

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Doctor Manuel Larios

Doctor Antonio Vidal

Doctor José R. Girón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR.

Doctor Humberto Díaz Doctor Henry D. Guilbert | Nº 52

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Con profunda vergüenza ocupo esta página que debiera ser sólo para reflejar el estado de progreso alcanzado cada mes por el gremio médico, para tratar una cuestión de oprobio, una negrura que rebaja considerablemente el nivel moral del gremio que lo practica y lo tolera. Se refiere al 'aborto criminal'. Sabemos de ciertos médicos de la capital que con la mayor frescura dedican, actividades a tan lucrativo negocio dedicando las entrañas de infelices mujeres, asesinando 'criaturas', sumergiendo en el pantano el crédito y prestigio de, los profesionales de la capital.

Si la Facultad de Medicina y la Asociación Médica no hubieran recibido tan rudos descalabros y ataques feroces de gentes asalariadas para insultar y gestionar ante las autoridades de justicia en otras ocasiones, esta, sería la hora que estaríamos denunciando los hechos para su merecido castigo; pero no, una experiencia dolorosa que casi nos lleva a la prisión contiene los impulsos honestos para impedir la repetición de tales crímenes.

La impunidad indudablemente es la causa donde reside el origen de los continuos hechos delictuosos; fuera de la sanción del cuerpo médico honrado, muda, pero firme y constante, nadie se da cuenta o no quiere darse, con el fin de aprovecharse de las ventajas de los actos delictuosos o porque no les importan las terribles consecuencias y desastres sufridos por la víctimas.

A pesar de lo expuesto nos veremos obligados a comunicar a la policía para que vigile y anote las andanzas de ciertos individuos conocidos a fin de sentar un precedente imponiendo un rudo castigo a los tales mercaderes de la muerte.

Un país como el nuestro, despoblado, gastado continuamente por las endemias, la pobreza, la guerra, debe antes que pensar en la importación de razas extrañas, en cuidar habitantes, proteger la natalidad y la infancia, asegurar la salud de las mujeres y sobre todo de sus genitales para darles larga capacidad de procreación.

El crimen de, aborto no sólo abarca el problema moral y penal, es también del orden político y económico, ya que se considera como la mayor riqueza de un país la densidad de su población.*

Antes de proceder en forma terminante queremos que sepan los explotadores de la muerte la firme resolución de emplear cuantos medios estén a nuestro alcance para, descubrirlos y someterlos a la vindicta pública.

Una fístula fecal consecutiva a una hernia estrangulada

B. F. de cuarenta años, casado, labrador y vecino de Güinope, ingresa al Servicio Primero de Cirugía de Hombres del Hospital General para ser tratado, dice él, de un dolor en una hernia que se reventó.

Refiere el enfermo que desde hace diez años viene padeciendo de un dolor en la ingle resultado de una fuerza que hizo, cuando le venía el dolor se le inflamaba el testículo y tenía que abandonar sus tareas del campo. Hace dos meses le vino el dolor con más violencia y tuvo que guardar cama y contrario a lo que pasó en otras épocas, a medida que transcurrían las horas empeoraba, inflamándosele todo el vientre, dándole una sensación de angustia y se sentía como que iba a reventar. Hubo retención completa de gases y heces fecales, tenía vasca pe-

ro nunca vomitó. Se le formó un tumor en la ingle que llegaba hasta el escroto, tumor que se le reventó a los trece días de haberse iniciado. Al reventarse sintió una sensación de bienestar y desde ese momento expulsó gases y sustancias fecales por el agujero que formó, mejorando rápidamente. Cuando se sintió mejor vino a pie, caminando cincuenta kilómetros en cinco días a buscar tratamiento, pues le molestaba hacer sus deyecciones por este agujero, sentía dolores y tuvo miedo de volver a ponerse malo.

Al examen nos encontramos con un adulto aparentemente sufriendo de un proceso crónico, desnutrido y con un tinte icterico marcado. Presenta al nivel del anillo inguinal externo, un orificio de donde mana pus y sustancias fecaloides. Hay un

tumor duro de bordes poco precisos, doloroso a la palpación y que se extiende hasta el escroto. Se hace el diagnóstico de fístula fecal consecutiva a una hernia estrangulada y operamos "bajo anestesia general haciendo una, incisión sobre el tumor y ampliando el agujero, encontrando un tejido inflamatorio en medio del tejido cicatricial. El intestino delgado está adherido a la pared anterior del abdomen por fuertes adherencias y con orificio longitudinal de unos seis centímetros de longitud. La parte superior del intestino está enormemente ensanchada, al contrario de la inferior que está estrechada.

