REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación **Médica Hondureña**

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.
REDACTORES:
Doctor Manuel Larios
Dr. Antonio Vidal — Dr. Guillermo E. Duran
SECRETARIO **DE** REDACCIÓN: Doctor Humberto Díaz
ADMINISTRADOR: Doctor Gabriel R. Aguilar

Año VI | Tegucigalpa, Hond.. C. A., Noviembre y Diciembre de 1935 I No 61

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Ingrato y duro vivir es este del médico, pendiente siempre del estado de sus pacientes, atento a los menores detalles requeridos para formular el diagnóstico y el tratamiento, buscando en la memoria, en los libros clásicos, en las revistas, en las pláticas con los colegas amigos, la luz que ilumine los oscuros e intrincados caminos de la patología. La conciencia en perenne conmoción dispuesta a aceptar las consecuencias de sus resoluciones, ahora experimentando terribles amarguras o bien las dulzuras del éxito conquistado a fuerza de sacrificios y desvelos.

Pero no han de ser las delicias del triunfo ni las penas del fracaso quienes vayan a alterar el rumbo de nuestra carrera: un ideal supremo dirige la marcha continua en el bregar profesional y es el de superarnos para cumplir mejor con los deberes añejos al noble y bello apostolado de la Medicina; ni la vanidad estúpida ní la tristeza dolorosa y deprimente penetrarán al recinto del alma, ambas traen miasmas que enferman y dislocan el correcto proceder; tampoco la indiferencia ante el fracaso o el éxito, un justo medio de apreciación para comprender cuando hemos hecho bien y cuando mal, estimula y alienta o endereza por la meditación y el estudio los torcidos pasos hijos del error, al que iodo ser humano está expuesto, pero nunca de la maldad.

Forjar esa conciencia superior al medio no es trabajo sólo de la buena voluntad ni de un día, es necesario caldearse largo tiempo en la fragua ardiente de la- experiencia, soportar las múltiples agresiones de palabra o de hecho que la ignorancia y la incovi-■prensión disparan a'diario sobre nosotros, obligados a perdonar los insultos, las calumnias y ofensas a quienes no podemos exigir la Viisma altura moral ni mucho menos siquiera los elementos fundamentales de la ciencia y arte de la medicina.

La agresividad del publico es tanto mayor cuanto la cultura es menor, de ahí que nosotros estamos más expuestos a tales manífestaciones de difícil desaparición.. Pero eso también nos enseña con más rapidez y firmeza cuál debe ser la conducta observada en el transcurso de los años de -práctica.

Es materia por demasiado conocida ya no discutida que en este medio hondureño la muerte de un paciente se atribuye siempre a la ignorancia o maldad del médico solicitado para el tratamiento, es como la descarga de conciencia de los parientes en los hombros del pobre facultativo cuya mayor culpabilidad es haberse dedicado desde los años mozos al estudio de la profesión. Incapaces cíe comprender los mil vericuetos por donde la muerte se cuela en el curso de una enfermedad, encuentran como el más fácil camino de resolver el problema de por qué se murió, achacar al médico el haber hecho o no hecho esta o aquella cosa.

Felizmente ya los espíritus templados, alejados de las pequeñas miserias e intrigas humanas, superiores al maldecir de las gentes, no contemplan en el cielo de su existir sino las grandezas y virtudes del esfuerzo rudo e incesante del hombre en pos de la felicidad de todos. Brillan en lo más empinado de las alturas los genios sublimes que consagraron enorme caudal de energías al servicio de la ciencia que persigue el alivio, la mejoría o la curación de las dolencias del cuerpo; allá contemplamos esos soles que fueron Luis Pasteur, Lister, **Koch,** *Erlich, Virchow, y en la lejanía la figura casi olímpica del viejo Hipócrates, siempre fresco y siempre nuevo a medida que vamos progresando con los grandes descubrimientos e inventos actuales.*

Por eso tranquilos y serenos, sin perturbar el ritmo armonioso de nuestro destino, fijos los ojos sólo en la grandeza del bien que realizamos, incomprendido, vamos por el mundo caminando con la conciencia, limpia y la frente muy en alto, desafiando las intemperies, sin escuchar los latidos de la jauría.

LA COLECISTOGRAFIA EN HONDURAS

Por el Dr. Manuel Larios

En la solución del difícil problema del diagnóstico de las afecciones del cuadrante superior del abdomen, varios son los procedimientos auxiliares que pueden prestar una ayuda valiosísima al clínico. Contamos con la colecistografía, el drenaje duodenal por medio de la sonda de Einhorn, la radiografía del estómago y duodeno, la prueba de la función hepática, el análisis fraccionado del contenido gástrico, etc., y la importancia relativa de cada uno de estos medios de diagnóstico es objeto de numerosos trabajos hoy día. Ahora bien, no todos estos métodos están lo suficientemente desarrollados para dar resultados constantes y concretos; algunos, como la prueba de la función hepática, hasta ahora están en vías de ensayo; otros, como el análisis fraccionado del contenido gástrico, no gozan de la confianza general. Pero los restantes están siendo usados más y más cada día y algunos han adquirido un desarrollo y un prestigio tales que ya se consideran como indispensables. Tal es el caso de la Colecistografía.

Es nuestro propósito hacer más tarde un estudio comparado de cada uno de los métodos enumerados arriba, lo que consideramos de suma importancia entre nosotros, dado el alarmante número de casos de padecimientos gástricos en nuestro país y la relativa infrecuencia de lesiones orgánicas del estómago y duodeno (úlcera y cáncer) . Por hoy queremos ocuparnos de la Colecistografía, procedimiento que está yá firmemente establecido como un eficaz medio auxiliar en el diagnóstico de las afecciones de las vías biliares.

Pero si bien es cierto que el mundo médico acepta la Colecistografía y reconoce su utilidad, las opiniones varían sobre los detalles de la técnica que se debe seguir y cada día la literatura médica nos trae alguna modificación propuesta al método original.

El presente estudio se basa sobre 61 Colecistografías llevadas a cabo en el servicio de Rayos X del Hospital San Felipe, y de la Policlínica de esta ciudad. De estos 61 casos 24 fueron operados y los resultados de la intervención aparecen en el cuadro I.

Con el fin de poder llegar a alguna conclusión práctica sobre la técnica más apropiada a nuestro medio, se ensayaron varios de los procedimientos más usados hoy día a saber: Método oral, Método Intravenoso y el Método llamado Oral "Reforzado" o procedimiento de Sandstrom. Algunas de las últimas innovaciones en materia de técnicas como son los procedimientos de Antonucci y de Zanetti no entran en el presente estudio, pues nuestra experiencia con ellas es muy limitada, apenas contamos con dos casos

en los cuales hemos ensayado estos métodos.

En todos los procedimientos de laboratorio el factor personal juega un papel importantísimo en la apreciación de los resultados, máxime si la técnica no se ha estandardizado universalmente. En el examen radiológico de la vesícula biliar, en el que diferentes investigadores usan distintos métodos, precisa que el radiólogo se trace una línea de conducta y se adhiera a ella rigurosamente para poder de ese modo obtener resultados constantes. Esto lo ha puesto en evidencia Kirklin con su enorme experiencia de miles de casos observados en la Clínica Mayo y cuyos resultados son los más exactos de los radiólogos que se han ocupado extensamente de la Coíecistografía.

Nosotros hemos empleado los procedimientos siguientes:

MÉTODO ORAL. — El enfermo toma una cena ligera, un poco menos que lo acostumbrado, pero evitando el exceso de grasas en la comida de la noche. Una hora después ingiere el Tetrayodo y se acuesta sobre el lado derecho pudiendo, si así lo desea, tomar agua durante la noche. A la mañana siguiente omite el desayuno y se presenta al departamento de Rayos X a las 14 horas para la primera radiografía. Se radiografía al enfermo a las 14, 15 y 16 horas y si la vesícula es invisible se da por terminado el examen. Si es visible, se ordena una comida rica en grasas y se toma una última radiografía para observar el vaciamiento de la vesícula producido por el exceso de grasas en el intestino. Son requisitos indispensables para el éxito del examen: 1.—Que el enfermo no haya vomitado todo o una gran parte de la sustancia opaca; 2.—Que llegue al departamento de Rayos X en riguroso ayuno; 3.—[i]Que durante este ayuno no haya percibido olor de comida que pudiera haber iniciado un vaciamiento bilioso reflejo.

MÉTODO INTRAVENOSO. — La misma preparación que en el anterior. Por la noche se pone una inyección intravenosa de Tetrayodo y se radiografía al enfermo 8, 9 y 10 horas después debiendo observarse las mismas precauciones que con el método oral.

MÉTODO DE SANDSTROM.— Esta es la Colecistografía "reforzada" y consiste en el procedimiento siguiente: administrar el tetrayodo en dosis repetidas tomando en las intervalos un exceso de hidratos de carbono. El principio en que se basa este método todavía está muy discutido; algunos sostienen que la ingestión de grandes cantidades de hidratos de carbono trae con sigo una hiperactividad en la función glicogénica del hígado y que ésta a su vez estimula una mayor secreción de bilis glicogénica del hígado y una mejor absorción del intestino. Otros piensan que la bilis está continuamente saliendo de la vesícula biliar siendo sustituida por más bilis que viene del hígado, que la sustancia opaca empieza a eliminarse desde que llega al hígado y que esta sustancia opaca está eliminándose

constantemente con la bilis que sale de la vesícula. De modo que las dosis repetidas de tetrayodo no hacen más que reponer lo que se ha perdido con la bilis. Conforme a este método se administra una dosis de tetrayodo tal como en el método oral a la mañana siguiente, radiografías del enfermo en ayunas; si éstas no muestran la vesícula, se ordena al enfermo tomar jugo de naranja, te con bastante azúcar, etc. Al medio día almuerzo sin grasas y después otra dosis de tetrayodo, continuándose la ingestión de té con azúcar durante la tarde. Después de la cena, que tampoco debe tener grasas, se administra la última dosis de tetrayodo. A la mañana siguiente, es decir 36 horas después de la primera ingestión de tetrayodo se radiografía al enfermo. Generalmente estas últimas radiografías muestran la vesícula más densa que a las 14 o 16 horas.

Este último procedimiento es el que está teniendo mayor aceptación últimamente y creemos que en el futuro llegará a suplantar el método oral primitivo. Se le conoce bajo varios nombres en Estados Unidos, método intensivo, Colecistografía reforzada. En Europa: método fraccionado, etc. Su introducción como método de diagnóstico se debe al Profesor Sandstrom de Estocolmo y aunque este radiólogo lo usó por primera vez en 1931, no es sino hasta un año que ha adquirido la popularidad que merece.

Sea cual fuere el método adoptado, ciertas precauciones son absolutamente necesarias para obtener resultados constantes : seguir minuciosamente las instrucciones, evitar la náusea y los vómitos, desalojar el gas del intestino en el momento del examen, perfecta inmovilización durante la toma de las radiografías por medio de una banda de compresión y abstenerse de respirar. Todo esto es de capital importancia y un descuido en cumplir cada uno de estos requisitos puede dar lugar a falsas interpretaciones.

El número de casos que motiva el presente trabajo lo forman enfermos de un hospital general de caridad, como es el Hospital San Felipe, y de la clientela privada asistidos en La Policlínica.

En la elección del método conviene tener presente la clase de pacientes con que se trabaja. Si son enfermos del hospital de caridad, en su mayoría gentes analfabetas, claro está que no seguirán las instrucciones tan rigurosamente como los enfermos de la clientela privada a quienes se les puede indicar lo que tienen que hacer con cierta seguridad de que lo harán tal como se les dice. Por eso hemos tomado en el presente estudio de las dos clases de enfermos del hospital y de una clínica como La Policlínica.

Hechas las anteriores consideraciones expondremos brevemente nuestra técnica con los diversos métodos que hemos ensayado. Al final expondremos nuestras conclusiones sobre el método de preferencia, sea oral o intravenoso, sobre la sustan-

cia que mejores resultados nos ha dado, etc.

El tetrayodo por la vía oral se da inmediatamente después de la cena que no debe contener grasas. Se ordena al enfermo acostarse del lado derecho y permanecer en reposo para evitar náuseas y vómitos. Durante la noche puede tomar agua solamente. A la mañana siguiente se aconseja un lavado rectal de dos litros de agua salada y se previene al enfermo de no comer ni acercarse al comedor, cocina, etc., para evitar el olor a comida que pueda provocar un vaciamiento reflejo de la vesícula. Las primeras radiografías se toman a las 14 horas y otras más a las 15 horas, respectivamente. Si la vesícula es visible, se ordena al enfermo ingerir una comida especial que contenga bastante cantidad de grasa y una hora después se le radiografía de nuevo. En esta última radiografía se estudia el vaciamiento vesicular. Si la vesícula es invisible, a la radiografía de las 16 horas, se da por terminado el examen.

Cuando administramos la sustancia opaca por la vía intravenosa, ponemos la inyección a las 10 de la noche, unas tres horas después de la cena; la inyección se hace muy lentamente y se tiene siempre a la mano una ampolla de adrenalina en caso de reacción. Las radiografías se toman al día siguiente a las 8 y 10 horas después de la inyección, siguiéndose después como en el método oral.

Las radiografías son tomadas en decúbito ventral, con banda compresora para obtener una mejor inmovilización. Si la primera radiografía muestra el intestino lleno de gases o materias fecales, se aplica un lavado rectal antes de tomar la siguiente. Últimamente hemos aplicado en dos casos una inyección de Pitresina (P. D.) dos horas antes para eliminar los gases con muy halagadores resultados.

