

Contribución al estudio de la Fiebre Tifoidea Hondureña

En marzo de 1925 fue publicado en uno de los diarios de esta ciudad, el presente artículo, que hoy reproduzco por creerlo de actualidad, ya que se discute de nuevo con mejores argumentos y datos -la fiebre tifoidea hondureña, aceptada hoy día hasta por aquellos que dudaban de su existencia allá por los años de 1924 a 1925.

Hipnotizados por el paludismo, el proteo de nuestros climas, hemos derrochado innecesariamente quinina en tantas pirexias que han estado muy lejos de ser paludismo. Casi instintivamente hemos aplicado este medicamento, a tal grado que nuestro sentido de observación no pudo dilucidar por medio de¹ la clínica, la existencia cierta de nuestra fiebre tifoidea.

nica de Berlín, contestó: Mantengo mi juicio desfavorable. No empleo más el remedio. No conozco resultados halagadores.

El Profesor Friederich Muller, titular de clínica médica de Múnich: "Desde que hace años ha sido rechazado por la mayoría el remedio de Friedmann a causa de su falta de actividad y no ser totalmente falta de peligro, no he tenido ninguna razón más para ocuparme de esta clase de tratamientos, ni tampoco he oído que se le asigne en otra parte alguna significación. Nunca he recibido noticias sobre efectos favorables que puedan atribuirse a esta medicación."

Fue necesaria la colaboración del Laboratorio, para que llegáramos a diferenciar entre el cúmulo de nuestras aun no estudiadas pirexias, la existencia cierta e indiscutible de la fiebre tifoidea.

Y no fue culpa sólo nuestra, sino de nuestros maestros y sobre todo de nuestras lecturas, pues nos acostumbramos a creer, según lo aseguraban nuestros libros, que la fiebre tifoidea era desconocida en estas latitudes. El mismo Audain asegura que en Haití y en estos países, no existe dicha fiebre, y por otro lado la doctrina de Torti, clínico de Módena, seguía obscureciendo nuestro criterio a este respecto.

Dije que fue el Laboratorio quien dilucidó el asunto, y en

Y en este mismo sentido el Dr. Silva reproduce numerosísimas contestaciones más, de renombrados pediatras, tisiatras, cirujanos, higienistas y bacteriólogos; terminando con las palabras finales de un informe que el Prof. Bruno Lange, Director de la Sección Infecciosos del Instituto "Roberto Koch" de Berlín, presentó el año próximo pasado al Ministro de Salud Pública Alemán, referente al citado medicamento: "Según mi convicción hay un solo medio para extinguir de raíz el mal: la prohibición del remedio de Friedmann en toda la Nación."

Enero de 1935.

efecto *el* día 6 de abril de 1924, el competente Dr. Taylor, de la Institución Rockefeller, practicó en el Laboratorio de nuestra Dirección General de Sanidad, la primera reacción de Widal, cuyo resultado fue positivo hasta 1/80.

Posteriormente practicó treinta y dos reacciones con los resultados siguientes: Positiva;, veinticinco y negativas once. De las reacciones positivas: T. Ferrán fue positiva hasta 1/80; E. Ramos 1/80; G. Campos 1/80; T. Bruns 1/60; G. Godoy 1/60, lo que prueba científicamente la existencia indiscutible de la fiebre tifoidea entre nosotros; pues en otros lugares, como en la India Inglesa, el sutil investigador Roger, para verificar la fiebre tifoidea, se conformó y dio por satisfecho con suero — aglutinaciones al 1/50 y aún al 1/40 y 1/30, fundándose en ellos para admitirla y caracterizarla.

La generalidad de los textos exigen como mínimo la aglutinación al 1/50 para admitir la infección tífica, número que ha sido sobrepasado en la mayor parte de los sero-diagnósticos practicados en nuestros enfermos.

Pero la dificultad no solo estribó en la falta de Laboratorio para practicar dicha reacción, sino también en la dificultad clínica, pues acostumbrados, como ya dije, a estudiar en libros generalmente europeos, la Sintomatología que se presentaba a nuestro espíritu era la de la fie-

bre tifoidea europea y no la nuestra, que clínicamente difiere de aquélla en muchos y diferentes aspectos.