Se le hace una resección de unos quince centímetros de intestino y una anastomosis terminal dejándole un drenaje del tipo cigarrillo. Los planos fueron suturados en ma-

sa con puntos separados, A los tres días él interno tiene una deposición normal y a los diez días ya levantado y con una dieta corriente continuando su mejoría sin ninguna interrupción.

Este caso tiene interés, porque no se nos presenta una hernia estrangulada la cual afortunadamente para el enfermo se perfora y transforma en episodio necesariamente fatal en otro que aunque incómodo lo ponía en peligro de muerte inmediata al enfermo y si le permitió trasladarse a pie una distancia de cincuenta kilómetros en busca de tratamiento. Deben ser muy raros los casos de esta feliz evolución de hernia estrangulada, no he podido encontrar nada en la literatura a este respecto, quizás porque no se dejen llegar las cosas hasta ese estado.

José R. Durón.

Tratamiento de la Pielonefritis

Por el Profesor Brindeau (Partero de la Maternidad de Tarnier)

(CONFERENCIA)

El tratamiento de las pielonefritis tiene una importancia extraordinaria debido a la frecuencia de esta afección, su tendencia a las recidivas y su resistencia a nuestros métodos terapéuticos.

Clínicamente las pielonefritis pueden dividirse en tres grupos principales:

A) Las pielonefritis aparecen bajo la influencia de causas transitorias en un aparato anatómico y fisiológicamente normal. Ejemplo: una pielonefritis unilateral del embarazo, en una mujer accidentalmente constipada.

B) Las pielonefritis aparecen en sujetos cuyo aparato urinario es anatómicamente normal, bajo la influencia es un factor orgánico persistente, que **reinfecta** incesantemente las vías urinarias por bacteriemia. Ejemplo: la pielonefritis colibacilar que los sujetos afectados de enterocolitis crónica, de megacolon, constipación derecha por estasis. El paso de la pielonefritis a la cronicidad es inevitable; la curación no puede sobrevenir sino por la supresión de la estasis estercoral y de las lesiones intestinales que permiten al colibacilo invadir la sangre.

C) Las pielonefritis aparecen en sujetos afectados de una anomalía congénita del aparato

urinario. Ejemplo: ectopia renal, ptosis renal. Estas no sólo evolucionan a la cronicidad, sino que conducen fatalmente a la pielonefritis con distensión; a la pionefrasis.

Estudiaré, sucesivamente, frente a vosotros:

1º Las indicaciones terapéuticas.

2º Los medios terapéuticos que permiten realizar estas indicaciones.

3º La elección de los medios terapéuticos según los casos.

A. —INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Se resumen de la manera siguiente:

1) Colocar al enfermo en reposo completo, someterlo a un régimen hipoazoadado e hipoclorurado y administrar antisépticos urinarios.

2) Tratar la infección local cuando se la descubra, en particular en el síndrome enterorenal.

3) Instituir la medicación anti infecciosa general para combatir el estado septicémico.

4) Mantener la diuresis y sostener el corazón.

5) Emplear los medicamentos específicos, la bacterioterapia y la seroterapia.

6) Desinfectar las vías urinarias por lavajes antisépticos del bacinete y de la vejiga.

7) Extirpar el riñón en caso que infección hematógena unilateral grave.

8. — *MEDIOS TERAPÉUTICOS*

1) *Régimen y antisépticos urinarios.* — El enfermo será mantenido en cama en reposo absoluto, sometido a régimen lacto-vegetariano o aún hipoazoadado e hipoclorurado, a fin de imponer a los riñones el mínimo de trabajo: tisanas azucaradas, agua de Evian, caldos de legumbres, jugo de frutas.

Ventosas secas sobre la región lumbar. Antisépticos urinarios por boca: salol, uroformina y benzoato de soda (aa. 1.50 gramos por día) helmitol, uraseptine.

2) *Tratamiento de la infección focal.* — Abrir y drenar ampliamente las colecciones supuradas, que pueden ser causa de la infección renal. En caso de síndrome enterorenal, buscar los parásitos intestinales con el fin de desembarazar al paciente de oxiuros, áscaris, tricocéfalos, etc., que crean en la mucosa puertas de entrada a la circulación, para el colibacilo; combatir la estasis cecocólica, tratar la enterocolitis; desinfectar el intestino por la ingestión de colargol (dos cucharadas de sopa por día de una solución de colargol al 2 %⁶) o de criptargol Lumière (8 píldoras por día).