INTERPRETACIÓN. De acuerdo con el sentir general de los radiólogos de todas partes, consideramos una ausencia total de sombra vesicular como evidencia de patología de la vesícula, hígado o vías biliares siempre que estemos seguros de que el enfermo no vomitó el tetrayodo y permaneció en ayunas hasta después del examen. En una vesícula visible observamos su forma, tamaño, posición y densidad de la sombra. Los casos más difíciles de interpretación son aquellos de "sombras tenues." Aquí entra en juego la experiencia personal. Todo radiólogo que ha trabajado con la vesícula biliar se ha formado ya una idea de lo que representa una densidad normal y toda variante de este tipo "standard" lo considera anormal. Para evitar los errores que acarrearía la aplicación de un criterio tan personal, es en estos casos cuando el radiólogo y el clínico deben marchar de acuerdo: tomar en cuenta la historia de la enfermedad, los datos del examen clínico, etc. Solamente así se puede llegar a una conclusión.

Kirklin, Hirzot, Stewart y otros han querido establecer un

"estandard" de la densidad de la sombra vesicular. Para estos autores la densidad normal de la sombra sería igual a la proyectada por las costillas o las apófisis transversas de las vértebras.

Los cálculos opacos no ofrecen ninguna dificultad, pero hay que tener presente la posibilidad de que las sombras se deban a cálculos del riñon derecho y no de la vesícula. Cuando ésta no se llena es muy difícil demarcar exactamente la localización de los cálculos y se hace necesario un examen por separado de los riñones por medio de la pielografía.

Los cálculos transparentes de colesterina, que son los más frecuentes, aparecen como pequeñas sombras dentro de la sombra general de la vesícula y es difícil observarlos en la fase de concentración, pero en el período de vaciamiento, cuando la densidad del tetrayodo ha disminuido, se observan con mayor facilidad. Sin embargo, el diagnóstico de cálculos transparentes todavía deja mucho qué desear y los resultados varían según los investigadores, algunos obteniendo porcentajes de diagnósticos positivos tan altos como el 90 %, otros tan bajos como el 6 %. Nosotros en este estudio hemos obtenido un porcentaje de 10 %.

Los cuadros adjuntos muestran los resultados de la Colécistografía en 61 enfermos divididos en dos grupos: Cuadro Nº I. — Enfermos operados en los cuales el diagnóstico pudo comprobarse por medio de la operación y Cuadro Nº 2.—Enfermos que no llegaron a la sala de operaciones; en estos naturalmente aparece el diagnóstico clínico basado en la sintomatología y el examen físico. La lección que nos enseña el estudio de este segundo grupo es que todavía entre nosotros hay gran aprehensión contra las operaciones y que nuestro público necesita una campaña activa por parte de la profesión médica para hacerle ver los buenos resultados de la cirugía en las afecciones de la vesícula biliar.

REACCIONES. — Uno de los argumentos más poderosos esgrimidos en favor del método oral es la posibilidad de una reacció n cuando el tetrayodo se administra por vía intravenosa. Esta consiste en trastornos diversos como náusea, vómitos, cefalea, vértigo y en algunos casos accidentes vaso-motores, lipotimias y hasta la muerte súbita. Descuido de inyectar el líquido puede dar lugar a periflebitis y necrosis de los tejidos, a veces a trombo-flebitis. Si bien es cierto que la posibilidad de una reacción siempre existe, la verdad es que cada día vemos menos reacciones, tanto porque la pureza de los preparados aumenta cada día como porque ahora se tiene más cuidado en seleccionar los casos a inyectar y en la puesta de la inyección.

CUADRO NUMERO 1

ENFERMOS COLECISTOGRAFIADOS QUE SE SOMETIERON A OPERACION

(Serie combinada, Hospital San Felipe y La Policlínica)

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
1 P. G.	35	F	Agrura de estómago. Estreñimiento crónico. Un ataque agudo de dolores hace dos años.	ORAL (T) Vesícula invisible a las 14 y 16 horas.	Colecistectomía. Vesícula grande, paredes gruesas. 107 cálculos de colesterina.	Hace dos años el examen radiológico del estómago resultó normal.
2 J. L.	54	M	Dolores punto vesicular. Náuseas y vómitos. Ictericia moderada.	ORAL (T) Vesícula invisible.	Vesícula voluminosa. No contiene cálculos. Inflamación catarral de las paredes.	
3 E. B.	23	F	Dolores cuadrante superior derecho. Dispepsia. Estreñimiento.	ORAL (T) Vesícula invisible.	Vesícula macroscópicamente normal. Tamaño pequeño. Paredes delgadas. No contiene cálculos.	x
4 M. O. L.	28	F	Dolores desde hace un año. Cólico fuerte hace un mes. No ha habido ictericia.	ORAL (K) Vesícula invisible.	Hidropesía de la vesícula. Torsión del cuello. No contiene cálculos.	

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
5 F. S.	30	F	Dolores sordos desde más de dos años. Náuseas después de comer. Ictericia intensa.	ORAL (K) Vesícula invisible.	Vesícula tensa, con mucosidad espesa. No contiene cálculos.	x
6 M. T.	40	F	Fuertes cólicos, dolores sordos. Ictericia moderada.	Intravenosa (I-Y) Vesícula débilmente visible a las 14 horas. No concentra	Acodamiento del cuello de la vesícula. Adherencias. No contiene cálculos.	Pericolecistitis.
7 H. H. B.	37	F	Dolor durante un año. Dispepsia ácida por más de cinco años. Vómitos biliosos. Tuvo un ataque de ictericia hace un mes.	ORAL (T) Vesícula invisible. Intravenosa (I-Y) Vesícula débilmente visible.	Gran número de cálculos de colesterina, pequeños. Acodamiento del cuello.	Examen radiológico del estómago negativo por lesión gástrica.
8 R. A. R.	23	F	Cólicos en dos ocasiones con fuertes dolores y náuseas después. Ictericia intensa, duradera las dos veces.	1.—Oral (K) Vesícula invisible. 2.—Intravenosa (I-Y) Vesícula invisible.	Vesícula pequeña, atrofiada, paredes gruesas, pus. No contiene cálculos.	

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
9 P. A.	25	F	Dolor cólico dos o tres horas después de comer. Acidez de estómago. Estreñimiento. Ataque agudo con ictericia hace quince días.	ORAL (T) Vesícula invisible, sombra de cálculos.	Hidropesía de la vesícula. 5 cálculos de colesterina pequeños y uno voluminoso.	Examen químico de los cálculos mostró: los pequeños de pura colesterina y el grande mixto con incrustaciones calcáreas.
10 V. H.	38	F	Desde hace un año sufre de cólicos fuertes con náuseas, fiebre. Estreñimiento crónico.	1.—ORAL (T) Vesícula invisible 2.—intravenosa (I-Y) Vesícula visible, sombras de cálculos.	Vesícula llena de bilis mezclada con pus. 17 cálculos pequeños de colesterina.	La colecistografía oral no fue satisfactoria porque la enferma vomitó parte del tetrayodo. Por eso se repitió por la vía intravenosa.
11 J. de T.	46	F	Cólicos lado derecho. Poliuria y piuria.	Intravenosa Vesícula visible. Cálculos riñón derecho. Vesícula biliar fisiológicamente normal.	Nefrectomizada después en otra institución. Litiasis renal derecha.	En vista del resulutado de la colecistografía se le practicó una pielografía que confirmó el diagnóstico.

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
16 R. S.	45	F	Dispepsia. Náuseas. Dolores sordos en el hipocondrio derecho. Cólico hepático hace dos años.	ORAL (T) Vesícula invisible.	Colecistitis calculosa. Múltiples cálculos de colesterina.	
17 M. H.	28	F	Dolor todo el lado derecho del abdomen. Estreñimiento crónico.	ORAL (K) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula normal. Apendicitis crónica. Apendicectomía.	
18 M. V. V.	54	M	Dolores de estómago despus de las comidas. Agruras, acidez, vómitos.	Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula normal. Apendicectomía. Apéndice aparentemente normal.	Examen radiológico del estómago no fue satisfactorio.
19 J. R.	46	F	Dispepsia crónica. Dolores sordos, crisis febriles. Ictericia.	ORAL (K) Vesícula invisible.	Vesícula grande, paredes gruesas. Pus. no contiene cálculos.	
20 C. L. M.	3?	M	Dolores, vómitos, hematemesis, ictericia, caquexia.	Intravenosa (I-Y) Vesícula invisible. Sombra densa que sugiere un cálculo voluminoso.	Operado después en New Orleans. Informe: carcinoma de la vesícula.	

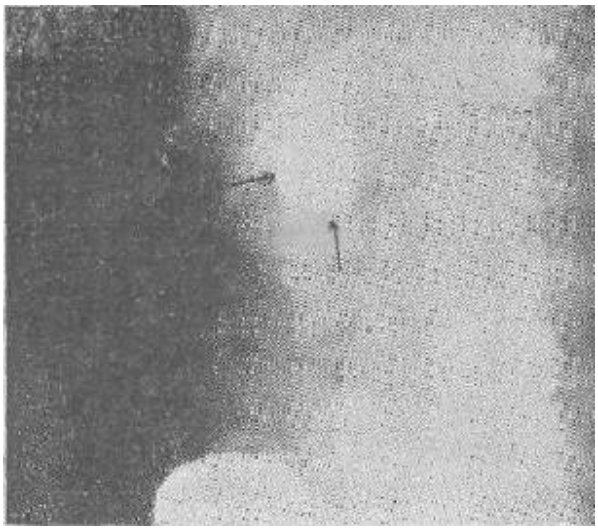
Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
21 Sor. R.	23	F	Dolores en el hipocondrio derecho ictericia. Ataque agudo hace un año.	ORAL (K) Vesícula invisible.	Colecistitis calculosa. Gran cálculo solitario en el fondo.	Había sido apendectomizada un año antes sin sentir alivio. Durante la apendicectomía la vesícula se palpó grande, tensa, pero el cálculo no se palpó.
22 M. M.	28	M	Dolor agudo en el hipocondrio derecho.	ORAL (CH) Vesícula invisible.	2 cálculos. Uno grande y otro pequeño.	Radiografía pulmonar. Vieja pleurecía base izquierda.
23 C. M.	40	F	Cólicos. Náuseas.	ORAL (CH) Vesícula invisible.	Vesícula pequeña atrofiada sin cálculos.	
24 B. A.	50	M	Dolores, náuseas y vómitos. Ictericia.	ORAL (CH) Vesícula invisible.	Vesícula grande, estrangulada por una banda de adherencia. Adherencias.	Pericolecistitis.

Colecistografía Oral. Cálculo implantado en el cístico. Vesícula invisible.

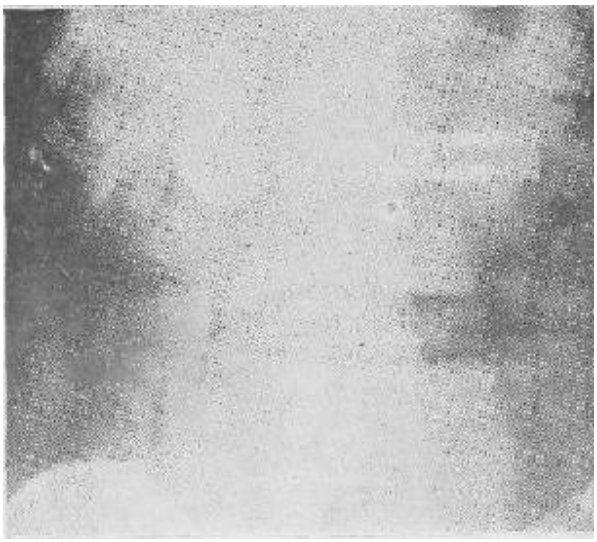
Colecistografia Oral. Vesícula visible. Deformación de la sombra por gases en el intestino.

Colecistografía Oral. Sombra tenue de la vesícula. Operación: Colecistitis calculosa.

Colecistografía intravenosa. Vesícula visible. Fase de relleno.



Colecistografía intravenosa. Vesícula visible. Fase de concentración, 14 horas.



Colecistografía intravenosa. Vesícula visible. Fase de vaciamiento, 15 horas.