Naturalmente en el fondo, tanto la fiebre tifoidea de aquel continente como la de nuestro país, son idénticas, es en la anemia o presencia de tal o cual síntoma y en la forma de la curva térmica en la que encontramos marcadas diferencias. Así, por ejemplo, las petequias son un síntoma raro entre nosotros y la fiebre admite tipos muy irregulares en la generalidad, cosa que no sucede sino raramente allá.

No quiero terminar este pequeño artículo, sin excitar muy cortésmente a mis estimados colegas, a fin de **que** publiquen sus observaciones personales, para poder así hacer luz y sentar bases concluyentes sobre la especial sintomatología de nuestra fiebre tifoidea.

Por otro lado, los éxito **también** para fijar su atención sobre otro grupo de pirexias que aun no han sido individualizadas entre nosotros y creo que existen, tales son las fiebres descubiertas en Haití y llamadas por Andain, linfangoadenoiditis, que ya fueron clínica y anatomopatológicamente diferenciadas en El Salvador.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, 4 de febrero de 1935.

La Cirugía en los Cardiacos

Mario Lebel y Juan Sterne estudian en la *Gazette Medicale de francés* del 1° de julio de 1934 lo referente a las indicaciones y contraindicaciones de la intervención quirúrgica en los cardiacos.

En términos generales creen que, por lo que a este punto se refiere, no debemos ser demasiado estrictos. Muchas veces una cardiopatía no constituye una contraindicación, y los enfermos portadores de una lesión compensada toleran perfectamente la intervención. Aun en estos casos hay que hacer algunos distingos.

Es evidente que no debemos operar un asistólico disneico, cianótico y anasarcado. Si tan sólo hay hiposistolia, si se comprueban en el paciente síntomas de alarma (disnea de esfuerzo, menor cantidad de orina, edema maleolar vespertino discreto), podremos intervenir en casos de suma urgencia, como, por ejemplo, una perforación gástrica o apendicular, pero siempre que sea posible retrasaremos la hora de la intervención para tener tiempo de preparar el corazón del enfermo y ponerlo en las mejores condiciones de resistencia.

En caso de cardiopatía compensada, pero no ignorada, auscultaremos sistemáticamente el corazón del paciente, procuraremos saber si hace algún tiempo ha habido episodios de descompensación, que deberán hacernos prudentes y nos harán eventualmente administrar en mayor cantidad los tónicos cardíacos.

El pronóstico varía con la naturaleza de la cardiopatía. Las lesiones valvulares múltiples asociadas están muchas veces en equilibrio inestable, con tanto mayor motivo cuanto que muchas veces a lo indicado se añade un cierto grado de invasión miocárdica. Por el contrario, una invasión única, aislada, bien tolerada, no constituye en modo alguno una contraindicación.

En cuanto a las cardiopatías no valvulares, comprenden hechos muy diferentes. La arritmia extrasistolita que se traduce por palpitaciones y se manifiesta a la auscultación por intermitencias sobre un fondo de ritmo cardíaco normal, carece de gravedad. La arritmia completa, en cambio, bien que compatible con una dilatada supervivencia, debe hacernos prudentes.

tes al sentar indicaciones operatorias. El pulso lento permanente, que puede terminar siempre por un síncope mortal, los antecedentes de angina de pecho que pueden producir la muerte súbita, deben invitarnos a da mayor circunspección. A pesar de ello, vemos que las intervenciones quirúrgicas por angor son bien toleradas. No de-

beremos ser, pues, absolutos, sino pesar el beneficio que se espera de la intervención y los riesgos que hará correr la abstención.

Los autores se ocupan luego de la preparación del cardíaco para el acto quirúrgico, la elección del anestésico, la vigilancia durante la intervención. los cuidados postoperatorios, etc.

Lo que el Médico no debe Hacer

Coma.

NO paséis inadvertida la facies del enfermo; la palidez hace pensar en el coma urémico o diabético, la rubicundez y asimetría facial en la hemorragia cerebral; el tinte rosado en el envenenamiento por el óxido de carbono; la salida de espuma por la boca, en la epilepsia; los movimientos rápidos de los párpados, en la histeria.