3) *Medicación anti-infecciosa general.* — a) Balneación tibial con botellas de agua caliente sobre las regiones (lumbares (Heitz-Boyer).

b) Inyecciones endovenosas repetidas mañana y tarde de

uroformine en solución isotónica al 25 % (de 0.50 a 2.50 gramos por día en el adulto; de 0.25 a 0.75 en el niño, según la edad) o de septicemine (combinación de uroformine y de iodo conteniendo 45 % de uroformine y 33 % de iodo) de toxicidad prácticamente nula, no determinando hemólisis y que se inyecta en las venas o músculos a la dosis de 4 c.c. mañana y tarde durante varios días. El Lantol (rodium coloidal) da igualmente excelentes resultados en inyección intramuscular repetidas hasta la apirexia.

La medicina quimioterápica cuenta aun con numerosos productos, empleados en el tratamiento de las septicemias y cuya aplicación a las pielonefritis está en estudio. Por ejemplo, el mercuriocromo 220 de Young (Baltimore), que es una fluoresceína oximercurial dibromada conteniendo 26 % de mercurio; la gonacrine (tripaflavina alemana, acriflavina inglesa).

Hasta nueva orden es necesario ser prudente en la utilización de estos productos en el tratamiento de las infecciones pielo-nefríticas.

d) *Diuréticos y tonicardiacos.* — Lactosa, teobromina y sus derivados, scilaréne, suero glucosado isotónico (47 por mil), esparteína, digitalina, aceite alcanforado o sus sucedáneos, adrenalina (en caso de hipotensión). Gota a gota rectal de Murphy.

e) *Medicaciones específicas.* — Comprenden la bacterioterapia y la seroterapia.

Bacterioterapia: Después de los trabajos de Wrigth (1904),

la bacterioterapia ha sido aplicada al tratamiento de las infecciones urinarias. Se utiliza vacunas, caldo-vacunas, el bacteriófago d'Herelle. En las pielonefritis colibacilares se utiliza desde hace algunos años la vacunoterapia por vía bucal.

Vacunas. — Numerosas vacunas han sido preparadas en el curso de estos últimos años. En definitiva estas vacunas no difieren más que por el modo de destrucción de los microbios, por el número de gérmenes que contienen y la naturaleza del expaciente.

Según los laboratorios, los microbios son muertos por el calor, el éter, el fluoruro de sodio, el yodo, el formol o sino usados por la soda.

Estos elementos -microbianos, cuyo número varía por centímetro cúbico desde varios centenares de millones hasta cifras altísimas, están, en suspensión en agua salada fisiológica o en aceite vegetal. En lo que se refiere a las infecciones por el bacterio coli, a causa de la heterogeneidad de esta especie microbiana, el empleo de autovacunas es el único recomendable. Hay ventajas en preparar una vacuna polivalente con los bacilos aislados de la orina con varios días de intervalo.

Caldos-vacunas. — Bajo el término de caldos-vacunas se designan filtrados de cultivos en caldo del germen causal. Bajo la influencia de los trabajos de Besredka se tiende a provocar la inmunización local del aparato urinario llevando la vacuna y aun mismo el caldo-vacuna o

antivirus a la vejiga o al bacinete (inyectada por la sonda ureteral cada tres o cuatro días).

Bacteriófago de Herelle. — El bacteriófago sería, para d'Herelle, un ultravirus capaz de parasitar y Usar ciertos microbios: (bacilo de la disenter'a, bacilo de Eberth, bacilos paratíficos, colibacilos, estafilococos, piociánicos). Ha sido aplicado a la terapéutica de ciertas infecciones. Se comienza por adaptar en caldo un bacteriófago, al microbio obtenido por siembra de la orina del enfermo. En otros términos, se hace a este bacteriófago capaz de lisar in vitro al microbio del paciente que se quiere tratar. Se filtra el caldo conteniendo el bacteriófago así adaptado y es el filtrado el que se emplea como agente terapéutico, en inyecciones subcutáneas, intravesicales intrapiélicas en las pielonefritis. Hauduroy y d'Alsace han obtenido en doce enfermos infectados por el colibacilo, dos curaciones bacteriológicas, ocho mejorías clínicas: y dos fracasos. Sobre nueve enfermos infectados por el estafilococo d'Alsace -ha obtenido seis curaciones bacteriológicas, una curación seguida de recaída y dos fracasos.