CUADRO NUMERO 2

LA COLECISTOGRAFIA EN 37 ENFERMOS NO OPERADOS

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
1 C. S. V.	36	M	Vómitos 1 a 2 horas después de las comidas. Dolor en el Epigastrio antes de comer. No hay dolor en el punto vesicular. Ictericia moderada.	ORAL (T) Vesicula invisible	Colecistitis. (Examen radiográfico del estómago negativo por úlceras o cáncer).
2 A. V.	40	M	Dolores en el hipocondrio derecho, inconstantes. No hay cólicos, no hay vómitos, no hay ictericia.	Vesicula invisible Intravenosa (I-Y). Vesicula visible pálida.	Vesicula biliar normal. Debilidad de la sombra atribuible a poca concentración (Habia sido apendectomizado. Examen radiológico del estómago negativo). Fuerte reacción.
3 F. de T.	54	F	Acidez en el estómago. Náuseas y vómitos. Tres ataques de cólicos hepático típico.	ORAL (T) Vesicula invisible	Diagnóstico no establecido por no haber podido hacer un examen radiográfico del estómago.
4 C. Z.	52	F	Dolores periódicos en la madrugada. También	Método Sandstrom. Vesicula visible, fisioló-	Vesicula normal. Series Gastro-intestinal

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
			2 o 3 horas después de las comidas. Náusea. Algunas veces vómitos.	gicamente normal.	mostró úlcera duodenal atípica.
5 F. P.	26	M.	Dolor epigástrico, náusea. Dolores cólicos con fuerte ictericia. Fiebre hace un mes.	ORAL (T) Método Sandstrom. Vesícula visible. Débil.	Colecistopatía aguda, probablemente Angiocolitis. Falta de concentración típica de proceso agudo.
6 Y. C.	40	M	Cólicos — Dolores — Ictericia. Tres ataques.	ORAL (T) Vesícula invisible	COLECISTITIS
7 M. O.	23	M	Náuseas, Dolores. Fuerte ictericia. Nunca ha tenido cólicos.	ORAL (T) Vesícula invisible	Angiocolitis — Colecistitis.
8 A. de S.	38	F	Dolores sordos hipocondrio derecho. Náuseas. 2 ataques de cólico.	Intravenosa (I-Y). Vesícula débilmente visible. Sombras de cálculos.	Colecistitis Calculosa. reacción: Vómitos media hora después de la inyección.
9 S. I.	23	F	Ataques repetidos de náusea, dispepsia, llenura de estómago.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Fisiológicamente normal.	Vesícula biliar normal. La enferma había sido apendectomizada 1 año antes.

ro	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
0 I. L. C.	40	F	Acidez, dolor, vómitos, estreñimiento.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Vaciamiento tardío.	Diagnóstico clínico no establecido. Enferma salió antes de poder llevar a cabo un examen radiológico del estómago.
1 I. T. C.	35	F	Ataques típicos de cólico hepático con sintomatología de obstrucción del colédoco.	Intravenosa (I-Y) Vesícula invisible	Colecistitis — probablemente calculosa.
2 . C.	40	F	Cólico cada 3 a seis meses, dolor después, con vómitos. Ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis, probablemente calculosa.
3 . S.	36	F	Dolor en el hipocondrio derecho. Historia de cólicos, vómitos, ictericia.	ORAL CAPSULAS Vesícula invisible	Examen radiológico de los pulmones: Fibrosis pulmonar. Vieja pluresía derecha.
4 . M.	29	F	Unicamente un cólico. Veinte días antes. Con fiebre y fuerte ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis probablemente calculosa. Posiblemente angiocolitis aguda.

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clí... Observacion
19 C C. S.	48	F	Dolores hipocondrio derecho.	ORAL (T) Vesícula Visible. Normal.	Fibroma uteriu... kiliosis de la rodi... tarata.
15 F. R. G.	25	M	Vómitos por la mañana, acidez, estreñimiento.	ORAL (T) Vesícula visible. Sombra débil.	Neurastenia, d...losa de origen no dete... do. Este enferm... sido apendectom... año antes. (agud... men radiológico ... tómago negativo.
16 M. L. C.	25	F	Dos ataques de cólicos sin náuseas, sin vómitos y sin ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible Sombras de cálculos opacos (2).	— Colecistitis calc... apendi
17 J. D.	29	F	Dolor sordo permanente en el hipocondrio derecho.	ORAL (T) Vesícula invisible Intravenosa (I-Y) Vesícula visible, sombras de cálculos.	Colecistitis.
18 J. de P. A.	62	F	Dolores región apen...	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis ...itico y ...citis crónica. ...es.

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
20 Sor. M. U.	26	F	Dolores abdominales. Estreñimiento.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Deformada. Se vacía normalmente.	Pericolecistitis probablemente. Apendicitis crónica. *Reacción fuerte.*
21. E. de L.	38	F	Repetidos ataques de cólico hepático típico.	ORAL (K) Vesícula invisible	Colecistitis — Colelitiasis.
22 L. de G.	36	F	Mala digestión. Estreñimiento, acidez, Dolores de vez en cuando.	Intravenosa (I-Y) Vesícula invisible	Vesícula patológica
23 S. A.	50	F	Dolores fugaces. Llenura de estómago-dispepsia.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula. Examen radiológico del estómago negativo por úlcera o cáncer. Ptosis gástrica, que puede ser la responsable de los síntomas.
24 S. de M.	60	F	Tumoración hipocondrio derecho. Dolor, vómitos, emaciamiento.	ORAL (K) Vesícula invisible	Tumor (carcinoma?) de la vesícula.
25 G. M.	30	F	No hay síntomas referibles a la Vesícula. Dolor de cabeza. Corioretinitis. Vesícula in-	ORAL (K) Vesícula visible. Función no investigada.	No hay patología en la vesícula biliar.

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
			vestigada como posible causa de infección focal.		
26 T. S. de R.	60	F	Síntomas vagos de dispepsia. Dolores nocturnos hipocondrio derecho.	ORAL (K) Vesícula invisible	Diagnóstico no determinado. Examen radiológico del estómago negativo por úlcera o cáncer...
27 S. M. F.	26	M	Dolores hipocondrio derecho. Fiebre, Tos.	ORAL (K) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula Biliar Normal. Radiografía pulmonar T. B. C.
28 M. de M.	48	F	Historia de varios ataques de cólico hepático.	ORAL (K) Vesícula invisible	Colecistitis posiblemente calculosa.
29 A. B.	26	M	Dolores hipocondrio derecho.	ORAL (K) Vesícula visible.	Vesícula normal. Apendicitis crónica.
30 A. de R.	48	F	Dolores — Estreñimiento. Llenura de estómago.	ORAL (K) Vesícula visible. Función no determinada.	Diagnóstico no establecido. Examen incompleto.
31 Ch. de P	58	F	Sensación de peso en el estómago. Dolor.	ORAL (K) Vesícula visible	Ptosis gástrica comprobada, a los Rayos X Vesícula normal.

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
32 S. G.	32	M	Dolores hipocondrio derecho. Náusea. Ictericia moderada.	ORAL (T) Vesícula invisible	Hepatitis palúdica. Cirrosis alcohólica?
33 R. A.	40	M	Náusea. Dolor vago en el hipocondrio derecho.	ORAL (T). Vesícula débilmente visible.	Dispepsia crónica. (Kahn).
34 A. B.	51	M	Dolores en el epigastrio e hipocondrio derecho.	ORAL (T) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Ulcera duodenal. Confirmada por radiografía gástrica.
35 C. M.	62	F	Intensa Ictericia. Caquexia. Gran emaciamento. Vómitos, dolores vagos.	ORAL (T) Vesícula invisible	Carcinoma de la cabeza del Páncreas. Diagnóstico no pudo confirmarse por falta de autopsia.
36 D. L.	41	M	Dolores, vómitos, hematemesis.	ORAL (K) Vesícula invisible	Gastritis alcohólica crónica.
37 L. V.	38	F	Dolores, ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis posiblemente calculosa.

Colecistografia intravenosa. Deformación de la sombra por pericolecistitis. Fase de concentración, 13 horas.

En nuestro estudio tropezamos con reacciones sin .importancia en 6 casos (náusea, vómito una o dos horas después de la inyección.) Dos enfermos mostraron reacciones de otra índole a saber: N? 2 (Cuadro II). —Este enfermo aquejó dolores vivos en el hipocondrio derecho, náusea, vómitos, poliuria seguido de hematuria que fue transitoria. No podemos explicarnos el mecanismo de esta hemlaturia y no sabríamos decir si en efecto fue producida por el tetrayodo. El enfermo N9 20 (Cuadro II) acusó una fuerte reacción que consistió en edema de los párpados, la frente y labios; dolores agudos de tipo neurálgico en la cara; lagrimeo y conjuntivitis. Todo esto duró 48 horas para desaparecer al cabo de ese tiempo sin medicación alguna.

RESUMEN DE LOS CUADROS:

N? de casos, 61. N? de Colecistografías, 65; Orales 51.

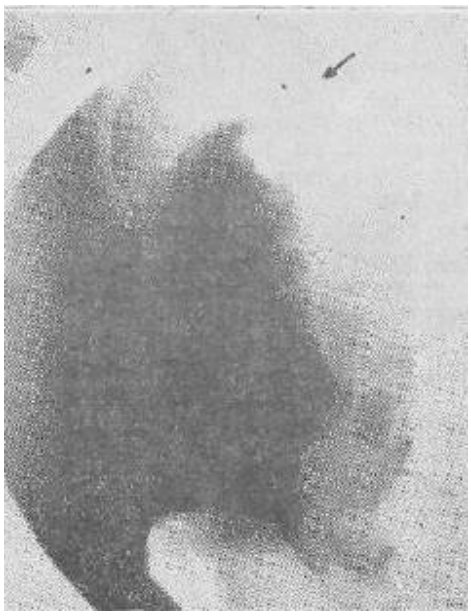
Oral únicamente, 47; Intravenosas, 14.

Intravenosa únicamente, 10.

Ambos métodos, 4.

Preparación usada:

Keraphen (Picker X Ray Corp.) (K)



Colecistografya intravenosa pericolictitis. Fase de vaciamiento, 15 horas

Tetragnost Oral (Merck) (T).
Cápsulas (Mallindrodt).(Ch7)
Cholepulvis (Mallinkrodt) (Ch.)
Chole mulsion (Mallinfenrat) (Ch.)
(Iso-Yodeikon (Mallinkrodt) (I-Y).

En general las sombras obtenidas con el método oral fueron siempre inferiores a las obtenidas con el método intravenoso. Solamente en enfermos muy delgados pudimos obtener sombras densas con el primero de los métodos. En cuanto a los preparados de tretayodo usados, el Keraphen resultó superior a cualquier otro para administrar por la via oral y el Iso-Yodeikon

Por la intravenosa.

En la vista de la mayor densidad de las sombras obtenidas Por el método intravenoso, de los números casos en que fracesamos una o mas veces porque el enfermo no" siguió al pie de la letra nuestras instrucciones, obligándonos a repetir el examen, y sobre todo en vista de que sólo en dos casos aparecieron reacciones de alguna importancia, creemos que, por lo menos para nuestro medio, es más aplicable el método intravenoso, especialmente para. enfermos hospitalizados.

Si se desea usar el método[1] oral, creemos que éste debe ser el de dosis fraccionadas (Sancls-

trom) con abundante ingestión de hidratos de carbono (Antonucci).

Para poder juzgar de los resultados obtenidos por nosotros, tomaremos únicamente la serie de los casos operados en los cuales el cirujano pudo constatar la concordancia o discrepancia entre los datos coleéistográficos y los hallazgos operatorios :

Vesícula biliar patológica a la colecistografía y a la operación, 19.

Vesícula biliar normal a la colecistografía y a la operación, 4.

Concordancia entre ambos procedimientos, 23 casos o sea el 95 %.

Vesícula biliar patológica a la colecistografía, normal a la operación, 1.

Vesícula biliar normal a la colecistografía, patológica a la operación 0.

Discrepancia, 1 caso o sea el 4.18 %.

CONCLUSIONES

Los padecimientos de la vesícula biliar son muy comunes en Honduras. Los prejuicios contra la operación imperan entre nosotros, como lo demuestra el hecho de que de 44 enfermos con patología vesicular comprobada radiológicamente, solamente 20 se sometieron a la operación.

La Colecistografía es el procedimiento auxiliar más valioso con que cuenta el clínico para el diagnóstico de las afecciones de la vesícula biliar. Es un procedimiento sencillo, exento de peligro y su aplicación no requiere más que una minuciosa técnica para evitar falsos resultados.

Creemos que entre nosotros da mejores resultados el método intravenoso para enfermos hospitalizados y el método oral a dosis fraccionadas para los pacientes ambulatorios.

En todo enfermo que presenta síntomas referibles al cuadrante superior del abdomen, se debe practicar, además de la colecistografía, el examen radiológico del tubo digestivo: estómago, duodeno, etc. Una úlcera duodenal, una periduodenitis, pueden hacer variar el colecistograma y despistar al cirujano.

Tegucigalpa, octubre de 1935.

BIBLIOGRAFÍA

Antonucci, César: La Presse Medícale, Junio 22, 1932.

Hitzrot, Lewis H.: Amer. Jour. Med Sciences, Agosto 1933.

Hitzrot, L. H. y Pendergrass, E.: Amer. Jour Med. Sciences, Mayo 1932.

Feldamn, Maurice: Amer. Jour. Roentgenology & Radium Therapy, Febrero 1934.

Kirklin, B. R.: Jour. Amer. Med. Ass. Dic. 1933. Archives of Surgery, Junio 1929.

Stewart, W. H. & Illick, H. E.: Amer. Jour. Boentg. & Radium Therapy, Enero 1934.

Stewart, W. H. & Illick, H. E.: Jour. de Radiologie et d'Electrologie, Abril 1935.

Sandstrom, Cari: Anales Merck. 1931. 3^ Parte.

A N U R I A

La Anuria consiste en una supresión de la función secretoria de los riñones, caracterizada clínicamente por la ausen-Ra de orina en la vejiga.

Sólo puede confundirse la anuria con la retención de orina; el cateterismo vesical mostrando la vacuidad afirma la certeza de la anuria.

Existen una anuria secretoria y otra excretoria.

Anuria secretoria: — De causas diversas, en las nefritis agudas depende de una destrucción de los elementos secretantes del riñon o de lesiones del sistema nervioso incapaz de regular la secreción renal. La trombosis de la vena cava o de las venas renales puede igualmente provocar una anuria. Se creía antes que las modificaciones de composición de la sangre, las alteraciones de la circulación llegando a producir éxtasis venosa causaban anuria, pero no es cierto, cuanto más llegan a la oliguria.

Anuria excretoria: — Significa el origen mecánico del obstáculo pero pronto se hace también secretoria. La retención en el riñon de la orina produce un aumento de la presión intra-canicular que neutralizando la presión sanguínea impide el paso de los elementos de la orina. Un fenómeno nervioso reflejo detiene la secreción del parénquima.

Anuria mixta: — En el período de estado la anuria es siempre secretoria y excretoria. La destrucción del parénquima renal primero y después la obstrucción de los tubos urinarios por la descamación epitelial intensa que acompaña el proceso destructivo; se. agrega además el elemento nervioso reflejo.

Clínicamente se consideran tres tipos de anuria: por obstrucción ureteral, por alteración del parénquima renal, por trastornos nerviosos.