NO dejéis de examinar el aliento del enfermo que es amoniacal en la uremia; clorofórmico en la diabetes, acidosis y coma dispéptico, y sui géneris en el alcohólico.

NO paséis inadvertido el tipo de respiración: ostertorosa en la apoplejía y la epilepsia; el de Cheyne Stokes es generalmente urémico y a veces apopléctico; y hay extensión exagerada de la inspiración en los diabéticos.

NO dejéis de pensar en la eclampsia, en el coma de las mujeres embarazadas.

NO cometáis el error grosero de

tomar por otro cualquiera el coma alcohólico, que es el más frecuente de todos.

NO dejéis de pensar en la histeria cuando comprobéis un pulso normal en un comatoso.

NO dejéis de examinar la pupila; si no reacciona a la luz el coma es grave, salvo que haya sífilis cerebral o tabes.

NO dejéis de examinar el fondo del ojo, que os permite descubrir la éxtasis papilar y la retinitis albuminúrica.

NO creáis que la anisocoria se observa sólo en la meningitis y la parálisis general; se ve también en la histeria.

NO dejéis de investigar la herencia; es positiva en la hemorragia y negativa en el reblandecimiento cerebral.

NO dejéis de observar la pupila, que está contraída en el envenenamiento por el opio y en el coma urémico; el coma de ambos estados se distingue porque en el segundo hay respiración de Cheyne Stokes y en el primero no.

NO dejéis de tomar la tempera-

tura, que es baja en el coma urémico y diabético; normal en el coma histérico, alcohólico y saturnino; poco alta en la epilepsia y el primer periodo de la apoplejia y elevadísima en la insolación, fiebre perniciosa y último periodo de la apoplejia.

NO dejéis de examinar la orina; su escasez o falta absoluta indican uremia; su emisión involuntaria, epilepsia; si hay reacción de Gerhardt se trata de diabetes.

NO toméis como urémico todo coma que aparece en el curso de una nefritis, que puede provocar hemorragias cerebrales sobre todo cuando es intersticial.

NO diagnosticuéis coma hemorrágico porque haya parálisis, que puede presentarse se en el coma urémico; las nefritis agudas provocan parálisis transitorias las crónicas estables, pero ambas son flácidas.

NO olvidéis que en el coma urémico hay palidez, temperatura baja, pulso lento, hipertensión, ruido de galope, pupila estrecha y anuria.

NO confundáis el coma urémico con el saturnino que se le parece mucho; las lesiones gingivales y el conocimiento de la profesión del enfermo ayudarán a establecer el diagnóstico.

NO creáis que toda respiración del tipo Cheyne Stokes es de origen urémico; afecciones cerebrales, cardíacas e

infecciosas pueden producirla.

NO olvidéis que en el coma puede aparecer glicosuria en individuos que no son diabéticos y desaparecer en individuos que sí lo son. La reacción de Gerhardt permite establecer si se trata de un diabético.

NO toméis por coma urémico todo aquel en el que hay albuminuria, que puede aparecer como consecuencia de una lesión cerebral.

NO paséis inadvertidos los caracteres del coma cerebeloso, que es muy intenso, provoca desviación conjunta de los ojos y la cabeza, hipertermia, Cheyne Stokes, anestesia corneana, abolición de los reflejos corneano y abdominal y extensión de los dedos del pie en la manobra de Babinski.

NO dejéis de explorar la sensibilidad que puede persistir en el coma diabético; en el histérico, en el que la compresión de los ovarios provoca contracturas de los músculos del tronco y en el debido a reumatismo cerebral en el que la compresión de las articulaciones inflamadas arranca un quejido al enfermo.

NO olvidéis que la hemiplejia se presenta de preferencia en la hemorragia y reblandecimiento cerebrales, raramente en la uremia y la histérica.

NO hagáis diagnóstico de hemiplejia orgánica si hay signo de Babinski.

- NO olvidéis que las infecciones, operaciones, anestesia clorofórmica, provocan el coma.
- NO os confiéis de los diabéticos que enflaquecen o engordan muy rápidamente, pierden el apetito, cambian de carácter o padecen de insomnio o somnolencia excesiva; están preparando su coma.
- NO creáis que el olor a cloroformo de los diabéticos es un signo de coma inminente; pero sí es un signo seguro de que el coma aparecerá aunque sea a la larga.
- NO confiéis siempre en la disminución de la glucosuria que a veces anuncia un coma.
- NO dejéis de analizar diariamente la orina de los enfermos que presentan esos síntomas; el aumento de la relación entre el ázoe urinario y el azúcar y su disminución entre la urea y el ázoe total, son señales de coma próximo.
- NO prescribáis a los diabéticos el opio de una manera intempestiva ni los sometáis a un régimen cárneo exclusivo, que pueden provocar el coma.
- NO dejéis que se produzca el coma urémico; neuralgias, calambres, crieptasias, vómitos y trastornos del oído y de la visión, indican en un renal

el principio de una grave intoxicación.

NO dejéis de hacer la punción raquídea si hay síntomas meníngeos.

NO pongáis suero artificial si hay hipertensión o impermeabilidad renal.

NO pongáis sinapismos si no habéis hecho un buen diagnóstico; en los miembros hemipléjicos provocan grandes escaras.

Congestión hepática.

NO prescribáis calomel a dosis masivas; provoca asientos sanguinolentos dolorosos y gastritis.

NO olvidéis que la congestión repite con mucha facilidad por los enfriamientos y la ingestión de alcohol.

Compresión cerebral.

NO dejéis de pensar en la compresión, si después de un traumatismo craneal, la lucidez que ha durado algún tiempo es acompañada de algunos síntomas cerebrales.

NO dejéis de pensar en la congestión del cerebro cuando haya una reacción térmica persistente.

Compresión medular.

NO operéis sin haber determinado exactamente el sitio de la compresión.

NO operéis, sobre todo si se trata de un antiguo sifilitico, sin haber hecho el tratamiento específico.

NO olvidéis que el lugar de la compresión es siempre más alto que el que indican los fenómenos objetivos.

Conjuntivitis.

NO os conforméis con hacer el diagnóstico de conjuntivitis sin determinar su causa.

NO hagáis diagnóstico de conjuntivitis en todo caso de inflamación del ojo, puede producir los cuerpos extraños, queratitis, glaucoma, iritis.

NO dejéis de determinar, siempre que sea posible, el germen que la produce.

NO dejéis de examinar y cuidar las fosas nasales y vías lagrimales cuando la conjuntivitis no cede a un tratamiento adecuado.

NO dejéis que se contagie un ojo sano ni los ojos de las personas que rodean al enfermo.

NO esperéis el dictamen del laboratorio para inyectar el suero, en caso de que sospechéis una conjuntivitis diftérica.

NO uséis lavados muy calientes, cáusticos, astringentes, pomadas mercuriales, vendajes ni atropina, si la conjuntivitis aumenta.

NO uséis ningún cáustico en la conjuntivitis diftérica.

NO uséis cáusticos sino con mucho cuidado en la conjuntivitis folicular.

NO descuidéis el estado general en la conjuntivitis folicular y en la primavera.

NO olvidéis prevenir a la familia del enfermo de la croni-

<p>cidad de la conjuntivitis primaverar.</p> <p>NO uséis nitrato de plata, sulfato de cobre, hielo, ni vendaje compresivo, en la conjuntivitis pseudomembranosa.</p> <p>NO arranquéis nunca las pseudomembranas.</p> <p><i>Conjuntivitis purulenta.</i></p> <p>NO olvidéis la terrible gravedad de la conjuntivitis purulenta; si no intervenís de una manera rápida y enérgica, podéis dejar perder un órgano o una función.</p> <p>NO olvidéis que la conjuntivitis purulenta es más grave en el adulto que en el niño.</p>	<p>NO uséis una solución muy fuerte ni el lápiz de nitrato de plata.</p> <p>NO prescribáis hielo ni sublimado en lavados.</p> <p>NO uséis soluciones muy suaves de argirol, que son inútiles.</p> <p>NO confiéis en la curación del enfermo tratado exclusivamente con irrigaciones.</p> <p>NO hagáis nunca escarificaciones.</p> <p>NO dejéis de hacer el tratamiento preventivo, aun en los niños más insospechables.</p> <p>NO prescribáis nitrato de plata si ya ha aparecido la úlcera de la córnea.</p> <p>NO uséis separadores de los pár-</p>
---	---