Vacunoterapia por vía bucal. —Augusto Lumière, luego Besredka, han mostrado la posibilidad de obtener experimentalmente la inmunidad contra ciertas infecciones del tubo digestivo (cólera, tifoidea, disenteria bacilar) administrando las vacunas por la boca. Pero es necesario, como lo ha demostrado

Besredka, hacer ingerir previamente bilis. Esta favorece la absorción de la vacuna actuando como mordiente del intestino, es decir, desecando la mucosa intestinal. Se ha aplicado este método al tratamiento de las pielonefritis de origen intestinal. Se emplea de preferencia autovacunas a colibacilos, a dosis altas: una ampolla de 30 cc. conteniendo 500 millares de millones de microbios que se hace tomar cada mañana en ayunas, durante diez días consecutivos (Thiercelin, Becart Gaehlinger).

Seroterapia La seroterapia ha sido aplicada a las septicemias y a las agudas y crónicas por el profesor H Vincent del Collage de Francia inyectado durante la faz aguda de las pielonefritis supuradas determina a veces resultados notables y rápidos: descenso de la temperatura, aclaramiento de la orina, mejoría del estado general.

Pero experiencias y observaciones reiteradas han mostrado que, en el hombre o en los animales curados de su afección o inmunizados por la vacunación, los anticuerpos protectores, que se encuentran sin embargo en abundancia en la sangre, no filtran en la orina (H. Vincent). Es esto lo que explica por qué estando curada la septicemia, el bacterium coli continúa sin embargo o puede continuar vegetando en la orina. Inyectado al enfermo, el suero antibacilar aporta, desde luego en el riñón

y especialmente en los glómerulos, una cantidad masiva de anticuerpos específicos muy activos; pero debe ser ayudado en su efecto por la desinfección simultánea de las cavidades del bacinete y de la vejiga.

Es por esto que Vincent recomienda para el empleo de su suero anticolibacilar la técnica siguiente:

Injectar cada mañana, baja la piel, durante cuatro a seis días, el contenido de una ampolla de suero (en los casos graves hacer la inyección endovenosa

Al mismo tiempo proceder durante el período do más a menudo posible, a la desinfección del bacinete y de la vejiga con. Soluciones de nitrato de plata.

Es útil distender bien la cavidad de la vejiga con la solución argéntica con el fin de alcanzar al bacterium coli en todos los repliegues en los que puede ocultarse.

Durante este período de tratamiento el enfermo guardará reposo en cama. Régimen lácteo, bebidas diuréticas, nada de medicamentos, salvo aceite de ricino si es necesario.

Las pielonefritis supuradas antiguas son tributarias del mismo tratamiento sérico y antiséptico, pero este debe ser en general más prolongado. Chevassu ha publicado en 1925 y 1927 los resultados notables que ha obtenido en los casos rebeldes con el suero de Vincent. Yo he obtenido igualmente mejorías importantes en enfermos gravemente infectados.

La seroterapia local, es. decir, la inyección en el bacinete mismo de suero colibacilar (asociado a las inyecciones subcutáneas del mismo suero) está en estudio, tiene por finalidad substituir a los lavajes con nitrato de plata. Para obtener resultados favorables, el profesor Vincent aconseja mezclar al suero anticolibacilar una quinta parte de suero fresco sacado unas horas antes de la vena del mismo enfermo. Este suero fresco aporta, en efecto, el elemento aléxico indispensable para que la acción bactericida se efectúe. La alexina, siendo muy alterable, hay que utilizar sin retardo la mezcla de los dos sueros. Renovar lo más a menudo posible las infecciones locales.

f) *Desinfección directa de las vías urinarias*.—Lavajes vesicales con nitrato de plata o al oxicianuro de mercurio; lavaje del bacinete con la sonda ureteral, al nitrato de plata al 1 por 1000, seguido de una inyección cb la misma sv; o, tancia a: 1 %.

g) *Nefrectomia*. — La nefrectomía puede imponerse de urgencia en caso de pielonefritis hematógena unilateral grave.

C.—ELECCION DE LOS MEDIOS TERAPÉUTICOS

1.—*Pielonefritis agudas*

Alrededor del 50 % de las pielonefritis agudas y sobre todo subagudas, curan completamente después de algunas semanas o algunos días de cama y de dieta sin que sea necesario hacer otra cosa más que asegurar la

evacuación intestinal y administrar por boca colargol (infección a eolibacilo), urometine, salol o ureseptine.

Pielonefritis a forma septicémica. — Pero cuando los dolores lumbares son violentos, la fiebre elevada, la orina intensamente purulenta, en todas las formas septicémicas, hay que instituir la medicación anti-infecciosa general: efectuar inyecciones endovenosas de uroformine o de septicemine y continuar hasta apirexia y aclaramiento de la orina; hacer preparar una autovacuna con uno o mismo dos millares de millones de gérmenes por ce. e inyectarla bajo la piel con 48 horas de intervalo, comenzando por un 1/4 de ce. y continuando luego con 1/2 ce. 2/3 de ce., 1 ce, 1.5 ce... 1.5 ce. 2 c.c, 2. ce

Por supuesto que habrá que esforzarse en suprimir o curar la infección focal: amigdalitis, ántrax, for une ulosis, estasis cecocólica, etc.

Pielonefritis agudas de los urinarios.—Además del tratamiento precedente, se impone la sonda permanente con el fin de suprimir toda retención vésico-ureteral. A veces hasta la cistostomía hipogástrica es necesaria, sobre todo en los prostátieos (Marión).

Pielonefritis agudas a forma hematórica. — La sonda ureteral permanente ha dado buenos resultados a Marión, quien acó a sej a utilizarlos haciendo caria hora una inyección de nitrato de plata al centesimo en el bacinete.

Pielonefritis agudas prolongadas. — El cateterismo ureteral se impone día por medio en las mujeres, cada cuatro o cinco días en los hombres, con inyección en el bacinete de nitrato de plata al centesimo.

Pielonefritis de los niños. — Tratar la enteritis; alcalinizar la orina con citrato de potasio (0.50 gramos por día en solución acuosa al 2 %) o 2 gramos por día de bicarbonato de soda en solución al 3 % (Tixier). Al cabo de diez días, llevar a la acidez la reacción urinaria con fosfato ácido de soda o benzoato de soda. En los casos graves, Lantol en inyecciones intramus-

culares hasta la apirexia. El Lanto es admirablemente soportado por el niño y da a menudo resultados notables,

Pielonefritis colibacilares.—SI la afección no cede al reposo, a los grandes baños, al colargol por os, a la septicemine o a la uroformíne endovenosa o intramuscular, se puede elegir entre las auto-vacunas los caldos vacunas inyectados por la sonda urétera! en el bacinete y la vejiga, el bacteriófago o el suero anticolibacilar del profesor H. Vincent.

Pero el síndrome entero-renal no cura si no se suprime el pasaje de los colibacilos, en Ja circu-

lación sanguínea al nivel del segmento intestinal enfermo.

2.—*Pielonefritis crónicas* Será casi siempre ilusorio tratar de curar una pielonefritis que data de muchos años. La única terapéutica a instituir debe tener por finalidad impedir a la afección llegar a la pionefrosis.

Para obtener este resultado, que es por demás apreciable, hay que realizar tres indicaciones diferentes.

1) En las pielonefritis no complicadas de obstáculo al flujo de la orina, hay que combatir la causa que mantiene la infección o preinocula incesantemente el aparato urinario. Es particularmente el caso para el síndrome entero-renal: hay que suprimir por lo tanto los parásitos intestinales, la estasis ceco-cólica, tratar la enterocolitis.

2) En las pielonefritis crónicas complicadas, se tratará de reprimir o atenuar los trastornos de la excreción, con el fin de transformar la pielonefritis complicada en una pielonefritis simple. Por consiguiente, el riñón atóxico será fijado por una nefropexia que suprimirá todo acodamiento ureteral; los cálculos del riñón y del uréter serán extraídos por nefrotomía, pielotomía o ureterotomía (necesidad de una auto vacunación preoperatoria); la estenosis ureteral será dilatada por la sonda permanente; la retención vesical de los estrechados, de los prostéticos y de los medulares será tratada por los medios habituales.

3) La tercera indicación es

común a todos los casos crónicos sin excepción. Consiste en cuidar los riñones por un régimen apropiado y en prevenir la precipitación de las sales urinarias en la orina purulenta que baña las mucosas urinarias. Para esto hay que indicar el régimen preventivo de los liliácicos, formular los antisépticos urinarios y los balsámicos, aconsejar una cura hidromineral anual.

a) En lo que se refiere al régimen alimenticio de los sujetos afectados de pielonefritis crónica, lo mejor es combinar los regímenes aconsejados en la arreniuria úrica y oxálica.

b) Los antisépticos urinarios (salol, uroformine, helmítol, urometine, uraseptine, etc.) los balsámicos (perlas y jarabe de trementina, etc.), las aguas diuréticas (Evian), etc., serán administradas alternativamente.

c) Por fin una cura anual en una estación termal suele dar excelentes resultados, especialmente en las pielonefritis colibacilares, calculosas y en todas las infecciones renovesicales de los urinarios.

A esta terapéutica puramente médica, a la cual deberá someterse indefinidamente el enfermo para evitar la pionefrosis, se debe agregar a veces la desinfección del o de los bacinetes por las inyecciones de nitrato de plata por medio del cateterismo ureteral. Los lavajes del bacinete combinados al empleo de auto-vacunas, del suero del profesor H. