica; lo y operar, la aparición de los grandes síntomas. La ce-cefalea, anorexia, enflaquecimiento, pulso lento que aparecen en el curso, o después de una otitis, imponen la intervención quirúrgica inmediata.

#### *Abscesos del cuello*

NO olvidéis la antisepsia bucal; estos abscesos tienen siempre su origen en la boca: caries, gingivitis, periostitis amigdalitis.

NO vaciléis en incindir el adenoflegmón del mentón en la línea media, en donde no hay ningún peligro.

NO retardéis la incisión de la angina de Ludwig, que puede provocar un edema de la glotis.

#### *Absceso dentario*

NO esperéis que haya pasado la infección para extraer la pieza que lo ha provocado.

NO hagáis aplicaciones calientes.

#### *Absceso de la Fosa Iliaca.*

NO confundáis con el absceso apendicular; la posición del muslo en flexión y rotación externa es característica de aquél.

#### *Absceso frío*

NO dejéis que el absceso se abra solo.

NO incindáis y mucho menos si el absceso comunica con un foco óseo.

NO olvidéis nunca el nivel de la piel adelgazada, roja o demasiado distendida; hacedlo al nivel de la piel sana.

NO operéis al enfermo sentado.

NO aspiréis muy fuertemente con la jeringa; haréis sangrar el absceso.

NO inyectéis más de la mitad del líquido que habéis extraído.

NO inyectéis más de 5 c. c. de éter yodoformado en la primera sesión; podéis provocar yodismo.

NO dejéis que se distienda mucho la bolsa del absceso al inyectar el éter yodoformado; dejad salir el éter por el talón de la aguja.

NO inyectéis nunca más de 20

- c. c. de éter yodoformado, sin estar seguro de que no provocaréis yodismo.
- NO inyectéis líquido modificador al hacer la última punción.
- NO olvidéis que los abscesos fríos del Mal de Pott cervical son siempre retrotiroides y retrotiroides, al revés de casi todos los abscesos tiroideos y de la mayor parte de los ganglionares del cuello.
- NO empleéis el naftol o el timo] alcanforados como líquidos modificadores en la adenitis tuberculosa; han causado muchas muertes.
- NO esperéis para operar que la piel esté adelgazada.
- NO inyectéis éter yodoformado si la piel está invadida; preferid el aceite yodoformado.
- NO empleéis ningún líquido modificador si la piel está a punto de romperse; preferid el Dakin o el drenaje filiforme.
- NO intentéis mantener cerrada una bolsa cuya piel está ulcerándose; abridla y exprimid fuertemente.
- NO dejéis de abrir cuando la supuración ha provocado gran-despegamiento de la piel. Curetead y haced la helio-terapia.
- NO operéis desde el momento que se inicia una adenitis multiganglionar no supurada; esperad a veces muchos meses.
- NO hagáis la helioterapia en los lugares que han sido sometidos a la radioterapia.
- NO confundáis la adenitis tuberculosa con la consecutiva a la caries y a las lesiones cancerosas y sifilíticas de la boca.
- Absceso laríngeo.*
- NO dejéis de hacer la laringospía.
- NO lo confundáis con el edema de la glotis que es mucho menos doloroso.
- NO esperéis que se abra en el cuello, cosa anatómicamente imposible.
- NO prescribáis gargarismos que son inútiles y dolorosos.
- Absceso de la mama.*
- NO hagáis una incisión pequeña ni tratamiento abortivo.
- NO pongáis aquí, ni en ninguna parte, pomada de calomel con gasa yodoformada.
- NO olvidéis que el absceso de la mama puede aparecer aun en la edad senil, pudiendo ser confundido con el cáncer.
- Absceso prostático*
- NO hagáis la punción guiándoos por el dedo; poned el rectos-copio y abrid ampliamente con el bisturí,
- Absceso pulmonar.*
- NO dejéis de pensar en él cuando en un individuo que tiene un absceso aparecen, dispnea, tos y dolor torácico.

*Absceso retro faríngeo.*

- NO lo confundáis con el crup,
- NO olvidéis que estos abscesos cuando son laterales empujan la carótida interna hacia adentro y que podéis herirla al abrirlos por dentro; abrid por la piel.
- NO llagáis tratamiento médico; no ciéis vomitivo con el objeto de que los esfuerzos del vómito abran el absceso.
- NO abráis con bisturí, sino con la sonda acanalada en el punto más saliente y lo más pronto posible.

*Acné.*

- NO olvidéis que **las** malas digestiones, la masticación rápida y deficiente, el exceso de alimentación, los trastornos génito Urinarios y de **las** secreciones internas, son causa frecuente del acné.
- NO olvidéis la higiene del trabajo.
- NO os limitéis al tratamiento local.
- NO apliquéis preparaciones cáusticas en las personas que tienen la piel muy fina.-
- NO olvidéis que el ruibarbo es el laxante que se debe emplear de preferencia en el acné.

NO olvidéis que el matrimonio, cura el acné en ciertas jóvenes.

NO cometáis el error frecuente de confundir el acné con sífilis papulosa, que son más aplastadas y no causan prurito ni supuran.

NO prescribáis el ictiol al interior.

NO uséis el termo-cauterio ni el galvanocauterio que dejan cicatrices indelebles.

NO empleéis la radioterapia que **produce** cicatrices y **telangectacias** irremediables.

*Actinomicosis.*

NO comencéis el tratamiento yodurado sin estar seguro de que no se trata de un cáncer, en el cual el yoduro es **funesto**.

NO hagáis muchas asociaciones medicamentosas; los alcalíes, tanino y ácidos están contraindicados.

NO deis a ciegas el yoduro en la actinomicosis de la tiroides, porque provoca, congestiones muy fuertes.

NO olvidéis el tratamiento general a base de arsénico y de fósforo.

## Las Algias Faciales

(Concluye).

La sensibilidad cutáneomucosa al contacto, a la picadura, al calor y al frío está disminuida o abolida en una parte o en todo el territorio del trigémino, cuando las lesiones causales radican en el trayecto de este nervio, destruyéndolo más o menos, sin dejar de irritar el simpático paratrigeminal: de aquí una anestesia dolorosa;

La sensibilidad térmica y dolorosa está disminuida o abolida en toda una mitad del cuerpo cuando se trata de lesiones talámicas; al igual que los trastornos sensitivos objetivos, las algias se corren casi siempre a toda la mitad del cuerpo, pero predominan a veces en la cara.

*El modo de comienzo y la evolución* varían con cada tipo etiológico,

### *B) Tratamiento*

El tratamiento será ante todo etiológico, pero cuando, a pesar de nuestras investigaciones o de nuestros medios terapéuticos, ignoremos la causa, no nos queda más recurso que el *tratamiento fisiopatológico*, las medicaciones sedantes del sistema vegetativo o, mejor aún, la acción directa sobre el simpático cefálico, en especial, sobre el ganglio esfenopalatino (5 y 9).

La hisopación prolongada con un portaalgodón empapado en líquido de Bonain, de la mucosa pituitaria al nivel del agujero esfenopalatino, produce' prime-

ramente una agudización de las algias y de las manifestaciones simpáticas asociadas; pero una vez obtenida la anestesia, los trastornos se atenúan. La mejoría es más o menos completa y más o menos persistente, al igual que la anestesia, pudiendo las hisopaciones ser repetidas sin inconveniente alguno; son, por lo demás, más activas y mejor toleradas a medida que van repitiéndose.

La alcoholización del ganglio esfenopalatino, fácil de practicar al través del canal palatino posterior, es de efectos más *úv* laderos (9).

En las algias temporales, la alcoholización periarterial acostumbra dar buenos resultados.

Debemos hacer observar que los efectos de la anestesia del simpático, incluso mediante la alcoholización directa, no son inmediatos, y que rebasan muchas veces el territorio correspondiente: de aquí la posibilidad de obrar sobre las propagaciones dolorosas al nivel del hombro y del miembro superior con la sola anestesia del ganglio esfenopalatino.

### *C) Etiología y mecanismo fisiopatológico*

*El problema etiológico* se presenta de un modo diferente según que las simpatalgias vayan acompañadas o no de trastornos sensitivos objetivos.

19—*Simpatalgias con trastornos sensitivos objetivos, ya sea hemianestesia ya, anestesia localizada en el territorio del trigémino.*

a) La asociación de algias y de anestias, localizadas a toda o a una parte de la mitad del cuerpo, es *sintomática de lesiones talámicas*, debidas éstas casi siempre al proceso vascular, y con menor frecuencia al proceso neoplásico o al proceso in-teccioso. Para precisar el diagnóstico etiológico, nos fundaremos en la agrupación sintomática y sobre todo en los con-memorativos acerca del modo de comienzo y la evolución.

b) La asociación de algias y de anestesia, localizada a toda o a una parte del territorio del trigémino, es *sintomática de lesiones de este nervio*: lesiones mecánicas o lesiones infecciosas y tóxicas.

*Las lesiones mecánicas*, comprimiendo o destruyendo el trigémino al nivel de uno de sus

segmentos, desde la periferia hasta el núcleo sensitivo botuberancial, interesan casi siempre otros nervios próximos; de ello resultan síndromes diversos según la localización de lesiones. El diagnóstico topográfico facilita muchísimo el diagnóstico etiológico: conociendo el asiento exacto de las lesiones, fácil nos será remontarnos al punto de partida y consiguientemente conocer su naturaleza.

*Las lesiones infecciosas y tóxicas*, por afectar todas más o menos electivamente y de un modo difuso el trigémino, sólo será posible el diagnóstico etiológico cuando la afección causal se exteriorice en otros puntos.

Nos contentaremos con reunir aquí en un cuadro sinóptico estas diversas lesiones, remitiendo al lector que desee conocer mayores detalles a nuestro artículo sobre las algias sintomáticas de las lesiones del trigémino (10).

(Traumatismo *Síndrome de la hendidura esfenoidal:*  
 i Lesiones de | i —Cáncer de la órbita.  
 i ) Compresión) *Síndromes de la pared externa*  
 l las ramas) [ —Tumores malignos de la hi-  
 i | pófisis.  
 [ periféricas. { j —**Meningiomas** del piso medio.  
 | *Síndrome de la encrucijada* i  
 | *petroesfenoidal.*  
 | Lesiones | I —Tumor de la trompa de Eus-  
 | taquio.  
 '■ del ganglio Traumatismo accidental u operatorio (neu-  
 j de Gasser i rotomía retrogaseriana).  
 Lesiones i o de la raíz f i *Síndrome de Gradenigo:*  
 ) del trigé- i ■—Otitis complicada con osteí-  
 ) mino. | [ tis de la punta del peñasco,  
 mecánicas i \ *Síndrome gaseriano:*  
 | i I Tumores de ganglio de Gas-  
 | ser.  
 | '—**Meningiomas** subtemporales  
 I \ comprimiendo el ganglio de  
 i | Gasser.  
 i i **Compresión**) *Síndrome del ángulo pontoce-*  
 i ) *rebeloso:*  
 i i —Tumor del auditivo.  
 !.— Aracnoiditis localizada.  
 i *Síndrome paralítico unilateral*  
 ■ *de los nervios craneales:*  
 | —Tumores basilares, óseos o  
 ■ *faríngeos.*  
 Lesiones ! —Meningitis basilares.  
 { del núcleo j (*Síndrome lateral del bulbo.*  
 i sensitivo ) **Lesiones** {*Síndrome de la calota proiu-* \ del  
 trigé- } vasculares,) *berancial.*  
 mino. Siringobulb ja.  
 [ ) Tumores bulboprotuberancia-  
 \* ! Tumores.) les.  
 ) ( ) Tumores del IV ventrículo

f ( Zona.  
 I Sífilis y tabes.  
 Lesiones I Lesiones · Esclerosis en placas.  
 infecciosas «.nfecciosas. « Infecciones neurotropas diversas, no' iden-  
 o tóxicas, j ( tificadas.  
 ! Lesiones tóxicas: diabetes. (

29—*Simpatalgias sin trastornos sensitivos objetivos.*

Son también debidas a lesiones irritativas (8), pero aquí las lesiones radican por fuera de las vías sensitivas centrales o periféricas y sólo se manifiestan por trastornos sugestivos, que pocas o menos son los mismos en todos los casos.

Una exploración sistemática de los tegumentos, de las cavidades y de los órganos de la cara, nos permitirá, en un cierto número de casos, encontrar la lesión causal. Puede tratarse:

Ya de lesiones traumáticas, casi siempre insignificantes y cicatrizadas desde larga fecha;

Ya de afecciones de las diversas cavidades u órganos de la cara:

No debemos proponernos encontrar siempre y a cualquier precio la causa local. Sólo tendremos en cuenta los datos netamente patológicos, guardándonos de considerar como causas de la algia, manifestaciones que son secundarias o concomitantes (manifestaciones oculares, rásales o auriculares); de lo contrario, peligrosamente practicar en serie intervenciones, inútiles por lo menos: extracción de dientes sanos, pero que son asiento de irradiaciones dolorosas, resección del tabique nasal, drenaje de senos simplemente congestionados, trepanación masoidea.

A falta de lesión irritativa bien determinada, será preferible, antes de apelar a estos **tra-**

- ( Caries.
- ! Periodontitis, quiste apical, absceso
- den-Afecciones dentarias. « tario.
- í Erupción de la muela del juicio.
- ( Sinusitis frontal o maxilar, etmoíditis.
- í Desviación alta del tabique, hipertrofia del
- ( cornete medio, conformación viciosa de
- Afecciones nasales . . « los senos (de dónde dificultad de la cir-
- ( culación del aire).
- f Cuerpos extraños. Afecciones
- oculares . . « Inflamación iridocoroidea.
- ( Glaucoma crónico.

tamientos de prueba, que no dejan de tener inconvenientes, obrar directamente sobre el simpático. Por lo demás, la lesión puede ser insignificante, simple espina irritativa, que basta para limitar al nivel de una mitad de la cara un trastorno más general, debido al estado endocrinosimpático del paciente. No es raro encontrar en los antecedentes hereditarios o personales de los enfermos jaquecas típicas; por sí mismas, algunas simpatalgias faciales no dejan de tener algunas analogías con la jaqueca, pudiendo éstas incluso ir acompañadas de náuseas y de vómitos.

*El mecanismo fisiopatológico* de las simpatalgias es el mismo, cualesquiera que sean el asiento y la naturaleza de las lesiones. Se trata de trastornos de orden reflejo, cuyo punto de partida es una lesión irritativa que obra sobre el simpático en un punto cualquiera; la lesión irritativa, es casi siempre local, pero puede radicar a distancia, ser producida por una simpatectomía cervical (caso de Pettej), un neumotórax artificial (caso de Rícaldoni) (8).

Las crisis dolorosas van también acompañadas de otros trastornos reflejos pasajeros, en especial manifestaciones simpáticas vasomotoras o secretoras; todos estos trastornos desaparecen al mismo tiempo que los dolores, obrando ya sobre la lesión irritativa, ya directamente sobre el simpático, disminuyendo su excitabilidad.

A veces aparecen a la larga trastornos pigmentarios y trófi-

cos persistentes: placas de acromía o de hiperacromía, hemicanicie.. glossy-skin con ulceraciones cutáneas superficiales, queratitis neuroparalítica, hemiatrofia facial. Estos trastornos, designados por Babinski con el nombre de trastornos fisiopáticos, son considerados como trastornos nerviosos de orden reflejo, cuyo punto de partida son irritaciones que interesan las extremidades nerviosas o producen una exaltación o una depresión de las propiedades de las células nerviosas.

## II.—PSICALGIAS FACIALES

Las psicalgias faciales son, al parecer, excepcionales: todo dolor, en la cara o en otra parte, puede a la larga ir acompañado de factores psicopáticos, que llaman la atención, solicitada por *el* enfermo sobre la región y el temor obsesionante del dolor esperado y temido, pero las sensaciones anormales puramente psicopáticas pocas veces están localizadas y limitadas a la cara.

En el neuralgismo de Sicard figuran agrupados hechos dispares, casi todos referentes a simpatalgias criptogenéticas; de aquí que no deba ser ya asimilado a las psicalgias.

### A) Sintomatología

Reservamos el nombre de psicalgia para los dolores cuyos caracteres son los siguientes:

1°— *Su calificación* es muy especial. No son. Propiamente hablando, dolores, sino sensaciones desagradables: sensación de en-

grosamiento o de retracción de la piel, extraordinaria hipersensibilidad cutánea, hasta el punto que una corriente de aire o una simple brisa, la percibe el enfermo de un modo desagradable.

Los enfermos describen sus dolores, no solamente por las sensaciones realmente sentidas, sino también por la interpretación que les dan: estrechez de los orificios palpebrales, de la nariz, de la boca, pudiendo producir consecuencias graves.

2o—Contrastando con las quejas continuas de los enfermos, que para traducir sus sensaciones recurren a los adjetivos y adverbios más impresionantes, llama la atención la tranquili-

dad de la cara, *la ausencia de reacciones asociadas, motrices o simpáticas.*

3o—*Las psicalgias faciales son siempre bilaterales, pero cuya extensión y profundidad es imposible limitar.*

Raras veces son únicas, asociadas casi siempre con otras psicalgias diseminadas en todo el cuerpo y en especial con cenestopatías viscerales.

4o—*Las condiciones de aparición de las psicalgias son las mismas que las de las ideas fijas, de las obsesiones. Van multiplicándose a compás de su evolución, acabando el enfermo por analizar continuamente sus sensaciones; como es natural, el in-*

terrogatorio sirve de acicate para que al enfermo pretenda exponerlas todas.

En cambio, el sueño no está perturbado, las sensaciones anormales desaparecen al mismo tiempo que las sensaciones normales.

Él examen objetivo es completamente negativo, en desacuerdo con los datos suministrados por el enfermo, que pretende tercer engrosada la piel, hinchados los párpados o los labios, ser anormal su sensibilidad.

La evolución es casi siempre progresiva: poco a poco asistimos a la amplificación de las sensaciones anormales y a su multiplicación.

#### B) Tratamiento

Nos abstendremos de practicar toda clase de intervención local: no solamente fracasaría por completo, sino que como producen algunas molestias, podrían ir seguidas de interpretaciones delirantes por parte del enfermo, y de reacciones a veces peligrosas para el médico.

#### C) Etiología y mecanismo fisiopatológico

Como causa de las psicalgias figura siempre una *constitución hipocondriaca*.

El mecanismo fisiopatológico de las psicalgias es igual a] de las demás manifestaciones de la hipocondría: aquí la atención del hipocondriaco está fija en la cara, por un verdadero fenómeno de educación de la sensibilidad (dolores de hábito de Bris-

saud); pero cabe en lo posible provocar derivaciones cenestopáticas, sobre todo viscerales.

El hipocondriaco, preocupado por su salud de un modo exagerado, analiza todas sus sensaciones, las atribuye a la enfermedad y reclama toda clase de tratamientos, en especial locales. Una vez más recomendamos la proscripción de todo tratamiento local; tan sólo las medicaciones generales anodinas deben ser empleadas en estos casos.

Para terminar este estudio de conjunto de las algias faciales deseamos insistir sobre la frecuencia relativa de los diferentes tipos algícos y sobre los resultados del tratamiento fisiopatológico. Desde hace seis años, tanto en la Salpêtrière y en Bicêtre, como en nuestra clientela privada, hemos visto y tratado varios centenares de enfermos: el número de simpatálgicos es casi doble que el de neurálgicos; en cuanto a las psicalgias, son, al parecer, excepcionales, puesto que sólo, hemos observado tres casos.

Los resultados del tratamiento fisiopatológico local son perfectos y constantes en la neuralgia facial; aun siendo menos buenos y menos constantes en las simpatalgias, son, no obstante, mucho mejores que los obtenidos con otros tratamientos.

Th. Alajouanine y R. Thurel  
Del Monde Medical

## Relación de dos casos de Corea menor

(Observaciones personales)

M: E. G. de 13 años de edad estudiante de primaria.

*Antecedentes personales.* - Coqueluche a los 4 años, sarampión a los 8, varicela a los 10, accesos reumáticos poliarticulares desde hace un año, ataques de paludismo combatidos por la madre con Quinina.

*Antecedentes familiares.* — Sin importancia en el padre, en la madre reumática crónica con accesos agudos.

*Exámenes de Laboratorio.* — Wasserman negativo; materias fecales: ascárides; sangre por malaria negativo; orina normal.

*Constitución.* — Débil, flacucha.

*Historia.* — Niña impúber, estudiosa y aplicada como lo demuestran sus notas mensuales, carácter alegre y dócil, pero en el mes de enero del año en curso, la madre notó cierto cambio en el modo de ser normal, pues se tornó triste, colérica, irascible, atribuyendo estas manifestaciones a *mala crianza*, lo que obligó a castigarla; reía sin causa justificada y golpeaba a sus hermanitos; después comenzó con ciertos gestos que llamaron la atención, tales como fruncimiento de los labios, encojimiento de los hombros, muecas de 3a cara de cólera, de indiferencia o de alegría; luego comenzó a decir disparates y malas palabras; se volvió distraída, caprichosa, inapetente, hasta **arrojar** los platos al suelo, y después **difícultad** para cojer los objetos

que se le caían de las manos, lo que a veces le producía risa o llanto. Al andar lo hacia torpemente y tropezaba, moviendo los brazos y las manos incoherentemente.

Como los movimientos aumentarían de manera alarmante y se generalizarían al tronco y a la cara, imposibilitándola para poder expresarse correctamente aunque sabía bien lo que quería decir, la madre la obligó a acostarse, notando que en esta actitud se debatía en la cama; levantaba las piernas, los brazos y la cabeza, tornando hacia uno y otro lado los ojos y dificultándose la masticación.

Después no pudo ejecutar coordinadamente los movimientos voluntarios y sólo estaba quieta durante el sueño, pero al despertar eran más fuertes y gritaba fuertemente por espacio de una hora hasta quedar afónica.

El pulso era caprichoso y la respiración a veces disneica; la orina abundante expulsada en la cama lo mismo que las materias fecales.

*Diagnóstico.* — Los antecedentes y la historia, y sobre todo las manifestaciones observadas durante el examen clínico y mientras llegaban los resultados de los laboratorios, la vecindad de la pubertad y el reumatismo que acababa de ocasionar un acceso, me hicieron expresar el

*Pasa a la Pag. 555.*



El Doctor Mario J. Wunderlich.

La Asociación Médica Hondureña ha querido en este mes de julio, celebrando el quinto aniversario de su fundación, rendir el homenaje de altísimo aprecio, gratitud y admiración a los médicos de las naciones vecinas y hermanas que tan poderosamente

han influido en la formación y espíritu del mayor número de individuos que constituyen la falange médica de Honduras.

Recientemente la muerte arre-Dató al Maestro querido y venerado, el Doctor Juan J. Ortega, causando en nuestros ánimos

profundo dolor.

Cabe ahora a su discípulo predilecto y preclaro, al que recogió las enseñanzas prendido a la ubre inagotable y generosa, al Cirujano máximo de la América Central, al Doctor Mario J. Wunderlich, recibir las muestras de afecto y estimación de sus antiguos alumnos que, agradecidos, recuerdan siempre las finezas y atenciones de él espontáneamente venidas.

Si este hombre elegante, pulcro, suave y atrayente careciera de las múltiples virtudes que adornan su personalidad, bastante sería, no digo la destreza y agilidad de sus manos consagradas en el arte supremo de la cirugía, ni la vasta ilustración adquirida en los viajes repetidos y provechosos a Europa y Estados Unidos, ni sus lecturas de revistas que lo mantienen al día en la evolución de la ciencia, ni la práctica de muchos años en los servicios quirúrgicos del Hospital General de Guatemala y Casas de Salud privadas; el más bello galardón que ostenta Wunderlich en su vida es la devoción ciega. Tena de fe y de entusiasmo por la enseñanza de la **Cirugía**.

No puedo separar de mi mente las figuras grandiosas inspirantes de respeto, que subyugan a su paso, de Thierry de Martel, Gosset y Victorio Puti cuando pienso en Wunderlich.

Figuras aristocráticas que en el físico reflejan la nobleza de sus pensamientos y de sus actos. Figuras esplendorosas que concretan la victoria de la ciencia en feliz desposorio con el arte.

El Doctor Wunderlich ha de guardar algún recuerdo de esta tierra hondureña (San Pedro Sula) donde inició los pasos, hoy de gigante, de su vida luminosa. Allá los antiguos clientes y en todas partes sus discípulos, reviven en el espíritu los buenos tiempos en que ansiosos escuchaban lecciones excelentes de Medicina Operatoria y Clínica Ginecológica.

Nosotros también participamos del orgullo y de la gloria que disfruta la hermana Guatemala de haber contribuido con el calor del hermoso Sol tropical y el arrullo de sus montes y sus selvas a cincelar ese ejemplar modelo de Cirujano perfecto, de Maestro, de ciudadano y sobre todo de Hombre que es el Dr. Mario J. Wunderlich.

*S. Paredes P.*

*RELACIÓN DE DOS CASOS DE**Viene de la Pág. 552.*

diagnóstico de COREA MENOR {Baile de San Vito).

*Pronóstico.* — Lo establecí reservado en el sentido del tiempo requerido para la curación, pero favorable bajo el punto de vista de la probable curación.

*Tratamiento.* — Al principio pociones calmantes a base de bromuros para disminuir un tanto la excesiva movilidad y los golpes que por tal razón sufría en la cama; estas pociones iban acompañadas de la administración de Luminaletas durante el día; luego, pociones a base de -salicilato de sodio, tabletas reducidas a polvo de Atophan; inyecciones de Tonofosfán y Optarsón mezcladas; y luego administración de 4 tabletas al día de Glándulas Paratiroideas; baños templados generales y alimentación líquida de sopas, atoles, leche, bebidas tónicas y refrescantes como naranjadas y jugos de uva.

*Evolución.* — Tres meses de tratamiento; la niña fue cesando poco a poco en sus movimientos, siendo el primer síntoma en desaparecer, la dificultad para expresarse, y el último, los movimientos de las manos. Actualmente está levantada, anda bien, come perfectamente, sus facultades mentales están normales pero no me ha parecido oportuno que frecuente de nuevo la escuela.

Ahora continúa tres veces por mes la poción de salicilato o las tabletas de Novatophan, y, durante una semana cada mes, las

grageas de Extracto de Glándulas Paratiroideas.

*I. H.* — De 7 años de edad, estudiante de Primer Grado de Primaria.

*Antecedentes personales.*—Sin importancia.

*Antecedentes familiares.* —Sin importancia: padres sanos.

*Constitución.* — Regular; niñita bien formada, de buen color.

*Historia.* — Según el relato de la madre, la niñita ha comenzado hace un mes con ciertos movimientos localizados en los párpados, diciendo que "como que siente *sucios* en los ojos"; al mismo tiempo, los globos oculares los mueve en sentido circular y a veces como estrábicos, acompañando a este movimiento un ligero fruncimiento de la piel de la frente y torsión del cuello sobre el lado izquierdo. Hasta ahora no hay trastornos en la marcha ni se presentan movimientos de las extremidades, y sólo se nota una ligera oscilación durante la actitud de pie.

Según dice la mamá, el carácter se le ha cambiado y ahora está caprichosa y desobediente, a veces triste y colérica.

*Diagnóstico.* — En este caso no hay manifestaciones aparentes ni hereditarias de reumatismo, ni hay asomos de la pubertad, y aunque los exámenes de laboratorio no se (han llevado, en vista del caso anterior, del de la niña de un amigo y colega de la misma edad que comenzó del mismo modo, del niño menor de un maestro violinista, puedo afirmar el diagnóstico de COREA MENOR

*Pronóstico.* — Favorable.  
*Tratamiento.* — He impuesto el retiro de la escuela, buena alimentación, dos grageas diarias de Extracto de Glándulas Para-

tiroideas, poción de Licor de Fowler, mientras continúo la observación del caso.

*J. Azpuru España.*

## La Nuez Vómica en las Polineuritis periféricas

*Por el Dr. Humberto Días.*

*La Nuez Vómica*, importantísima planta de la familia de las loganiáceas, debe su acción farmacológica, principalmente a uno de los alcaloides que contiene: LA ESTRICNINA, cuyo modo de actuar sobre el organismo se caracteriza por un aumento de la excitabilidad refleja del sistema nervioso central y periférico, siendo quizá el representante más notable del grupo de los llamados venenos tetanizantes, en el cual se incluye también a la Gelsemina, principio activo del *Gelsemium Sempervirens*, a la Brucina que se encuentra en la Nuez Vómica y en el

Haba de San Ignacio, y a un alcaloide del opio llamado Tebalna. La acción fisiológica de estas drogas presenta la mayor analogía con la de las toxinas-elaboradas por el bacilo tetánico, de ahí pues, el adecuada nombre de venenos tetanizantes. Las indicaciones de la estricnina y de la nuez vómica en general, en el tratamiento de las polineuritis periféricas, es conocida desde hace mucho tiempo, y a pesar de la opinión adversa de Manquat, ha sido preconizada con entusiasmo por casi todos los autores, para combatir las mencionadas lesiones nerviosas,

sobre todo cuando son de origen alcohólico, en cuyo caso se ha llegado hasta darle un valor casi específico.

Hace poco tuvimos oportunidad de observar los beneficiosos resultados de fármaco en cuestión, a propósito de un caso que, en síntesis, paso a referir: X X soltero, agricultor y vecino de Flores (Dpt. de Comayagua), ingresa al Hospital San Felipe al lecho N<sup>o</sup> 2 de la Sala de Medicina de Hombres, a curarse de PARALISIS Y, DOLORES DE LAS PIERNAS Y DE LOS BRAZOS.

Refiere el enfermo que después de haber estado bajo la influencia del alcohol, por el término de quince días poco más o menos, empezó a sentir dolores y sensación de hormigueo en los músculos de ambas piernas; que el dolor se exageraba por la presión o los movimientos.

Esto fue el 18 de mayo del corriente año, el día 20 del mismo mes, no pudo caminar, notando que el mal había invadido ya, a ambas manos y ambos antebrazos, quedando confinado a la cama y sin poder alimentarse por sí mismo. Esto lo obligó a trasladarse al Hospital y así en este estado hace su ingreso el día 1<sup>o</sup> de junio del año en curso.

*Antecedentes Hereditarios.* -  
-Padre alcohólico.

*Antecedentes Personales.* —Alcoholismo y Tabaquismo.

*Antecedentes Colaterales.*  
—Sin importancia.

Al examen somático del sistema nervioso, nos encontramos con un gran número de síntomas reveladores de una polineuritis periférica, entre ellos: Parálisis flácida de los músculos de ambas piernas, ambas manos y ambos antebrazos; acentuada disminución de la sensibilidad superficial de las mencionadas regiones, y agudo dolor a la presión de las masas musculares correspondientes. La fuerza muscular casi nula en las manos. Los reflejos cutáneos bastante disminuidos, los tendinosos abolidos completamente. Nada de Signo de Argill Robertson ni de trastornos esfinterianos. Más tarde, cuando la hipodestación fue posible se comprobó el signo de Romberg y la marcha en "estepaje" de Charcot. En vista de las anteriores manifestaciones, y de las consideraciones inherentes al diagnóstico diferencial, pensamos en una Polineuritis Periférica Alcohólica.

Instituimos inmediatamente el tratamiento por las inyecciones de sulfato de estricnina a dosis progresivas, y la rápida mejoría del enfermo que llegara en situación lastimosa al hospital nos ha hecho pensar en la indiscutible bondad de la nuez vómica y sus derivados en la afección a que me he referido.

Tegucigalpa, julio de 1934.

## REVISTA QUIRÚRGICA

### *Reducción de fracturas t>ajo la pantalla*

Akif Chakir, Profesor de Clínica Quirúrgica Infantil y Ortopedia en la Universidad de Istambul en la Presse Médicale de París afirma que a pesar de los descubrimientos modernos la cuestión del tratamiento de las fracturas está lejos de estar re-suelto a satisfacción de todos: conseguir la restitución anatómica del hueso, es decir la reducción perfecta de los fragmentos.

De acuerdo con Bohler de Viena considera el tratamiento sangriento, la osteosíntesis como una innovación nefasta que ha concluido con muchas vidas. Gay de San Francisco en una estadística de 34.000 casos ha encontrado: duración de la cura (fracturas del fémur) dos veces más larga que por los métodos ¡conservadores; gastos del tratamiento tres veces mayor. Para las fracturas del brazo dos veces más, en el 56 %. En las frac-

turas de la pierna (40%) los gastos fueron 50 % mayores. Lambote, creador del método cruento da 46% de casos complicados y fracasos: callos hipertróficos, aflojamiento espontáneo de los tornillos, desplazamiento de los fragmentos, pseudoartrosis, deformaciones diversas; el más ligero error de técnica trae como resultado infecciones, osteítis, etc., que han conducido a veces hasta la amputación.

El autor se sirve del procedimiento de reducción inmediata bajo la pantalla radioscópica de una manera sistemática. Usa anestesia general al éter en los casos recientes y a la avertina en los de algunos días. Su estadística se refiere en el 80% a niños y adolescentes, puede también reducirse, aprovechando la analgesia del traumatismo, sin administrar ninguno, como lo hace el Profesor Sudeck de Hamburgo. La principal ventaja del método es de presentar el obstáculo bajo los ojos y evi-

tarlo por la maniobra más conveniente.

En conclusión, para ahorrar la osteosíntesis a un fracturado en gran número de casos deben seguirse los principios siguientes: I.—Reducir inmediatamente después del accidente. II. — No reducir sino bajo la pantalla.

III. —No reducir sino previa anestesia local y mejor general. IV. —Si es posible terminar también la inmovilización bajo la pantalla.

*Anestesia aislada del Ganglio estrellado*

LERICHE y FONTAN en la Presse Médicale de Mayo 23 informan los resultados obtenidos en los últimos 9 años y sobre 200 anestias aisladas sobre el ganglio estrellado con un fin diagnóstico o terapéutico,

**TÉCNICA.** —Individuo en de-cubito horizontal, un cojín bajo la nuca; cabeza vuelta al lado opuesto de la inyección. Por el punto medio de la clavícula, razando el borde superior se introduce una aguja de 8 a 10 cm. en dirección a la apófisis transversa de la VII cervical; obtenido el contacto óseo se levanta el pabellón de la aguja a manera que baje la punta la altura de una vértebra haciéndolo al mismo tiempo girar 30 grados hacia afuera: en ese momento la aguja está en contacto con el ganglio estrellado, inyectar 10 cm. de novocaína al 1%. En el cadáver haciendo lo mismo con azul de metileno se obtiene constantemente la coloración

del ganglio estrellado. La anestesia se manifiesta por un síndrome de Claudio Bernard Horner que persiste desde media hasta varias horas y una vasodilatación con hipertemia de la hemicara y mano correspondientes. Si estos dos signos no se presentan no hay anestesia del ganglio estelar.

Picar las arterias subclavia o vertebral es posible pero no tiene ningún inconveniente, al salir la sangre por la aguja se retira ésta e introduce dándole otra orientación.

Puede la aguja introducirse en el agujero de conjugación, para evitar la entrada al saco aracnoideo del anestésico, esperar si sale líquido cefaloraquídeo.

La herida del pulmón enfise-matoso puede causar la producción de un neumotorax. Ninguno de los accidentes tiene **importancia** suficiente para rechazar el procedimiento.

**Indicaciones.** — Como medio de diagnóstico sirve para fijar la naturaleza simpática de un síndrome dudoso o prevenir los resultados de una estelectomía.

En la angina de pecho, el asma, la enfermedad de Reynaud para conocer la influencia del ganglio anestesiado e indicar la operación.

Por vía terapéutica se emplea sobre todo en los síndromes viscerales que evolucionan por crisis: asma, angina de pecho, moñones dolorosos, etc.

Los autores concluyen: la anestesia del ganglio estrellado debiera entrar en la práctica, su técnica está bien reglada, fácil y sin peligro. Sirve para di-

ferenciar cuándo debe hacerse una estelectomía o no.

Es capaz de detener las crisis rebeldes por poco o mucho tiempo de angina de pecho, asma, algiás de varias clases, de los moñones en particular.

*La amigdalectomía y extirpación de adenoides están contraindicadas en los niños muy tiernos?*

Marcel Ombredanne, Oto-rino-laringólogo de los Hospitales de París en la Presse Médicale plantea el problema en forma de interrogación y discute el pro y el contra de la operación.

Algunos médicos y especialistas se aferran en no operar amígdalas y adenoides sino a partir de los 7 años. El autor combate ese hermetismo aduciendo razones de peso.

Argumentos invocados contra la intervención precoz: El desarrollo considerable de las amígdalas palatinas y faríngea no es sino la consecuencia de un estado general defectuoso, de las glándulas endocrinas, la tuberculosis, el terreno limfático o heredo-sifilítico.

El tejido linfoide periamigdalino tiene un papel útil de defensa del organismo contra un cierto número de infecciones que entran por la faringe.

Las intervenciones quirúrgicas sobre las amígdalas y las vegetaciones en los niños muy pequeños tienen los inconvenientes mayores: inmediatamente, los accidentes postoperatorios palidez e hipertermia; más tarde la recidiva.

Argumentos en favor de la operación antes de los 7 años: el terreno no explica el porqué de la hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones. Es solamente la infección aguda o crónica.

Clínicamente existen dos razones poderosas para operar: accidentes mecánicos y accidentes infecciosos. Los primeros se traducen por dificultad para respirar con los subsecuentes trastornos: falta de desarrollo, enflaquecimiento, inapetencia, insomnio, etc.

Los accidentes infecciosos: agudos, temperatura alta repetida con frecuencia, con el cortejo de >las grandes infecciones.

*Accidentes subagudos o crónicos*

En el lactante que deglute muco-pus de su cavum aparecen serios trastornos digestivos. Las otitis, supuradas o simplemente catarrales desapercibidas muchas veces por el médico que a la larga conducen al endurecimiento del oído.

La fiebre llamada ganglionar. La laringo-traqueítis. Bronco neumonías. Nefritis. Ciertos reumatismos que no curan sino después de la operación, a condición de ser precoz. La apendicitis.

La infección puede ser directa o por vía sanguínea.

CONCLUSIONES: está indicado operar en caso de grandes amígdalas que obstruyan la faringe, para permitir la correcta aereación y evitar las complicaciones infecciosas.

Cuándo debe operarse? Nunca durante el primer año; rara vez en el segundo calificados como épocas peligrosas. A partir de dos años y medio a tres bien puede hacerse sin ningún riesgo como si fuera niño de 7 años.

*Resultados lejanos de la arrización del fascia, renal como método de Nefropexia*

N. Kleiber, Primer Asistente del Profesor Pribram del Hospital Saint Hildegard en Berlín, en el Journal de Chirurgie de París hace una revista de los diversos procedimientos de nepropexia, recuerda el suyo ensayado desde hace diez años,

sienta las razones del fracazo obtenido con gran frecuencia y por último expone las indicaciones precisas.

50 o 60 % de recidivas se presentan en las operaciones de nefropexia por los métodos usuales, de fijación capsular a la 12 costilla y a la musculatura **lumbar**.

Repasa el estudio de los medios de sostén del riñón según los trabajos de buen número de anatomistas de autoridad indiscutible: pliegues serosos que se extienden del riñón a los órganos vecinos, ligamento he-pato-renal, ligamento duotenorenal; frénico-esplénico, frénico-cólico. Algunos le dan mucha importancia a la glándula suprarrenal y a los vasos renales. Ninguno de estos elementos resiste la crítica rigurosa al punto de vista anatómico y operatorio.

De acuerdo con los más connotados anatomistas contemporáneos Kleiber admite que el mejor sostén del riñón es el tejido celular subperitoneal cuyos pliegues- forman una verdadera envoltura que fija el órgano en su sitio.

Gerota dice: el fascia renal es el medio -de fijación de riñón principal.

La fijación del fascia renal a la pared abdominal posterior es considerablemente más sólida que la fijación al órgano mismo.

En caso de riñón flotante las hojas del fascia se separan abajo

permitiendo al riñón bajarse adentro de su saco fascial. Suturar las hojas separadas de este saco: he allí el procedimiento del autor.

Técnica. — Incisión lombartípica. Abertura del fascia renal y separación de adherencias; colocar el riñón en su posición normal. Sutura del fascia arrizante. Condición sine quanon cuidadosa hemostasis para cerrar la herida sin drenaje.

En individuos muy flacos de fascia finísimo tomar en la sutura la hoja peritoneal y el músculo psoas. Para conseguir adherencias más sólidas del riñón a los tejidos vecinos el autor practica desde hace 5 años la decap-sulación que es el medio de fijación del riñón.

"Deja los operados en cama por dos o tres semanas para que se

haga una cicatriz sólida.

40 casos señala el autor en su estadística. La considera escasa porque las indicaciones son muy precisas, solamente opera los casos en que hay dolores característicos y estancación de orina causada por el acodamiento del uréter.

Previamente a la operación siempre hace una pielografía, de importancia capital, endecúbito horizontal y otra de pie.

18 pacientes vistos de nuevo entre dos y siete años después de la operación estaban en perfecta salud, habían aumentado de peso y trabajaban en su oficio sin dificultad.

En ninguno era el riñón palpable, todos radiografiados de pie mostraron el riñón en su posición, normal.

*S. Paredes P*

## La técnica de la Anestesia Local en las Fracturas Recientes

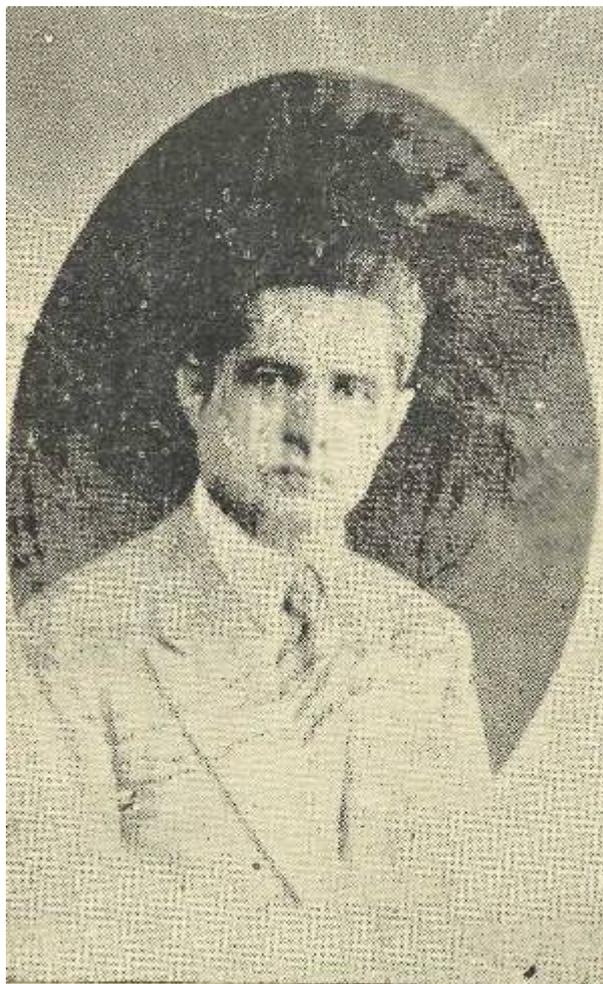
En la clínica del Profesor Boehler, de Viena, se nos revela un método tan sencillo y carente de peligros que nos sorprende el hecho de que no se halle más generalizado: Se trata de la reducción bajo anestesia local de las fracturas recientes.

En nuestro ambiente, en donde, por razones que no viene al caso mencionar, nos encontramos frecuentemente con fracturas a los que, hay necesidad de reducir sus fracturas lo mas pronto posible para que sean transportados a sitios adecuados para su tratamiento ulterior, creo de sumo interés este método

por lo sencillo, barato y rápido.

Al producirse la fractura., los fragmentos y el tejido blando quedan bañados por la sangre extravasada y que constituye el hematoma que acompaña todas las fracturas. Esta sangre permanece líquida por un período más o menos corto y nos valemos de ella para llevar el anestésico a todos los tejidos que han sido interesados por la fractura. El equipo necesario para efectuar la reducción, es el siguiente: paños esterilizados en can-

*Continúa en la Pág. 565.*



### El Doctor Salvador Peralta Lagos

Bajo la sencilla y simpática apariencia de un hombre ulano, de trato afable y cariñoso, bromista, buen platicador y amigo excelente, se esconde un gran espíritu, una alma generosa que caracterizan, fuera de sus magníficas condiciones de esposo y

padre amantísimo, una pasión por la especialidad que domina y amor inmenso por la enseñanza. Quince años hace que le conocí; me lo presentó el entonces estudiante y hoy profesional competente Dr. Antonio Vidal, por quien tuve la suerte de tra-

bajar en el Primer Servicio d? Cirugía del Hospital Rosales, a cargo entonces del Dr. Peralta, por desempeñar un Ministerio el titular Dr. Tomás G. Palomo Maestro eminente de todas las generaciones de El Salvador.

Peralta Lagos era entonces un especialista notable en enfermedades de los ojos, oídos, nariz y garganta, a quien consultaban los médicos del país. Ahora, después de quince años de práctica, de estudio y de enseñanza, sobre los que ya tenía, su autoridad no admite parangón ni discusión en estas tierras istmeñas.

Discípulo brillante de Laper-**sonne**, de Sebileau y de otros insignes Maestros de Oto-rino-la ringología francesa, vino después de tres años de estudios a ocupar ese servicio al Hospital Rosales. En plena actividad, lleno de entusiasmo y afecto por los alumnos, lo traté por tres años consecutivos como Profesor y amigo. Desde aquella época guardo admiración y cariño **por** Peralta. Pero no son esas

las razones que me impelen a escribir estas líneas, sino un deber inmenso de gratitud para el Maestro que prodigó a torrentes el saber y finezas inmerecidas' con los estudiantes hondureños, en momentos angustiosos para muchos, hasta colocarnos en situación decorosa.

Por tantas deudas con el Dr. Peralta Lagos contraídas y jamás pagadas hemos querido en esta fecha, para nosotros de gran trascendencia, significar que los hondureños siempre guardamos de los Maestros que tan desinteresadamente nos blindaron su saber y amistad el más vivo y entrañable afecto, jamás olvidamos las dádivas que fijaron la trayectoria de nuestra vida y de las generaciones educadas por nosotros.

A tan altas virtudes que honran a Centro-América se debe que hoy rindamos el homenaje de admiración, gratitud y afecto al querido Maestro.

*S. Paredes P.*

*LA TÉCNICA DE LA ANESTESIA*

*Viene de la Pág. 562.*

ticidad suficiente para manipular en un terreno aséptico,, jeringuillas para inyectar con sus respectivas agujas de dos tamaños largas y cortas, cincuenta gramos de solución de novocaína al dos por ciento, tintura de yodo, torundas de algodón y gasa y finalmente dos pinzas de disección. Es indispensable que todo este material permanezca estéril, no debiendo tocarse sino con las pinzas.

Establecido el diagnóstico si está es posible y localizada la fractura, se introduce la aguja en un sitio previamente desinfectado y al tocar los fragmentos se inyecta en el hematoma una pequeña cantidad de la solución anestésica y acto seguido se retira. Si la solución sale color rosa, es evidente que nos encontramos en el sitio fracturado y entonces hay que inyectar en el mismo sitio el resto de la solución. Cinco minutos después estará producida la anestesia. Sí la solución aparece clara, se hace necesario buscar otro sitio, pues no estamos en la cavidad. En fracturas muy impactadas es

indispensable inyectar la solución al rededor del periostio, como también es indispensable en las fracturas de varios días usar otra técnica, o sea la anestesia regional. Teniendo al enfermo echado se le inyecta, como ya hemos dicho, la solución anestésica en cantidad que varía y que debe ser adecuada al tamaño de la fractura y edad del paciente. Es aquí el momento en el que hay que tener el mayor cuidado, ya que el enfermo, libre del dolor, puede complicar la fractura moviendo los fragmentos hasta producir una fractura abierta. Anestesiado así el enfermo, los músculos se relajan y podemos reducir la fractura controlándola con la radiografía.

La objeción sería que se le hace a este método es la de que se introduce material extraño en la fractura y se convierte en una fractura abierta por medio de la punción. La práctica ha desmentido esta objeción.

Da muy malos resultados el intento de usar los agujeros, de las fracturas abiertas para introducir el líquido anestésico. Tampoco debe puncionarse en el tejido lacerado o contuso.

*J. R. Duron.*

## Leyes de Mackenzie, relativas a la sintomatología de la tuberculosis pulmonar

(Extracto del inglés)

De un importante artículo debido al profesor Pottenger, de Monrovia, California, extracto los párrafos siguientes:

Es posible que todas las células del organismo sean estimuladas en su acción e inhibición por nervios. Por otra parte existen siempre en la economía, sustancias químicas, algunas de las cuales reciben el nombre de hormonas, que poseen una acción fisiológica normal.

Algunas de estas sustancias obran sobre el sistema nervioso, otras sobre los demás órganos y las menos poseen una acción independiente. Si algún día llegamos a conocer la acción íntima de los nervios en el seno de los diversos tejidos y la acción o relación entre las diferentes sustancias químicas y los nervios, tendremos ya una base que nos dará la clave en el conocimiento fisiológico y patológico de las diversas actividades del organismo.

Los síntomas de las diversas enfermedades, son la expresión de los trastornos de los tejidos, que a su vez se encuentran precedidos por el sistema nervioso vegetativo y el sistema glandular endocrino, los cuales a su vez son precedidos por el sistema nervioso central. Estos hechos son desgraciadamente mal conocidos actualmente en medicina, por que el sistema nervioso vegetativo, ha recibido una pequeña atención de parte de los

clínicos encargados de interpretar los síntomas. La importancia de este sistema, que preside la contracción de los músculos lisos y las secreciones glandulares; que controla la digestión, el metabolismo, la circulación y procreación y en parte controla también la ingestión de alimentos y las excreciones del organismo, debe ser tomado muy en cuenta al hacer el estudio de las diversas enfermedades. Los hechos fundamentales relativos al sistema nervioso vegetativo fueron descritos por Gaskell, y a integridad por Sherrington, ambos tomaron razón de la acción general de las varias hormonas.

Los nervios deben ser estimulados en su acción por impulsos y este estímulo debe ser de naturaleza física. Basado sobre estos hechos, se sostiene que los síntomas de las enfermedades son debidos a una estimulación anormal de los nervios o de las glándulas endocrinas, y que este estímulo es generalmente una causa física o de origen físico.

Esta no es sino, una concepción fisiológica que se basa en que el equilibrio normal del organismo es mantenido al través de la acción nerviosa refleja.

Basado en esta concepción, Mackenzie, ha demostrado recientemente, "*que la mayor parte de los síntomas de las enfermedades, son debido a trastornos en los reflejos normales.*" Esta ley facilita la explicación y estu-

dio de la mayor parte de los síntomas *que* las enfermedades.

Esta concepción ha hecho escuela recientemente, siendo que los síntomas son debidos a trastornos del equilibrio normal, el cual es mantenido por los nervios y las glándulas endocrinas. Queda el problema de averiguar la causa del estímulo, ya sea un micro-organismo o una sustancia química. Un pulmón inflamado produce rubicundez de la cara; la toxemia, causa malestar, falta de apetito y mala digestión. Por otra parte, los demás síntomas, tales como leucocitosis, acidosis, retención de proteínas, hiperglicemia e hipoglicemia y el mismo dolor son trastornos funcionales motores y secretores, no son entidades, sino resultados de un trastorno fisiológico ya relativo a los nervios o a las glándulas endocrinas.

Por primera vez se tuvo idea de la gran importancia de estos problemas, cuando fue descubierto que el espasmo de los músculos del hombro no era *más*

que un síntoma de la inflamación del pulmón tuberculoso; pero se requieren muchos meses de investigación, para explicar satisfactoriamente los demás síntomas, los cuales han sido arreglados por Pottenger en tres grupos.

En lugar de 25 o más entidades se demostró que dos factores operan como causa: a) toxemia; c) estimulación local de los nervios que inervan o rodean el pulmón.

El tercer grupo consistente en dos síntomas: espectoración y hemorragia y en dos grupos de síntomas: pleuresía y bronquitis tuberculosa, son el resultado del proceso local perese.

Hay que tener en cuenta cómo se hace la distinción entre los síntomas y signos y entre los síntomas objetivos y subjetivos al clasificar los trastornos del equilibrio fisiológico que se presenta en la tuberculosis pulmonar por síntomas que se puedan agrupar en 3 cuadros y que son los siguientes:

CUADRO Nº 1	
<i>Síntomas debidos a la toxemia</i>	
Causados por la estimulación perjudicial del	1º—Malestar.
I.—Sistema nervioso	2º—Carencia de sufrimiento.
II.— " endocrino	3º—Disminución de fuerzas.
	4º—Inestabilidad nerviosa.
III.—Sistema nervioso simpático .	5º—Disminución de la actividad digestiva.
	6º—Aumento de la tasa de los cambios metabólicos.
IV.—Endocrinas simpaticotrópicas particularmente suprarrenales y tiroideas.	7º—Disminución de peso.
	8º—Taquicardia.
	9º—Sudores nocturnos.
	10º—Aumento de la temperatura.
	11º—Leucocitosis.

CUADRO Nº 2

Síntomas reflejos relativos al pulmón

Nervios aferentes

[Síntomas:

Ronquera .....	Nervios eferentes.
Irritación laríngea .....	Nervio laríngeo.
Tos .....	Nervio laríngeo superior.
	Laringe y nervios de todos los músculos expiratorios, con inhibición de los nervios de los músculos inspiratorios.
Inhibición del corazón .....	Fibras cardiomotoras del vago
Aumento del tono muscular y de la secreción glandular en el canal gastro-intestinal	Fibras motoras del gástrico e intestinales del para-simpático.
Rojés de la cara .....	Fibras sensoriales del trigémino.
Espasmo del esternocleidomastoideo y del trapecio.	Accesorios del Espinal.
Desviación de la lengua con relación de la línea media.	Hipogloso.
Degeneración de los músculos faciales.	Trigémino.
Rubor de la oreja .....	Tercer sensorio cervical.
Dilatación de la pupila .....	Centro motor de Budge (bajo el cervical y sobre el dorsal.)
Espasmo de los músculos de la cintura escapular y del diafragma.	Nervios cervicales motores del 2º al 8º
Disminución de los movimientos de la pared torácica debido en parte al espasmo de los músculos de más	Nervios cervicales motores del 2º al 9º

Aferentes al través de parasimpáticos (Vago.)

Inflamación del pulmón.

Aférentes al través de los   los simpáticos.	arriba.		Nervios sensorios cervicales particu-
	« Dolor sobre la 2ª costilla y la espina del omóplato (superficial.) »		larmente 3, 4 y 5ª.
	Dolor en los músculos del hombro »		Nervios sensorios cervicales 2ª al 8ª.
	(Dolor profundo.)		
	Degeneración de la piel y del tejido celular sobre la parte anterior de la »		Nervios sensorios cervicales 3ª. 4ª
	2ª costilla y de la espina del escápulo. »		y 5ª
	Degeneración de los músculos del »		Nervios cervicales sensorios y moto-
	hombro.		tores del 2ª al 7ª

CUADRO Nº 3

*Síntomas debidos al proceso per se.*

- 1.—Frecuentes y prolongados resfriados (bronquitis tuberculosa.)
- 2ª—Hemoptisis.
- 3ª—Pleuresia (tuberculosis de la pleura.)
- 4ª—Expectoración.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, 10 de julio de 1934.

*De la Clínica de Niños e Infecciosos de la Academia de Medicina de Düsseldorf (Directors Prof. Dr. A. Eckstein),*

## Sobre el estado actual de la terapéutica de la coqueluche

*Por el Dr. Hünemann, Médico en Jefe.*

Seguramente no existe en nuestras latitudes otra enfermedad infecciosa cuyo tratamiento preocupe tanto a los médicos, como la coqueluche. Según las estadísticas, la coqueluche es la enfermedad que todavía causa más víctimas entre los **niños**. Continuamente se están haciendo nuevos ensayos para combatir con eficacia esta enfermedad, más por desgracia no se dispone de medio alguno de actividad segura después de la declaración de la enfermedad. Por esta razón el médico general ha de cuidar mucho de evitar contagio, sobre todo tratándose de niños de pecho y pequeñitos, y de **que** niños adultos enfermos de coqueluche no entren en contacto con estos últimos. Importa saber el tiempo que la coqueluche es contagiosa. Es seguro que una coqueluche en vías de curación, o sea en estado decreciente, no es ya infecciosa. El cambio, no se sabe todavía el tiempo que se puede considerar como infeccioso el estado convulsivo, cuestión esta muy importante, sobre todo cuando el estado convulsivo se prolonga mucho. Tomando como punto de apoyo, para la determinación de la duración de la infecciosidad, la comprobación de la presen-

cia de los bacilos de Bordet-Gengou. se puede decir que a las cinco a seis semanas del comienzo del estado convulsivo la coqueluche no parece ser contagiosa ya, porque en este tiempo no se consigue la comprobación de los bacilos de Bordet Gengou por cultivo en la placa expuesta a la tos.

Esta afirmación es sostenible y refutable con la hipótesis de que el bacilo de Bordet-Gengou sea el agente de la coqueluche. Hasta ahora no ha podido ser aclarada por entero esta **cuestión**. Pero los trabajos realizados últimamente en este sentido nos convencen cada día más de que ello debe de ser así, sobre todo en vista de que se ha conseguido la diferenciación **segura** del **verdadero** bacilo de la influenza (Langer - Wildtgrube, H. Kleinschmidt, Manteufel-Dress-ler, Gundel-Schlüter). El resultado de esta investigación es extraordinariamente importante para el tratamiento etiológico de la coqueluche, pues así ha sido creada una base segura, p. ej. para conseguir efectos inmuno-biológicos específicos con una vacuna.

Como es bien sabido, la vacuoterapia de la coqueluche mereció en los últimos años el prin-

cial interés, después de haber sido vuelta a recomendar en Alemania en 1930 por Rietschel y de los informes favorables publicados sobre ella por autores holandeses y daneses. Se trató principalmente de vacunas de alta concentración, como las confeccionadas en Alemania por la Casa Bayer-Meister Lucius en tres diversas concentraciones de 4, 6 y 8 millones de gérmenes por C. c. Pero los resultados de este tratamiento fueron en parte contradictorios, que solamente a base de observaciones personales es posible formarse una idea de la actividad de las vacunas. Era de suponer desde un principio, que un efecto franco sobre el curso de la enfermedad sólo tenía que poderse esperar con una vacunación oportuna, o sea en el período de incubación o a lo sumo en el estado catarra, y que la vacunación en estado convulsivo no podía ser otra cosa que un ensayo encaminado a disminuir el número y la intensidad de los accesos de tos. Pero al proceder de acuerdo con este punto de vista, se comprobaba de continuo que los niños pasaban una coqueluche extraordinariamente grave. Esta razón de que muchos médicos rechazaran o abandonaran la vacunoterapia. A esto se añade que los niños reaccionaban a menudo con fuertes aumentos de la temperatura y sensaciones dolorosas en el sitio de la inyección, con lo que los familiares no solían entusiasmarse, mucho con esta clase de tratamiento.

Hace poco ha vuelto a exponer Rietschel su parecer sobre

la vacunoterapia, recalcando que esta clase de tratamiento se debe emplear en primer término como profilaxis de la coqueluche. Los fracasos del empleo profiláctico de las vacunas anteriores, se debieron muchas veces a que las mismas contenían razas de bacilos que según las últimas investigaciones, se tienen que considerar como inactivas. Ahora, que ya se ha adelantado bastante en la diferenciación de las diferentes razas de bacilos de la coqueluche (véase Gundel y Sclüter) se demostrará lo que puede el tratamiento en la profilaxis de la coqueluche. También será necesario volver a ensayar la vacunoterapia con bacilos irreprochables en el estado convulsivo, tarea que debe dejarse por de pronto a la clínica.

Degkwitz recomienda el empleo profiláctico de suero de convalescientes o de sangre de adulto, como en la profilaxis del sarampión, aunque los resultados no son tan seguros como en ésta, ya que la inyección sólo suele poderse aplicar poco antes del comienzo del estado catanal. Pero si pocos días después del contagio se le inyecta al niño suero de convalescientes o sangre de adulto, es segura la protección contra la enfermedad o ésta llega a ser sólo muy leve, si no se administró una dosis entera.

El problema es muy difícil cuando el tratamiento se empieza en el punto culminante de la enfermedad y en las semanas siguientes. Como hemos dicho, no se dispone de ningún medio de acción específica, del

En el tratamiento de la coqueluche en el estado convulsivo y en el de la declinación de la tos, los médicos suelen conocer demasiado poco, a mi parecer, un punto muy esencial, o sea que a menudo se presentan en los niños alteraciones pulmonares que nosotros solemos calificar de específicas del virus de la coqueluche. En vida, estas alteraciones sólo pueden comprobarse roentgenológicamente, mientras el hallazgo clínico no puede ofrecer ninguna base segura sobre su extensión. Según las investigaciones anatómicas-patológicas de Feyrter, de Gottche y de Eros, en sitios **circunscritos** de los pulmones, de preferencia en las partes basales posteriores de los lóbulos superiores o inferiores o en la llingula así como basalmente en el lóbulo medio, se **presentan** inflamaciones productivas del tejido **peribronquial y perivascular**, que se afirman ya muy pronto en el intersticio. Estas alteraciones pueden ser **tan** pronunciadas hasta en los casos más

recientes como las que se registran según Fervert sólo excepcionalmente en el sarampión y otras afecciones específicas del pulmón. También se han comprobado inflamaciones productivas de la pleura. Estos hallazgos automático-patológicos coinciden con los cuadros roentgenológicos, que se distinguen casi siempre por la forma de una "sombra triangular basal". Es una cinta espesa que va desde ambos hilos hasta los campos paravertebrales y puede ser tan espesa que desaparezcan los límites cardíacos. La base del "triángulo basal" es formada por diafragma y el vértice corresponde a la línea media a la altura del hilus. Estas alteraciones pulmonares pueden ser tan pronunciadas que aparezcan ensombrecidos todos los campos inferiores. El cuadro de la lesión pulmonar de la coqueluche no comprende fiebre; caso de registrarse ésta, tendría que ser atribuida a complicaciones (neumonías focales). En los casos de

pronunciada lesión pulmonar, puede estar alterado el estado general de *los niños* .**aunque** no haya fuertes y numerosos accesos de tos y vómitos. A base de numerosas investigaciones, hemos confirmado los resultados de Gottche, pues también en casos leves de coqueluche hemos negado a comprobar cosa de 40 por cien de las alteraciones roentgenológicamente visibles; en los casos graves y duración prolongada de la enfermedad, se comprobaron siempre estas alteraciones roentgenológicas (Hünemann.) El diagnóstico roentgenológico de la lesión pulmonar de la coqueluche, supone la correspondiente experiencia, ya que a veces no es fácil la diferenciación de otros estados patológicos específicos o no. Considero muy importante esta advertencia sobre los daños pulmonares causados por el **virus** de la coqueluche, pues de ellos podemos deducir terapéuticas. Hemos de preguntarnos si la clase de duración de los accesos de tos podrían depender en parte de esta lesión pulmonar, ya que de ninguna manera se pueden explicar por influencias

nerviosas la gravedad y duración de la enfermedad.

Según nuestras experiencias, las lesiones pulmonares reaccionan muy bien, junto al tratamiento de aire libre, a las medidas físicas en forma de caja térmica de luz eléctrica y aplicaciones de Antiflogistina, **Pisan** y Enelbina, que tienen la ventaja de la prolongada acción calórica. También la **diatermia** prudente de los pulmones puede ser muy buena. No debemos dejar de citar, que también los expectorantes tienen acción favorable, sobre todo cuando hay esputo purulento.

Teniendo en cuenta los aquí expuestos puntos de vista, en el tratamiento de la coqueluche, se podrá conseguir ya algo, sobre todo en los casos graves, prolongados, muy dañados en su estado general. Por lo demás debemos esperar que las investigaciones experimentales y clínicas nos permitan adelantar más en el tratamiento eficaz de la coqueluche.

(Revista Germano-Ibero Americana.)

## NOTAS

Después de dos años de permanencia en España y otros países de Europa ingresó a esta capital nuestro consocio y amigo el Doctor José Ramón Durón a instalarse y de nuevo continuar en la lucha por la salud.

Por considerarlo de sumo interés para todos los médicos damos comienzo en este número a la publicidad de Lo que el Médico no debe hacer, obra de grandes enseñanzas, fruto de muchos años de estudio y de experiencia de nuestro Decano de la Facultad de Medicina Dr. Ricardo D. Alduvín.

Con el objeto de asistir a las Jornadas Médicas llegó desde hace varios días a esta ciudad nuestro antiguo discípulo y amigo el Dr. Carlos Gálvez que reside en La Ceiba.

La Facultad de Medicina y la Asociación Médica han recibido atenta invitación para hacerse representar en el Congreso Mé-

dico Centro-Americano que se-reunirá en San José de Costa-Rica el 12 de octubre próximo. En este mes se hará la designación de los miembros que integren la Delegación de Honduras.

Teniendo que reponer la vacante del Vocal Primero de la Junta Directiva de la Facultad de Medicina por renuncia del Doctor Eduardo R. Coello. la Asociación Médica ha lanzado como candidato al excelente caballero y profesional de prestigio que goza de nuestra absoluta confianza, Doctor Héctor Valenzuela.

En viaje de negocios estuvo una semana entre nosotros procedente de San Pedro Sula nuestro viejo amigo y consocio el Doctor J. Leonardo Godoy.

A sustituir a los Doctores Alduvín y Vidal fueron a Sinuapa los Enviados de la Asociación Médica Doctores Manuel Cáceres Vigil y Miguel Sánchez.