Anurias por obstrucción ureteral: de mecanismo mixto, secretorio y excretorio, por acompañarse de destrucción del parénquima renal, la más frecuente es la anuria calculosa. Primer factor el blocaje del uréter por un cálculo enclavado en uno o en ambos canales. Se estima en 30 % de anurias por lesión bilateral. Se presenta el caso de bloqueo de un solo uréter y ausencia del otro, quirúrgica o congenital o por destrucción infecciosa o litiasis, por último bloqueado un uréter y el otro riñon en estado normal sobreviene anuria por acción refleja. La incrustación de arena en el uréter puede también obstruir la luz del mismo.

Resumen de la patogenia de la anuria:

I. — Obstrucción bilateral cíe los uréteres por un cálculo o por depósitos de arena litiásica.

II. — Obstrucción de un uré ter por cálculo y obstrucción del otro por infiltración arenosa.

III.—Obstrucción -de un uréter por cálculo o arena y ausencia del otro riñon congenital b patológica.

IV. —-Obstrucción de un solo uréter por cálculo o arena e integridad anatómica y funcional del otro inhibido por reflejo reno-renal.

Merklen dividió desde hace mucho tiempo la evolución de la anuria calculosa en clínica: período de tolerancia y período de uremia.

En el curso de la litiasis la anuria se instala bruscamente durante una crisis de cólico o sin ella. La supresión de -las micciones es completa pero más frecuentemente es disminución progresiva del volumen de orina que llega rápidamente a la ausencia total de secreción. Durante este período el paciente conserva una apariencia de salud por unos siete u ocho días. Hacia el quinto se observan náuseas, erutos, lasitud. Después sobreviene la uremia; trastornos circulatorios, dificultad respiratoria, epistaxis, vómitos, diarrea, miosis, contracciones musculares, terminan en dos o tres días con la muerte.

La compresión de los uréteres por una neoplasia puede llegar a la anuria; se presenta a veces como la anuria calculosa, bruscamente, otras pasando primero por el estado de uronefrosis. El parénquima es comprimido por la distensión de las pelvis y cálices y los accidentes de oliguria y luego anuria se instalan.

Distinguen los autores la forma **urémíca** de la **anuria** neo-, plásica en que dominan accidentes de retención azoada, lenta, progresiva, con período más o menos largo de oliguria terminando en la **anuria.** Síntomas poco ruidosos concluyen en 10 a 12 días con la muerte.

La forma anúrica se parece a la calculosa, pero el período de tolerancia es más largo, llega hasta 15 días. La muerte es fatal en el primer ataque o en el segundo o tercero. El tumor causante de la anuria con mayor frecuencia es el cáncer del cuello uterino.

Anurias por alteración del parénquima renal: — En el curso de las afecciones agudas del riñón, nefritis aguda, tóxica o infecciosa. Lo más a menudo mercurial por intoxicación accidental, voluntaria o criminal por el sublimado. Aparece bruscamente y es siempre total; persiste varios días sin provocar uremia ni edemas; la muerte sobreviene después de un corto período de accidentes urémicos tardíos. El arsénico y el fósforo pueden también causar anurias temporales o definitivas. Las quemaduras extendidas por reabsorción de productos tóxicos de tejidos necrosados. La escarlatina, la fiebre amarilla, la icteria grave, la espiroquetosis ictero hemorrágica, el cólera, todas las enfermedades infecciosas por el mecanismo de la nefritis aguda.

Anurias en el curso de las afecciones crónicas del riñon son raras. En las nefritis crónicas, en las pielo-nefritis de los urinarios, en la tuberculosis renal.

Las anurias de causa nerviosa: La anuria histérica muy rara condicionada probablemente más por los vómitos histéricos que por lesiones renales. En la neurastenia es efímera y caprichosa. La anuria refleja si es frecuente en el curso de cistoscopias, cateterismo de los uréteres y litotricia. Debidas a inhibición del parénquima renal son pasajeras poro pueden persistir cuando había serias lesiones de aquél.

Al presentarse un enfermo quejándose de no orinar debe Inmediatamente hacerse un cateterismo vesical.

En el curso de las enfermedades infecciosas o quemaduras es fácil.

En la intoxicación mercurial descubrir e.1 origen.

En las crisis de cólicos nefréticos o con antecedentes litiásicos es también fácil.

Lo mismo en el curso de afecciones crónicas nefritis o tuberculosis, cuya presencia agrava el pronóstico sin complicar el diagnóstico.

La anuria que aparece cuando se conoce la presencia de un tumor pélvico no extraña.

Asombra en verdad y el diagnóstico es serio cuando la anuria aparece un individuo en plena salud aparente. Pensar entonces en la obstrucción ureteral: tumor pélvico investigado por examen ginecológico, los cálculos despistados por la radiografía, por el cateterismo de los uréteres.

El lado del riñon bloqueado se despista por medio de un fenómeno que consiste en la contractura lombar clara determinada por la palpación del riñon bloqueado pero siempre es prudente confirmarlo por la radiografía.

"Una vez conocida la naturaleza calculoso, de la anuria resta establecer el valor funcional de cada uno de los riñones por medio del cateterismo de los uréteres y permitir los exámenes químicos sobre la orina recogida por separado para establecer el pronóstico y tratamiento adecuados.

O. *M.*

Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

Hemorragias.

NO déis arsénico a los enfermos sujetos a hemorragias.

NO inyectéis salvarsán en las hemorragias recientes, menos aún en los niños, viejos, y aórticos.

NO dejéis de buscar las hemorroides, que en el curso de las enfermedades agudas pueden provocar hemorragias que extravían el diagnóstico y el pronóstico.

NO olvidéis que una hemorragia profusa puede provocar la ceguera inmediata o alejada.

NO olvidéis que, en esencia, una hemorragia cerebral y que pocas enfermedades como ella necesitan un examen completo y más profundo.

NO hagáis pronóstico grave inmediato, ni benigno alejado en la hemorragia del cuerpo vítreo.

NO hagáis pronóstico benigno si la tensión máxima baja a 7 cm. y la mínima a 4.

NO déis digital en la hemorragia cerebral.

NO déis coagulantes en las grandes hemorragias vesicales; aspirad los coágulos.

NO liguéis las arterias lejos del punto en donde fueron heridas; pueden sobrevenir hemorragias colaterales.

Hemorragia cerebral.

NO olvidéis la influencia de la herencia en la aparición de la hemorragia cerebral, que no existe en el reblandecimiento.

NO olvidéis que en los viejos ateromatosos es más frecuente el reblandecimiento que la hemorragia cerebral al revés de lo que pasa en los brighticos hipertensos.

NO dejéis de hacer la punción raquídea cuando no hayáis podido hacer vuestro diagnóstico.

NO olvidéis que la hemorragia cerebral fuera de los peligros directos que encierra, ofrece el de las complicaciones, de las cuales la más frecuente es la pneumonía.

NO hagáis pronóstico de la hemorragia cerebral, sino con muchas reservas.

NO dejéis de examinar el fondo del ojo; que, al demostrar una éxtasis papilar, permite diferenciar la hemorragia, del reblandecimiento.

NO hagáis la sangría, salvo cuando haya éxtasis pulmonar o intoxicación de origen renal.

NO olvidéis que las hemiplegias con anestesia persistente son casi siempre debidas a hemorragia y no a reblandecimiento.

que después de la ... NO dejéis de ligar los dos cabos de las grandes arterias heridas. NO olvidéis ... hemorrag... se conser...

ia la inteligencia ... va íntegra al revés

Heridas del abdomen

NO exploréis la herida con sonda o con el dedo; si queréis saber si la herida es penetrante, haced la laparotomía.

NO hagáis a la ligera un diagnóstico de herida no penetrante. Vale más que operéis innecesariamente, a que dejéis de operar en caso necesario.

NO operéis si no estáis capacitado por vuestra experiencia y elementos para operar correctamente.

NO perdáis mucho tiempo en las heridas por arma de fuego; operad.

NO intentéis reducir por la fuerza una hernia traumática; dos tijeretazos de la pared permiten hacer la reducción fácilmente.

NO dejéis de levantar el estado general por medio de inyecciones de suero.

NO operéis en pleno estado de shock o de hemorragia violenta.

Heridas de la laringe

NO perdáis el tiempo; traqueotomizad siempre que haya trastornos respiratorios, o introducid la cánula por la herida.

Heridas del ojo

NO lavéis un ojo herido con un líquido de cuya asepcia no estéis absolutamente seguros.

NO hagáis grandes irrigaciones, lavados con copitas, ni antisepcia violenta.

NO hagáis instilaciones frecuentes con cocaína ni con adrenalina.

NO empléeis atropina en la herida penetrante; está contraindicada si hay catarata traumática o glaucoma.

NO uséis las sales de plomo que producen manchas indelebles de la córnea.

Heridas de la columna vertebral.

NO creáis que todas las heridas de la columna van acompañadas de lesión medular.

NO olvidéis que frecuentemente las desviaciones de la columna sólo existen en el momento del traumatismo.

NO hagáis maniobras imprudentes en caso de heridas de la columna; un ligero movimiento puede provocar lesiones gravísimas o la muerte inmediata.

NO dejéis nunca de hacer la radiografía.

NO operéis si no hay signos evidentes de lesión de la columna, salvo que se trate de heridas por arma de fuego.

NO olvidéis que la fractura de la columna puede estar acompañada de una parálisis, sin que aquella sea la causa; una operación en tal caso sería inútil.

NO dejéis de operar cuando la lesión vertebral y la medular sean concordantes.

NO incidáis la dura madre al operar, sino cuando haya una indicación muy especial.

NO hagáis pronóstico desfavo-

rable en las lesiones de los arcos vertebrales.

NO confundáis la espondilitis con los trastornos nerviosos provocados por el traumatismo, ni con la rigidez crónica de la columna vertebral, que llega a invadir los hombros y la cadera.

NO apliquéis la inmovilización por los corsés y aparatos enyesados, sin estar seguros de que no se trata de trastornos nerviosos, en los que la inmovilización es funesta.

NO confundáis los traumatismos vertebrales con la rigidez vertebral debida a contracturas musculares, que ceden con el masaje y aplicaciones calientes.

NO dejéis de operar en las heridas por arma de fuego, pero hacedlo con suma prudencia para no transformar una lesión leve en una muy grave.

NO olvidéis que los traumatismos de la columna provocan lesiones tardías circunscritas que ameritan una intervención.

NO dejéis de eliminar los trastornos secundarios por medio de sección de las raíces posteriores, tendones y nervios periféricos.

NO intentéis extraer a todo trance los proyectiles de la cola de caballo, que los soporta muy fácilmente.

Heridas del Cráneo.

NO dejéis de hacer un examen completo del cráneo en todas las heridas.

NO dejéis de rasurar mucho más allá de la región interesada.

NO intentéis cohibir una hemorragia con pinzas; aplicad un tubo de hule al rededor del cráneo o poned puntos de sutura en la arteria, lejos del punto herido.

NO olvidéis que una fisura de la lámina exterior puede acompañarse de lesiones más graves de la interior.

NO confundáis la sensación de hundimiento que provocan las contusiones del cuero cabelludo con la del hundimiento del cráneo.

NO olvidéis el mecanismo del contra golpe, y que una lesión en el lado izquierdo del cráneo puede provocar una lesión en el lado derecho del cerebro.

NO olvidéis percutir el cráneo para buscar el ruido de olla rajada en las fracturas.

NO dejéis de trepanar si hay fractura del cráneo.

NO introduzcáis ningún instrumento en el curso de una operación para buscar un proyectil.

NO dejéis de operar cuando los fenómenos inmediatos hagan temer una lesión grave en lo futuro.

Dr. Ricardo D. Alduvín.

(Continuará).

LA ESPLENO-CONTRACCION

Por el doctor A. BRAUN,

(Concluye)

Prueba de la adrenalina. — Consiste en inyectar en el niño y_2 miligramo de clorhidrato de adrenalina; 1 a 1 $'/_2$ en el adulto; 1 miligramo en el viejo, siempre que no exista contraindicación. Se explora la contracción del bazo por: 1º, la prueba radiológica o clínica; 2º, la prueba hematológica.

19 Prueba radiológica. — Previamente a la inyección de adrenalina se saca naturalmente la radiografía que sirve de comparación. Se describen técnicas especiales de radiografía de bazo, cuyo detalle no corresponde tratar aquí. Se inyecta la adrenalina y después cada 5' se saca una radiografía hasta los 30, y después cada 30' hasta las dos horas. Se constata que la contracción empieza a los 5,' alcanzando su máximo a los 20 minutos; permanece sin modificaciones hasta los 30, a 50' y luego empieza a descontraerse y entre 1 y_2 y 2 horas ha recuperado su volumen anterior. Hecha en esta forma, se sigue paso a paso todos los grados de la inyección, y otros 20 minutos después, que corresponde al acmé de la contracción. — Cuando existe esplenomegalia se puede determinar la espleno-contracción por la palpación, dibujando sobre el abdomen los contornos sucesivos del bazo.

29 *Prueba hematológica.* —Ya .se ha dicho que la contracción del bazo pone en circulación su reserva de elementos figurados sanguíneos, lo que se traduce por un aumento de éstos en la sangre. Es necesario aclarar previamente que las causas que provocan la espleno-contracción, provocan al mismo tiempo, la movilización de los elementos sanguíneos contenidos en otros órganos fuera del bazo tal como la médula ósea, los ganglios linfáticos y el hígado y, para este último, existe una hepato-contracción que es a su vez revelable, clínica o radiológicamente. Como se ve, el bazo, aunque el principal, no es el único órgano de función reservorio, función ésta que parece estar en relación con la presencia del tejido retículo endotelial. De aquí que la prueba hematológica para que traduzca realmente la espleno-contracción debe realizar la numeración de los elementos que parten de la pulpa esplénica y solamente de ahí. En este caso se hallan los glóbulos rojos y las plaquetas. En efecto: está demostrado que la curva de los glóbulos rojos y de las plaquetas, es perfectamente paralela a la contracción esplénica controlada por las radiografías. Al contrario, la curva de los leucocitos no presenta este carácter. Ya-hemos dicho que radiográficamente la contracción esplénica empieza a los 5'; después de la inyección de adrenalina se va acentuando hasta los 20' en que alcanza el máximo y

a la 1 y_2 el bazo está nuevamente dilatado. Los glóbulos rojos empiezan a aumentar entre los 5' y 10' para alcanzar su máximo a los 20, para luego ir bajando; las plaquetas suben un poco antes, a 5', alcanzan su máximo entre los 10' y 15, y luego bajan. Como se ve, las curvas de los glóbulos rojos y de las plaquetas (éstas un poco más precozmente) son superponibles a la contracción constatada radiológicamente. En cambio, los glóbulos blancos, siguen una curva ascendente cuyo acmé recién se produce a la 1 y_2 a 2 horas, para descender a las 3 horas después de la adrenalina, es decir, cuando el bazo está ya descontraído. Por otra parte, si se practica una segunda inyección de adrenalina V_2 hora después de la 1^ (prueba redoblada de la adrenalina) se constata que los glóbulos rojos y las plaquetas no aumentan más y, en cambio, los leucocitos sufren un nuevo crecimiento. En cambio, si la segunda inyección se verifica a las 2 horas, previa comprobación radiológica de que el bazo ya no está contraído, la prueba sobre los glóbulos y plaquetas es nuevamente . positiva, mientras que permanece siempre negativa durante el período de contracción esplénica.

Por último, la prueba adrenalínica realizada en sujetos esplenectomizados, demuestra que los glóbulos rojos y las plaquetas no se modifican en absoluto, mientras que los leucocitos aumentan igual que en el sujeto normal. Todo esto demuestra que sólo la poliglobulia roja y la poliplaquetosis adrenalínica, tiene el significado de una espleno-contracción, mientras que la poliglobulia blanca, si bien debida en parte a la esplenocontracción (en lo que respecta a los grandes y medianos mononucleares) es producida preferentemente por la movilización adrenalínica en otros órganos asiento del tejido retículo endotelial (médula ósea, ganglios) . Al mismo tiempo vemos

que la adrenalina no actúa sólo sobre el bazo sino también sobre los ganglios linfáticos, provocando la movilización hacia la sangre de linfocítos, sobre la médula ósea, , movilizando los polinucleares y los reticulocitos, y sobre el hígado, provocando una hepatocontraccion semejante a la espleno-contracción. La acción sobre la médula ósea merece destacarse: *1$* por un lado actúa movilizando los polinucleares; este hecho, que en circunstancias normales no tiene aplicación, la tiene, muy importante, en los síndrones aleu-cémicos, pues la adrenalina puede hacer aparecer elementos inmaduros que permitan el diagnóstico (y lo mismo puede decirse para los ganglios, en el grupo de las Adenias). 2º Por otra parte provoca un aumérike-de los reticulocitos circulantes.

Los reticulocitos son glóbulos rojos que presentan en su cuerpo un ligero retículo y que tienen la significación de elementos jóvenes. Normalmente existen 0.70 reticulocitos por 100 glóbulos rojos. La adrenalina hace aumentar este porcentaje hasta í'50 a 2 por ciento al cabo de 15 a 20'. En ciertos casos, cuando la médula ósea está en déficit (anemias aplásticas), desaparecen los reticulocitos y la adrenalina no los hace aparecer. Encarada así la reticulocitosis atirenalínica nos da un índice sobre el poder regenerativo de la médula ósea. Reproducimos aquí las curvas de la poliglobulia roja y blanca y de la poliplaquetosis adrenalínica.

Vemos que las plaquetas son las que .aumentan primero rápidamente a los 5', que a los 15* llegan al vértice para descender bruscamente; los glóbulos rojos aumentan casi en seguida, llegan a la cumbre a los 15' a 20' y bajan rápidamente.

En cambio, los leucocitos suben lentamente, efectuando una curva progresiva.

Los caracteres de la poliglobulia roja y de la poliplaquetosis son, pues: precoces, bruscas y efímeras; es por eso que las tomas de sangre deben empezarse ya entre los 5' y 10', después de la inyección de adrenalina, en razón de su precocidad, y repetir las numeraciones cada 5' hasta los 20, pues si se deja mucho intervalo entre dos tomas, el. fenómeno puede no ser .captado. Notemos de paso que la adrenalina provoca una esplenocontracción relativamente lenta y que los factores fisiológicos, como el esfuerzo o el miedo, actúan en forma más precoz, brusca y efímera. .

Es necesario saber que la poliplaquetosis adrenalinica debe realizarse en ayunas y en reposo porque la digestión y el movimiento modifican el número de estos elementos.

La función depósito del bazo no se ejerce solamente con los elementos figurados de la sangre sino también con ciertos de sus componentes químicos. Es sabido que el bazo, por intermedio de su tejido retículo endotelial, tiene una intervención en el metabolismo de la bilirubína. la colesterina y los ácidos amínados. Ahora bien, las pruebas

de espleno-contracción aumentan en forma evidente el tenor de esas sustancias en la sangre, con un máximo a los 45' después de la inyección de adrenalina.

Se ha demostrado que este aumento es debido a la "chasse" esplénica con los mismos argumentos citados para- la poliplaquetosis y la poliglobulia roja.

¿Cómo se realiza prácticamente la prueba hematológica de la espleno-contracción adrenalinica?

De acuerdo con lo dicho, deben numerarse los glóbulos rojos o las plaquetas o mejor ambos a la vez.

Glóbulos rojos. — Numeración antes de la inyección de adrenalina y después de ésta numeración cada 5' hasta los 20'.

Plaquetas. — Numeración antes de la inyección de adrenalina y después de ésta numeración cada 5' hasta los 15'.

Se considera que la esplenocontracción es positiva, cuando los glóbulos rojos aumentan por encima de 300.000 y las plaquetas por enciba de 50.000. Generalmente este aumento oscila entre 500.000 y 900.000 para los primeros y entre 150.000 y 50.000 para las segundas.

La prueba de la adrenalina puede extender su radio de exploración más allá de la función depósito del bazo y de acuerdo con lo dicho se puede estudiar la leucocitosis que muestra el estado de actividad de la médula ósea. Cuando se **realizan** todas estas investigaciones se le llama prueba completa de la adrenalina.

Nosotros hemos realizado la. investigación de la espleno-contracción, hasta ahora, por la prueba hematológica y, además, cuando existía una esplenomegalia palpable por la palpación. No hemos utilizado la prueba radiológica, porque la radiografía de bazo requiere una técnica especial sobre la que no tenemos experiencia.

Nuestra impresión es que este método de exploración es de gran fidelidad y, por lo tanto, muy útil. En efecto, la contracción esplénica abolida en una serie de afecciones, conser-

vada en otras, y esta constatación presenta gran valor diagnóstico.

En general, cuando la esple-110 -contracción está abolida, cuando existe una inercia del bazo, como se llama, significa que existe una esclerosis del órgano o que el parénquima esplénico está destruido. Sin embargo, existe una excepción que conviene no olvidar, y es que el embarazo produce una retracción permanente del bazo, y en esas condiciones la espleno-contracción es negativa.

Estudiaremos a continuación la espleno-contracción en diversas enfermedades:

Abscesos esplénicos Tuberculosis esplénica Sífilis Quistes hidáticos y quistes no parasitarios Tumores benignos y malignos del bazo	» E. C. negativa
Anemias esplénicas crónicas	
Enfermedades de Banti Esplenomegalia hemolítica Enfermedad de Gaucher Esplenomegalia tromboflebítica	» E. C. negativa E. C. Positiva? » E. C. positiva y exagerada
Ictericias hemolíticas	
Congénita Adquirida	» E. C. positiva
E. C. positiva	» *Púrpuras*
Enfermedades de la sangre	
Anemia perniciosa de Bierner Anemia aplástica Aleucia Hemorrágica de Frank Agranulocitosis Leucemias agudas y crónicas	» E. C. positiva E. C. negativa
Enfermedades de los ganglios	
Linfogranulomatosis maligna Linfadenia tuberculosa y sifilítica Linfosarcomatosis generalizada	» E. C. negativa

Enfermedades del hígado	
Cirrosis de Laennec Cirrosis de Hanot Cirrosis de Hanot Gilbert	E. C. negativa Reticulocitos negativa, lo » que demuestra que existe también una lesión de la médula ósea.
Enfermedades parasitarias e infecciosas	
Paludismo Kala Azar Fiebre recurrente Tifoidea	» E. C. positiva

La prueba de la espleno-contracción tiene, además, otra interesante aplicación en las tumoraciones del hipocondrio izquierdo, de localización dudosa, para determinar si es o no una tumoración esplénica. Si en estas condiciones se practica la prueba de la adrenalina, puede suceder:

19 La tumoración se contrae (controlada por la palpación o por la radiografía) y se produce la poliglobulia roja y la poliplaquetosis adrenalínica: esa tumoración casi seguramente *es* esplénica.

2? La tumoración no se contrae ni tampoco se produce la poligiobulia ni la poliplaquetosis adrenalínica: esa tumoración muy probablemente es esplénica.

39 La tumoración no se contrae pero se produce la poligiobulia y la poliplaquetosis adrenalínica: esa tumoración casi seguramente no es esplénica.

—De Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica.—

Tratamiento *dé* diarreas en la infancia y tierna niñez

Estas observaciones sobre el Tratamiento de las Diarreas en Niños tiernos, son sugeridas por notar, después de un estudio de la estadística de causas de defunción, en los países Centroamericanos, y demás Zona Tropical, que la Diarrea siempre predomina.

A pesar de su diversa etiología, hay ciertas reglas generales que se pueden aplicar y ayudaran a bajar el porcentaje de la mortalidad, por lo menos en un cincuenta por ciento, lo cual seria mucho mayor, si tuviéramos la inteligente cooperación de las Madres, cosa que no esperamos en nuestro medio, hasta que se desarrolle un plan de enseñanza a las futuras Madres. Mientras tanto, el Médico tiene que seguir luchando, y como en los demás ramos, de la Medicina, no todos se inclinan a la pediatría, y a estos compañeros y colegas se dedican estas observaciones, con la esperanza de que encuentren algo que les sea útil en el tratamiento de el síntoma, que en tan gran preponderancia, es la causa de la pérdida de vidas en niños de muy tierna edad.

No queda duda que en la estadística, hay casos debidos a infecciones por los Bacilos de Disentería y de los distintos tipos de Tifoidea, pero a este tratamiento vamos a concretarnos no a las infecciones Entérales, sino de los casos ocasionados por los estorbos de la nutrición, que es lo más común y más difícil de diagnosticar porque no están asociados con lesiones patológicas de la vía intestinal. Los factores más comunes en los estorbos de la nutrición son los siguientes:

1.—Sobre Alimentación: (A) Con combinaciones de la leche en buena proporción de todos sus elementos — pero en estos casos la causa está en que dan al niño demasiada cantidad — o con intervalos muy cortos.

(B) Con Combinaciones de la Leche, mal hechas, sea por de masiada Sal, Azúcar o Grazas:

(C) Por ingerir leche cruda, al pie de la vaca, o no cocina da, que a su vez causa irrita ción mecánica por lo duro y grande de los coágulos de ma terias proteicas.

2.—Alimentación de los niños con Leche en mal estado — (productos de descomposición, de la leche — y de Toxinas bacterianas.

3.—Tolerancia Sub-normal de alimentos debida a:

(a) Errores dietéticos y estor bos nutricionales.

(b) Extremos de temperatu ras sin cuidadosa protección por encierro y ropa adecuada — que si falta, resulta en depresión sistémica.

4.—Catárticos y purgas —(excesiva y repetida aplicación, que rebajan la resistencia del niño.

5.—Infecciones:

(1) Entérales.

(2) Parenteral.

También, como causa frecuente tenemos Las Anomalías

Constitucionales, como sigue:

1.—Idiosincrasia para la Leche de Vaca.

2.—Diátesis Exudativa, como Eczemas.

3.—Diátesis Neuropáticas.

4.—Enfermedades orgánicas del Corazón, Ríñones, Hígado y Páncreas.

A menudo puede haber varias causas combinadas en el mismo enfermito, y se hace muy difícil y en veces, hasta imposible, hacer un diagnóstico etiológico exacto. En todas las variedades de diarreas, hay estorbos funcionales, y en las formas más severas, pueden haber cambios orgánicos, o desarrollarse durante el curso de un caso no tratado, que en su principio sólo fue funcional. Insuficiencia intestinal pronto se manifiesta y provoca el desarrollo de fermentación patológica que interrumpe la absorción de agua y productos de la digestión, y ésta favorece un estorbo sistémico. Los productos anormales de fermentación causa aumentada peristalsis, que resulta en agravar la condición, si no tiene pronto corrección. Interrupción de la función normal de secreción tiende al cambio del contenido bacteriano de los intestinos; así es que muchas veces es imposible determinar si el cambio de la flora bacteriana, como se muestra en las heces fecales, es la causa, o el resultado del estado general. Una cosa es segura —de que hay una gran diferencia en los poderes de las diferentes Bacterias de producir sustancias que descomponen, pero no sabemos con toda seguridad, cuáles son los micro-organismos responsables por la formación de sustancias que producen diarrea. No hay duda, de que hay un gran número de bacterias capaces de provocar una peristalsis exagerada.

El grupo de las diarreas infecciosas son muy distintas y aparte de las causas de las Indigestiones Intestinales Agudas —en estos casos, el tubo digestivo es lesionado por los organismos que causan la enfermedad. Persistencia de temperatura alta debe llamar la atención Inmediatamente a las infecciones. De estos casos, no trataremos ahora, sino únicamente las diarreas debidas a los estorbos de la nutrición, que son lo más comunes. Temperaturas de 38 o 39, al principio, no son raras en la Indigestión Intestinal Aguda— pero tampoco no son persistentes, aparecen al principio, pero pronto desaparecen.

Infecciones severas como la Septicemia, Pielitis, Sarampión,

Otitis Media, Neumonías, Escarlatina, Difteria, Uremia, Paludismo, especialmente cuando es infección del tipo de P-Falciparum, muchas veces causan diarreas, debido a la reducción de la capacidad funcional de todo el cuerpo inclusive los Intestinos. Calenturas altas y persistentes por varios días afectan la digestión y absorción de igual modo que el calor producido por la estación caliente, y por excesiva ropa y deficiente ventilación.

Para empezar el tratamiento de esta clase de casos hay que tomar en consideración la historia de la alimentación, y los síntomas clínicos y funcionales, para poder diferenciar-esos casos asociados con infecciones de carácter leve de origen enteral o parental. En ra mayoría de casos, especialmente en la infancia, las infecciones son acompañadas con estorbos de nutrición secundarios, y también, "vice-versa" que los estorbos de la nutrición, son seguidos de infecciones secundarias. Se debe sospechar una infección cuando la temperatura se mantiene alta, a pesar de haber rebajado la alimentación en parte o del todo por 12 a 24 horas (especialmente los Carbo-Hidratos) cuando hay Albúmina y cilindros Hialinos en la orina, y las mucosidades siguen apareciendo en exceso en los asientos. Si acaso no se descubre la infección, hay peligro de continuar la dieta de comidas demás largo tiempo, y así se debilita la resistencia del niño y entonces viene la Atrepsia. La mayor parte de estos casos suceden en los niños que toman alimentos artificiales; menos del 5 % suceden en los niños de Pecho — con esta enorme diferencia, se puede tomar nota del valor de la leche de mujer para la alimentación de estos niños.

Tratándose de niños de pecho, basta con reducir el número de minutos que mama y de alargar el intervalo de comidas, y en el intermedio darles agua hervida, o agua de Arroz o de Cebada, también para contemplar la comida, bien se puede dar dos o tres cucharadas —es raro tener que hacer más agua antes de pegarles al pecho en los casos comunes— pero en los de infección enteral o pareteral, hay necesidad de tratar la enfermedad causante, en los niños muy pequeños y hasta los de dos años, hay que tomar nota del valor de la profilaxis —de hervir o esterilizar toda la leche— y se debe recordar que menos comida y más agua se debe suministrar durante la estación de calor, y así mismo, de arropar el niño según el tiempo, con poca ropa durante el calor, y con la suficiente durante el frío y humedad, protección de enfriamiento del cuerpo, y con adecuada ventilación de noche y minutos de Sol en el día y durante la estación de calor, una reducción de los Carbo-hidratos, y aumento de aguas o Té. A niños acostumbrados al baño diario, se debe continuar especialmente durante la estación de calor.

En los niños pequeños, en casos de Indigestión Intestinal aguda, no hay mejor alimento

que la leche de Mujer; en casos severos, hay que quitar la leche del todo, de seis a doce horas, y al empezar a alimentarlos, debe hacerse en cantidades mucho menos de lo normal, y de completarla con agua hervida o de Cebada o de Arroz — esta agua también se debe suministrar durante el período que están sin comidas. Por supuesto, cuando se trata de infecciones y de Disentería, se trata de lesiones del tubo digestivo, y que las comidas no afectan esas lesiones, y por lo mismo, la dieta puede ser más generosa, pero siempre con el cuidado que no se dé nada de difícil digestión; en las infecciones hay que fortalecer la resistencia del niño, pero con el cuidado de no agregar una Indigestión Intestinal Aguda, con una dieta cuidadosamente escogida, y a la primera señal del aumento del número de asientos, de quitar o de modificar, la cantidad del alimento.

Retirar toda clase de comidas desde seis a veinticuatro horas, es un procedimiento lógico en el tratamiento de las diarreas; así se quita del intestino el peso de una carga de comidas, que no puede digerir y a la vez, quita a las bacterias tóxicas su alimento para poder fabricar más toxinas y de aumentar en número. Lo más importante del caso es ver la mejoría de los síntomas clínicos, después de un período, más o menos variado, de la retirada de comidas de todas clases. Es raro tener que seguir de veinticuatro horas la dieta de ayuno; después se debe empezar á alimentar y aumentar las cantidades poco a poco hasta llegar al punto de dar suficiente para mantener las fuerzas del niño. En el asunto de aumentar las cantidades de comidas, el Médico es guiado por la tolerancia que manifiesta el riño, y sus fuerzas para resistir otro período de media dieta. El problema para el Médico es de dar alimentos que el niño no puede digerir o de no darle lo suficiente para evitar la deshidratación. Si el niño está en buen estado se puede gastar hasta diez días en volver a su dieta de costumbre — pero si el niño está en mal estado de nutrición, hay la necesidad de ponerle en su dieta acostumbrada, y habrá que arriesgar ponerle en dieta sostenida en no más de cuatro a cinco días.

Durante el período de ayuno, hay que aprovechar de dar al

niño suficiente agua, y esta se puede hacer con Té de Castilla, débil) y por cada litro añadirle 0.065 gramos de Sacarina, la cantidad que se suministre será lo suficiente para las necesidades de la total cantidad de líquidos que requiere el niño. Si no acepta el Té de Castilla (China) bien se puede sustituir con Tisanas de cualquier clase, siempre añadiendo la Sacarina en la cantidad de 0.065 gramos por cada Litro de Líquido. No debe emplearse el Azúcar en estos casos, que sólo sirve para aumentar el número de asientos, como los demás Carbo-Hidratos.

Al empezar la comida de Leche después de este periodo es necesario empezar con leche libre, hasta donde se puede, de las grazas; para esto se puede dar la Leche Desnatada en Crudo, y se deja subir la nata por tres horas, se quita con cuidado y la leche desnatada se pone a hervir por cinco minutos. Al empezar a dar esta leche, es necesario diluirla sea con agua hervida, dos partes por una de leche desnatada. pero siempre evitando el Azúcar y substituyendo ésta con Sacarina en la proporción arriba mencionada. El segundo día, se puede diluir la leche desnatada con agua de Osmil {Ooat-meal) o de Cebada. No se debe dar más de seis a dieciocho onzas (de 180 a 540 c.c.) divididas en comidas de una a tres onzas según la edad del niño, para que salgan seis comidas de las cantidades mencionadas. A ésta, se puede agregar de diez a veinticinco onzas de Té con Sacarina, hasta completar un litro de líquido al día. El día después, se puede empezar con la leche preparada con ácido láctico, pero siempre desnatando la leche…

Leche preparada con ácido láctico tiene ventajas sobre la leche dulce, porque permite suministrarse en cantidades mayores, y también que el ácido láctico tiene tendencia bien marcada de inhibir el desarrollo de varios micro-organismos. A la vez que los coágulos son mucho más pequeños. Tal acción es de mucho valor cuando afecta el desarrollo de la flora intestinal anormal en la parte alta del tubo digestivo, donde la función de digestión y absorción es tan necesaria para el mejoramiento de esta clase de niños enfermos. En los niños más tiernos y en los casos de gravedad, es de importancia preparar la leche de ácido láctico, de la leche dulce desnatada en los principios del tratamiento; ya una vez establecida la tolerancia de la leche, bien se puede, lentamente, ir rebajando las horas del desnate, hasta llegar al punto de tomar la leche entera, con todas sus grasas. El tratamiento subsiguiente depende de la reacción. Si con este tratamiento el estado general del niño mejora, y la pérdida de peso cesa en dos o tres días, bien se puede ir aumentando la cantidad y calidad de la leche, dejando más grasa en ¿a leche cada veinticuatro horas, 3o cual se arregla rebajando de 15 minutos a media hora, el tiempo para el desnate de la leche, hasta quedar en la leche entera. Cuando el caso no mejora a pesar de este tratamíen-

to, hay que sospechar una infección y proceder de acuerdo con lo que se encuentra; no hay que perder tiempo esperando que mejoren estos casos dándoles más días de alimento reducido; es necesario buscar el sitio y clase de infección.

La preparación de la leche de ácido láctico es bastante ¡sencilla, pero como el Médico tiene que indicar a las madres cómo se prepara, he aquí el modo más fácil: Se pone a desnatar, en crudo, medio litro (500 gramos) de leche, de preferencia en trasto de boca ancha, para facilitar la quitada 'de la crema, con cuchara de uso común, durante el tiempo del desnate debe estar cubierto el trasto de la leche, con un paño, sin color, mojado con agua hervida, y retorcido hasta que queda sólo húmedo, con el objeto de que no pasen organismos microscópicos o insectos pequeños, se deja el traste conteniendo la leche en un lugar en donde no se toca ni se menea, hasta completar el período del desnate; al completar el período designado por el Médico, con cuidado se desnata la leche con la cuchara, hasta quitar toda la grasa de encima. Entonces se coge la leche que queda en el trasto y se añaden 60 ce. de Jarabe de Maíz al 50 % (Jarabe Karo, de la etiqueta Roja, para niños de menos de 15 meses, y el mismo Jarabe Karo de etiqueta Azul, para niños mayores de 15 meses) y se pone a hervir de tres a cinco minutos; se apea y se deja enfriar por 2 horas, entonces se pone el ácido láctico desde 75 al 85% en cantidad de 4 ce. por cada 500 gramos de leche; ésta se añade gota por gota revolviéndola después de CADA GOTA, y todo hecho lentamente; es mejor revolver la leche con una varita de vidrio o de madera, bien seca, cuando la leche está bien fría, así, gota por gota, no se forman coágulos ni precipitados de caseína.

Despaciosamente, pero a la vez, tan rápidamente como permita el estado del niño, a lomas, al tercer dia de estar tomando la leche de ácido Láctico enteramente desnatada se puede ir aumentando la cantidad cada vez que se dé un pe-

pe, y viendo que acepta bien el aumento, entonces el cuarto día se puede quitar 15 minutos del tiempo del desnate, el día después, media hora, y así sucesivamente hasta que pueda tolerar la leche entera. En estes casos leves el niño puede estar tomando sus comidas de las fór - muías acostumbradas, denfro de una semana, pero en los casos más graves, hay que tenerlos en cuidadosa dieta por lo menos dos semanas, para no excitar a una nueva caída. La cantidad de Carbo-hidratos es importante al principio, y cuando no se puede conseguir el Jarabe de Maíz Marca "KARO" o Dextro-Malta, de lo cuál hay varias Marcas, y de éstos, "se debe escoger la marca que lleva más Dextrina y nada de Carbo-, -nato de Potasio. Si ninguno de éstos son obtenidos, entonces hay que recurrir al azúcar de caña, y de preferencia, la que viene del extranjero en forma de "cubitos" para empezar dándole azúcar, es necesario que la dosis sea pequeña, como de uno a dos gramos en cada pepe, y viendo que se acepta bien sin aumentar el número de asientos, lentamente se puede ir añadiendo gramo a gramo por día en cada pepe, pero en ningún caso debe pasar de 5 gramos por pepe, ni cuando están en plena convalecencia. Esa cantidad de 5 gramos, se entiende que es para los niños que toman hasta 240 ce. de la fórmula de leche. En cuanto el niño esté tomando su pepe de costumbre, ya se le puede añadir las jaleas de cereales como la Fariña. Oatmeal, Harina de Cebada, a la leche, y una vez al día puede tomar el caldito de pollo o de verduras con arroz, pero solo el caldo; a los mayor - citos se puede permitir esas galletas y biscochos extranjeros, tostados o simples y jugo de uvas, naranja y limonadas; a las madres, sólo se les puede indicar una cosa a la vez, sino con el deseo de ver al niño aumentar de peso, es capaz de darle un poco de todo desde un principio, con el peligro de otra indigestión. Con estas indicaciones, después de tres o cuatro días el niño empieza a reponer un poco de su peso perdido; al principio ganan más en peso que__más tarde cuando están bien encarrilados en sus comidas normales.

: Hay un alimento preparado por la casa "NESTLE" que es excelente y substituye la fórmula arriba mencionada de leche de ácido láctico; está empacado en dos formas, la una que contiene los Hidratos de Carbono en buena ¡proporción, y la otra que no lleva nada de Carbo Hidratos, viene en forma de Polvo y lleva el nombre de "ELEDON"; su preparación es muy sencilla, y hasta la madre más ignorante puede hacer las mezclas si sigue las instrucciones que lleva el paquete. La diferencia entre las dos clases de "ELEDON" es simplemente que el de la etiqueta amarilla NO LLEVA CARBO-HIDRATOS, y ésta conviene para empezar con los niños después del período de 12 a 14 horas de estar sin comidas; cuando ya está establecida la tolerancia para **los** Carbo-Hidratos, entonces se

seque lo suficiente para hacer uso ele ella.

Esta Leche Proteica se puede usar sin diluirla, pero debe suministrar la mitad de la cantidad de costumbre para la edad y peso del niño al principio, y esta cantidad se puede aumentar poco a poco según va cesando la irritación intestinal. Debido al hecho de que esta leche no lleva azúcar, la leche proteica no se recomienda para niños muy tiernos o aquellos que están mal nutridos, por más de un corto período. Siempre hay que añadir azúcar a esta leche dentro de dos o tres días. Estos añadidos de azúcar se pueden hacer perfectamente con Jarabe de Maíz KARO de, .-nieta roja, o con Dextro-Maltosa, que ambos son bien tolerados, pero siempre hay que empezar con pequeñas cantidades, y aumentar según se establece la tolerancia. La fórmula, preparada según lo arriba mencionado se compone de 3 % Proteínas; 2.5 % de Grazas; Lactosa 1.5 *%;* Almidón 1.00 %; Sales 0.5 %; su valor de Calorías es de 12 Calorías por Onza de Leche, y 450 por Litro de la mezcla.

Tratamiento por medicinas. — Esto lo he dejado por último porque es de menos importancia; cuando el cambio de comidas nos muestra tendencia a disminuir el número de asientos, y donde hay bastante dolor y flatulencia, se hace necesario suministrar pequeñas dosis de Opio y Atropina. Para los niños el Elixir Paregórico es la .preparación de Opio más adecuada y menos peligrosa según la edad, un niño d e seis: meses puede tomar hasta diez' gotas de Paregórico, cada hora dos, tres o cuatro horas, según el efecto, en algunos casos la Morfina es de preferencia. El. Opio -se suministra solamente cuando el Médico tiene la seguridad que el tubo Gastro-Intestinal ha sido vaciado, porque el Opio es capaz de hacer daños si no se usa con bastante tino; sin. embargo, de dos males, entre la deshidratación con sus correspondientes peligros de Acidosis- y Atrepsia, abogo por el uso del Opio, controlado por el Médico,, especialmente en esos casos endonde ha fracasado la dieta de comidas y la higiene general,, acompañada con tenesmo, flatulencia y excesivo número de asientos. Estoy perfectamente- entendido que la mayoría de mis colegas están contra el uso> de Opio; yo también estuve por largo tiempo, pero NUNCA encontré una droga que tuviera las mismas propiedades para dominar estos síntomas en cortp tiempo; tengo la convicción de que he perdido más casos por NO hacer uso del Opio, que usándolo; no lo aconsejo como cosa rutinaria, pero cuando el Médico ve que a pesar de sus: astringentes y antisépticos intestinales de costumbre, el número de asientos no disminuye, y sigue el tenesmo con la pérdida de base y aguas; está perfectamente indicado el uso del Opio HASTA QUE SE DOMINAN ESTOS SÍNTOMAS PELIGROSOS.

En el uso de la Atropina hay que escoger la dosis con mucho cuidado y en los niños tiernos-

hay que quedarse entre la dosis de seis meses a un año, dividido por mitad. La Epinefrina (Adrenalina, en la solución de "Uno en Mil), en dosis de una a cinco gotas por la boca, está indicada cuando hay atonía intestinal. Una Cultura de Acido Láctico cuando se permita el uso de la leche entera, es de sumo valor en veces, sea en forma de líquido o en la forma seca como la Lacto-Baccilina, Lactimase o Para-Lactina.

Siguiendo las indicaciones del Profesor Marriott, de que el ARGYROL en soluciones de el 5 al 10 % dado en cantidad de una cucharadita de la solución en cada Pepe, por espacio de dos días a dos semanas, según los efectos, me ha dado buen resultado en un buen número de casos. La Teoría del Profesor Marriot es que estas soluciones influyen en impedir el aumento de la Flora Bacterial en el intestino alto. Los asientos, cuando se hace uso de las soluciones de Argyrol, toman un color de caoba oscuro.

En estos casos, el uso de purgantes, salvo el caso que el Médico tenga la convicción que el niño ha tragado algo bien indigesto o tóxico, ya no se emplean. Cuando hay alta temperatura, con distensión y asientos de mal olor y no demasiado frecuentes el Aceite de Castor o Laxol está indicado, pero sólo una vez y si la diarrea es abundante no debe emplearse purgante de ninguna clase.

Para el tratamiento del estado de irritación que persiste aun cuando la indigestión intestinal ha desaparecido, caben los astringentes. Tanígeno, o tanalbina, en dosis de Gramos 0.065, a 0.325, cuatro o cinco veces en las veinticuatro horas; ésta en combinación con pequeñas dosis de Salol (0.03 Gm.), es suficiente para controlar esa condición. También el Lactato de Calcio en dosis desde Gramos 0.65 a 1.00 Gr. puede rece-

tarse en una solución del 10 por ciento, y puesto en cada pepe de leche. En casos leves, las diferentes preparaciones de Bismuto pueden servir, sólo o en combinación con la Tanalbina y Salol, y en casos severos, parece que no ejerce influencia alguna más que tornar los asientos de un color negrusco, sin afectar el número de asientos. Hoy día, está casi descartado en esta enfermedad. Lo mismo sucede con el Benzo-Naftol, no se nota, en casos severos, ningún provecho.

Cuando el caso es de tal severidad o gravedad que existe deshidratación o acidosis, el Médico tiene que activar, y por el momento se pone a un lado las necesidades de Calorías del niño, y se procede a tratar el peligro de Anhidremia. Los principales componentes del Plasma son el Sodio y la Clorina. y reponer estos dos elementos minerales es de primera importancia, la experiencia muestra que esta se puede hacer bien con el Suero Fisiológico del 85 al 0.90 por ciento de Cloruro de Sodio, por las vías hipodérmica, intravenosa o por la vía intra-peritoneal, porque las enemas no son bien toleradas, y por regla general no se puede suministrar lo suficiente por vía oral por el vómito. Por vía Peritoneal tiene la ventaja de que se puede suministrar más grandes cantidades y que se absorben más rápidamente que por vía hipodérmica, pero no se puede usar cuando hay grarr distensión o que existe adherencia, esto último es raro en la infancia, de 150 a 300 C.C. se puede dar por la vía del peritoneo, lo cual se absorbe dentro de tres o cinco horas, y es mucho más lenta la absorción por la vía hipodérmica; esta dosis se puede dar dos veces al día hasta que se pueda substituir con la cantidad suficiente de líquidos por la boca.

Como muchos de estos casos sufren de Acidosis bien se puede dominar con las inyecciones-de Glucosa en solución Hipertónica, por vía intravenosa de 50 a 60 C. C. de una solución al 10 por ciento, inyectada lentamente, a no más de 10 C. C. por minuto, ésta tiende a producir una hidremia de la sangre, y por regla general causa un pronto restablecimiento de la función renal. Este tratamiento siempre debe ser acompañado de inyecciones de Suero Fisiológico o de Binger, por vía hipodérmica o intra peritonial. Hay que seguir con las inyecciones de Suero Fisiológico hasta que queda dominada la deshidratación, o hasta que el niño puede tomar la suficiente cantidad de líquidos por la boca.

También es de importancia el tratamiento de las infecciones parenterales que con tanta frecuencia son la causa de la diarrea,

Marco Delio Morales.

REVISTA QUIRÚRGICA

Pronóstico post-operatorio del cáncer del seno

E. D. Stanson, de Shenectady, en Archives of Surgery publica ;su estadística de 1907 a 1936 consistente en 54 casos operados seguidos hasta la muerte o hasta 1934.

Hay 13 casos cuya curación se mantiene entre 7 y 20 años; en ninguno se hizo tratamiento radioterápico pre-operatorio.

El pronóstico depende más que de la operación más o menos precoz de la rapidez de las metástasis. Un primer grupo comprende 15 enfermos operados por tumor del seno sin metástasis ganglionar da 7 curaciones entre 7 años y 20 meses. El segundo grupo con metástasis axilares sólo da 6 casos de curación sobre 31 operados escalonados entre 7 y 15 años. En el tercero de 8 enfermos con lesiones avanzadas, adherencias a la piel, al plano costal, propagación al otro seno, no presenta ningún caso de curación alejada.

Tratamiento de la hipertensión Intracraneala post-traumática por el suero glucosado hipertónico

Kanniker y Sinnreich de Graz. en Der Chirurg han aplicado el método preconizado por los americanos Weed y Me Kilben en 32 casos de traumatismos craneanos con signos de conmoción cerebral e hipertensión del líquido cefalo-raquídeo. Emplearon exclusivamente una solución de glucosa al 50 % inyectando cada 2 días 70 a 100 ce. por vía endovenosa; la inyección se hace lentamente en 10 a 15 minutos. Pusieron 3 en cada caso. De los 32 enfermos 12 fueron completamente curados; 14 mejorados y 6 fracasos de los cuales 3 imputados a lesiones cerebro-bulbares marcadas y de los otros 3 confiesan los autores desconocer la causa. En los 26 heridos mejorados o curados notaron la desaparición de los trastornos rápidamente, media a una hora después de la inyección; otras veces la mejoría se manifestó hasta después de la segunda inyección. Notable fue también el resultado en las viejas cefaleas de origen traumático. La inocuidad del método es manifiesta, jamás tuvieron ningún accidente.

Un caso de oclusión intestinal causado por 1.000 ascárides de los que 700 fueron retirados por enterotomía y seguido de curación

Ho-Dac-Di y Hurnyñh Tien-Doi en Presse Medicale refieren el caso de una señora que entra al Hospital con diagnóstico de oclusión intestinal; ha padecido de varios cólicos periom-bilicales acompañados de vómito y sentido en su vientre bolas que desaparecen con los cólicos.* El día anterior tuvo un violento dolor abdominal con náuseas y vómitos y un grueso tumor epigástrico; estando embarazada de 4 meses piensa en un aborto, pero los dolores arrecian y se detienen las materias y los gases.

Facies gripada, pulso 110, tem-

peratura 38 baloteo abdominal, poca contractura epigástrica, la palpación muestra dos tumefacciones, una hipogástrica, el útero grávido y la otra epigástrica, alargada, oblicua abajo y a izquierda, ancha de 10 c. m. y larga de 45 c. m., irregular, blanda y mate con movimientos peristálticos. Diagnóstico oclusión intestinal por invaginación con reservas. Una laparotomía supra-ombilical descubre una anza intestinal dilatada de 10 c.m. y larga de 45 llena de ascárides en malla intrincada; seccionado el intestino se extraen 700 ascárides dejando numerosos en las anzas vecinas. La enferma cura en 10 días habiendo expulsado después de una dosis de santonino 300 gusanos más; el embarazo continúa normalmente.

La oclusión u obstrucción por gusanos resulta de un obstáculo mecánico, de un ileus paralítico o de ambos mecanismos a la vez. La mayor frecuencia es en la válvula ileo-cecal.

Las obstrucciones incompletas curan con tratamiento médico y las completas con el quirúrgico: simple enterotomia. o resección en caso de gangrena. El pronóstico depende de la precocidad de la intervención.

Tratamiento quirúrgico de la Litiasis renal bilateral

F. Sauerbruch y E. Fulde en Zeitschrift **fur** Urología establecen la necesidad de ser más intervencionistas en las litiasis bilaterales que en las unilaterales haciéndolo de manera precoz. Discuten cuál lado debe ser operado primero y concluyen que el menos malo con el riesgo de contar como recurso para el post-operatorio con el más atacado en cambio la segunda intervención no ofrece peligros. Sin embargo si uno de los dos: riñones constituye un foco purulento peligroso para el organismo por él se empezará.

En 8 años han observado 430' litiasis renales, de las cuales 20 bilaterales. 17 veces empezaron operando sobre el riñon mejor.. En 3 por el peor hicieron pielotomia primero y después en el otro.

La Vacunoterapia en las lesiones anexiales durante el embarazo

M. Alexiu y C. Anghelide en Revista de Obstetricia, Ginecología y Puericultura de Bucarest estiman como un medio precioso para esterilizar una inflamación anexial o localizarla el empleo de la Vacuna de Delbet. En 25 casos de embarazadas de 1 a 4 meses que usaron el Propidón en inyecciones de 2 a 5 ce. cada 3 o 4 días obtuvieron reacciones locales y generales clásicas: en las primeras 24 horas exacerbación de los fenómenos inflamatorios, después el dolor disminuye; si el estado local lo requiere hacer nueva inyección aumentando la dosis. La reacción por fuerte que sea no interrumpe el embarazo. Se aplicó el Propidón en 3 anexitis agudas, 12 anexitis-subagudas, 10 con anexitis crónica; algunos de ellos con perianexitis y douglasitis. Casi todos fueron hospitalizados, puestos en reposo y bolsa de hielo. 18 curados, 7 muy mejora-

Datos hematológicos que el clínico debe solicitar en el estudio de sus anémicos

Por el Dr.
José M. González Guzmán.

México, D. F).

Muchos son los datos obteni-- dos del estudio de los distintos elementos que constituyen la sangre, y que necesita el clínico para curar a sus anémicos, pero solamente me voy a referir a la fórmula roja, y de ésta, solamente a los datos cuantitativos.

Hemoglobina.

El problema práctico es éste: ¿cómo saber si un paciente tiene la cantidad de hemoglobina normal? Al clínico le basta preguntarlo al laboratorio, pero veamos cómo en la respuesta muchas veces hay inexactitudes de imprecisión.

En la boleta de análisis se da a menudo la cantidad de hemoglobina en "tanto por ciento," y esto puede conducir a errores serios. En primer lugar tantos por ciento presupone que antes se ha determinado el **100** *%;* pero el que se acostumbra en general, es un 100 % ciego que lo mismo se aplica a un hombre que a una mujer, a un niño que a un anciano, a un habitante de Alemania que a uno de la Patagonia, lo cual es absurdo. En efecto, por los datos de Haden, Williamson y Appleton, sabemos que un niño entre uno y dos años tiene una hemoglobina de capacidad de combinación con el oxígeno de 15.5 ce. *%,* y un sujeto de 16 a 60 años, de 20.7 si se trata de

---

dos, 4 llegaron al término del embarazo.. 8 casos de aborto cureteados sin complicación post-operatoria.

Concluyen los autores: La Vacuna de Delbet está indicada en los embarazos complicados de anexitis; las reacciones de la vacuna- por violentas que sean no tienen efecto abortivo; esteriliza los anexos de la infección y evita las complicaciones del embarazo siempre más graves al final que al principio.

La extirpación Quirúrgica de lesiones iniciales de la lepra J. J. Puente y H. Fiol en la Semana Médica afirman que [T]a lepra al principio de su evolución se comporta como una infección localizada que comanda la extirpación.

Señalan 5 casos de individuos operados y seguidos de 1 a 8 años después de la operación; sólo hubo dos recidivas después de 4 meses y tres años de la operación.

Previene la diseminación del virus, permite un pronóstico por el estudio histológico de la pieza: inflamación simple por bacilos de Hansen, foco inflamatorio con células de Virchow, leproma confirmado, folículo tuberculoide de centro caseificado.

hombre (en individuos americanos), o de 19.0 si se trata de mujer. Por otra parte, el 100 % que marca un hemoglobinímetro no es el 100 % que marca otro distinto, y así tenemos que el Sahli lo marca con una sangre que tiene 17.20 %, el Daré antiguo fen uso todavía en muchos laboratorios) 13.7, el Daré moderno algo más de 14. Tendríamos el absurdo que una sangre era tomada con igual riqueza en hemoglobina, lo mismo si tiene 17.20 gramos de hemoglobina por ciento, que si tiene 13.7. El hemoglobinímetro de Haden marca el 100 % con 15.8; el de Newcomer con 16.92 y el Talcquist con 15.96.

Queda entonces el recurso de reportar la hemoglobina en gramos; pero veamos cómo también esto tiene inconvenientes. La misma sangre tomada en el mismo momento con distintos hemoglobinimetros, da cifras distintas, lo cual' quiere decir que todas las determinaciones son erróneas o que sólo una es exacta y las demás falsas; ¿cómo saber cuál es la exacta? En la actualidad hay dos métodos que sirven como patrones internacionales para comparar los hemoglobinimetros, y son, el gasométrico que implica la determinación de la capacidad de combinación con el oxígeno, y la ferrometría.

El método gasométrico, que es *lo* más exacto a que por ahora se puede aspirar, sería el que umversalmente debería emplearse, pero el aparato es caro y su manejo sólo posible para especialistas reduciéndose por lo tanto su uso, para estudios científicos especiales y para calibrar, por decirlo así, los hemoglobinimetros.

Lo que nos queda por hacer en el laboratorio clínico, es elegir un hemoglobinímetro que tenga estas* propiedades: tener un standard muy poco variable que sirva, sin alteración, por varios años (cuando se sospecha alteración recalibrarlo sirviéndose como patrón del método' gasométrico) ; que su tinte sea perfectamente comparable a los tintes de las sangres que han de comparársele y que el standard haya sido establecido por el método gasométrico.

El aparato que reúne mejor estas condiciones es el Hemoglobinímetro de Newcomer que fabrica la casa Bausch & Lomb, o el disco de Newcomer, que intercalándose en las vías ópticas, de un colorímetro Klett o Duboscq, transforma por un momento estos aparatos en el hemoglobinímetro ideal de la clínica; en efecto, el disco es barato unos cinco o diez dollars), su uso muy sencillo, dura indefinidamente, pues como es un vidrio de por sí colorido y no teñido artificialmente no se amortigua su tinte, y por último, el vidrio tiene una curva de absorción de la luz que se superpone exactamente a la curva de absorción de la hematina acida que es la que ha de comparársele, siendo por lo tanto los tintes idénticos, y como única variable, su intensidad; si a esta se agrega la perfección óptica del aparato, se tendrá razón de su creciente popularidad. Las; lecturas que se obtienen son en gramos y en tantos por ciento.

sangre que tiene 16.92 gramos considerándose el 100 % una - sangre que tiene 16.92 gramos por 100 ce. Nosotros no debemos tomar esta cifra como 100 - % para nuestro medio, para X edad y para cualquier sexo, sino que siguiendo los consejos de Haden, determinar con nuestro propio aparato, la normal para individuos de distintos grupos de edades y buen estado de salud, con no menos de cinco millones de eritrocitos por milímetro cúbico; en esta forma I determinamos para individuos que vivan en el Valle de México o en otras regiones geográficas, la cantidad media normal, y al examinar a un enfermo, con el mismo aparato, hacemos la lectura en gramos, multiplicamos la cifra por 100, y el producto lo dividimos por la cifra encontrada como normal, para la edad y sexo y región, teniendo :así en tantos por ciento correctos la información para el clínico. En un estudio que no podemos considerar más que como preliminar, encontramos con el doctor Armando Téllez Muñoz, y .sirviéndonos de un Hemoglobinímetro de Haden, para hombres sanos de edad de 16 a 35 años y habitantes de esta ciudad, la cifra media de 15.8 gramos por 100 ce. de sangre, y para mujeres de la misma edad, la cifra de 13.96.

Eritrocitos.

No consideraré a propósito de ellos, las variaciones cualitativas sino solamente las cuantitativas.

Número. — Para que el clínico sepa si su enfermo tiene pocos eritrocitos, necesita saber primero el número normal, y esto ha sido diferentemente fijado, según el autor, el lugar, las pipetas y cámaras cuentaglóbulos empleadas y las circunstancias en que se lia verificado el examen. En 1931, Prince-Jones, hematólogo inglés de primera fila, determinó para Londres o sea el nivel del mar, la cifra de 5.430.000 por milímetro cúbico. En 1920, Haden, hematólogo americano de fama internacional, determinó para hombres de Kansas, 5.000.000. Osgood, hematólogo americano, también muy apreciado, determinó para Oregón y en hombres 5.390.00. Knacky, para Varsovia, 5.970.000. Wintrobe, hematólogo americano, de los de más nombre, determinó en 1929, para New Orleans, 5.850.000 y Walters, en 1934, usando los aparatos mejores encontró para Kansas, 4,840.000.

He tomado estos datos de la literatura no porque no tenga a la mano más que esos, y he citado el año de las determinaciones no por prurito de erudición, sino para que se vea cómo

en determinaciones modernas, hechas por investigadores de capacidad reconocida, y valién dose de buen material resultan cifras distintas, que a veces son completamente inesperadas, pues con diferencias considerables de altura, se encuentran cifras como la de New Orleans, al nivel del mar, con 5.850.000 mayor que las cifras de Kansas, Oregón y de Varsovia que no están al nivel del mar.

En México, el maestro Ocaranza y el maestro Izquierdo, han determinado en estudios separados, cifras cercanas a seis millones para adultos en el Valle de México; en la ciudad de León, Gto., el Dr. J. de . Jesús González encontró 5.040.000; en la de San Luis Potosó, Monja-rás, encontró 4.830.00. Nosotros, el Dr. Téllez Muñoz y yo encontramos, estudiando solamentete 30 casos, una cifra mediado para adultos hombres de 5.244.500. Nos servimos de pipetas automáticas de Trenner certificadas por el Bureau de los Standards del Gobierno Norteamericano y de cámara Levy Hausser con doble rayado de Neubauer, también certificada por el Bureau de los Standards.

Me parece que la Sociedad de Hematología debe insistir hasta establecer cifras medias, obtenidas con técnicas irreprochables y mediante material de primer orden, y correspondientes distintos grupos de edades, a los dos sexos, y a regiones geográficas distintas del país.

Tamaño. — Conocido el número, interesa al clínico conocer el tamaño de los glóbulos rojos de su enfermo, y en esto he notado desorientación en nuestro medio médico. En efecto, el clínico casi nunca pide tamaño, porque no sabe cómo pedirlo, y con lo único que se conforma es con que se le diga, si se observó en los frotis teñidos, macro o microcitosis, lo cual no es más que una apreciación personal del laboratorista, sujetado a error, no expresada en cifras y por lo tanto no comparable.

El tamaño del eritrocito lo determinan todavía algunos autores, entre ellos Price-Jones, mediante el diámetro cuando menos de 500 eritrocitos y formando una curba con los glóbulos de menos de 7 mieras, de 7 mieras y fracción, etc. Este procedimiento aunque sea seguido por hematólogo tan notable. es muy inconveniente en estudios clínicos porque es muy laborioso, porque los eritrocitos tienen, sobre todo en los anémicos, formas anormales, de diámetros muy desiguales, y porque la única variación que se estudia es la de un diámetro. Estos inconvenientes son seguramente los que han dado origen a los métodos que consisten en medir no un diámetro sino el volumen por entero, y no de un glóbulo sino de los glóbulos de un volumen apreciable de sangre. En estos métodos se centrifugan 10, 5 o menos centímetros cúbicos de sangre que se ha hecho incoagulable por adición de anticoagulantes, de modo de reunir en el tubo de centrifuga la masa de glóbulos rojos en el fondo del tubo., y éste como es graduado, permite medir dicha masa globular. Haden encuentra como cifra me-

día. 4.6 centímetros cúbicos por 10 de sangre o sea 46%.

Con este dato y con la cifra de hematíes por milímetro cúbico, tenemos datos suficientes para obtener el volumen del hematíe, el cual lo podemos reportar ya sea en cifras absolutas o en cifras relativas.

Con Wintrobe y su escuela obtenemos el "volumen corpuscular medio" dividiendo el volumen de masa globular sedimentado y correspondiente a 1.000 c. c. de sangre, entre el número de hematíes por milímetro cúbico, y el resultado marca el volumen en mieras cúbicas del eritrocito del enfermo; la normal es 87 mieras cúbicas, oscilando entre 80 y 94.

Con Haden y su escuela obtenemos lo que se llama "índice de volumen" que se obtiene dividiendo un cociente entre otro cociente;, el que sirve como numerador se obtiene dividiendo la masa globular del enfermo expresada en centímetros cúbicos por 100 ce. de sangre, entre la masa globular media normal, y el cociente que sirve como denominador, se obtiene dividiendo el número de hematíes del enfermo entre el número de hematíes normal. La cifra que resulta es normalmente 1 y oscila entre 0.9 y 1.1.

Como se ve, por cuales quiera de estos dos procedimientos se da al clínico, una cifra bien definida y bien lograda, que desde luego le permite saber si la anemia que trata es macro o microcítica, dato de primera importancia en el diagnóstico de las anemias.

Riqueza de hemoglobina por cada glóbulo o valor globular. — Sobre este valor demasiado conocido no voy a insistir, solamente diré que además de reportarse en cifras relativas, se reporta también en cifras absolutas, bajo la forma de "hemoglobina media corpuscular" de Wintrobe. en micromicrogramos de hemoglobina por cada glóbulo rojo. Para tener este valor se divide la hemoglobina en gramos por 100 c. c. de sangre, entre el número de eritrocitos por milímetro cúbico; el resultado marca en micromicrogramos la hemoglobina por glóbulo del enfermo; la normal es 29.5 micromicrogramos con oscilaciones entre 27 y 32.

Riqueza de hemoglobina por unidad de volumen de glóbulo rojo o índice de saturación. —- Este tiende a investigar si el enfermo considerado tiene la hemoglobina en sus glóbulos, a. ma-

yor o menor concentración, este dato es bastante importante y ha servido para formarse mejor concepto de la anemia perniciosa, que en realidad no es hipercrómica pues si cada glóbulo tiene más hemoglobina, no es más que aparente, pues por unidad de volumen no tiene más, y lo que realmente sucede es que siendo mayor el volumen del glóbulo (anemia macrocítica), tiene más hemoglobina.

Al índice de saturación, hasta hoy solamente se le ha encontrado una indicación bien fijada y constante en las anemias debidas a hemorragias crónicas, pues son estas anemias las únicas en que es menor de 1.

Para obtener el índice de saturación se divide un cociente entre otro; el que sirve de numerador se obtiene dividiendo la hemoglobina en gramos por 100 c. c. de sangre del enfermo, entre la hemoglobina normal en gramos, y el cociente que sirve de denominador, se obtiene dividiendo la masa globular en centímetros cúbicos por 100 de sangre del enfermo entre la masa globular normal. La cifra media normal es 1, con ligeras oscilaciones en más o en menos.

Por los datos anteriores me parece haber fijado el modo cómo se deben obtener los datos eritrocitarios cuantitativos en un enfermo y en cuanto a la manera de obtener por medio de ellos indicaciones de diagnóstico, es motivo para otra comunicación, que bien puede ser original con estudio de casos concretos de distintos grupos de enfermedades y afecciones.

—De la Revista "Archivos Latino Americanos de Cardiología y Hematología.

Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

NOTAS

Hemos recibido un valioso regalo de la Revista Mexicana de Cirujia, Ginecologia y Cáncer consistente en el libro titulado Patologia Quirúrgica, nitidamente impreso y con abundantes figuras ilustrativas escrito por el Dr. Conrado Zukermann, Profesor de la Materia en la Universidad Autónoma de Ciudad México. Muy agradecidos por tanta bondad, escribiremos pronto el comentario merecido y justo.

* * *

Por razones de economía y por tiempo limitado la Asociación Médica acordó publicar la Revista Médica Hondureña cada dos meses a partir del 1 de noviembre.

* * *

Por haber cambiado de local el Director de esta Revista en cuya casa se celebraban las sesiones, en lo sucesivo tendrán verificativo en el edificio de la Cámara de Comercio gentilmente cedida por su Presidente don José Maria Agurcia y la Biblioteca está en la Policlinica a la orden de los interesados.

* * *

La Denver Chemical Mfg. Company de New York, productora de la Antiflogistina ha publicado el Nº 3 del Volumen VIII de su Sangria Incruenta que acabamos de recibir. La reparte gratuitamente a todos los Médicos que la soliciten.

* * *

Manual de Bacteriologia por el Dr. José W. Bigger, traducido del inglés por el Dr. Emilio Zapatero Ballesteros se titula un nuevo libro editado por la casa Manuel Marín de Barcelona que hemos recibido recientemente en calidad de obsequio que mucho agradecemos.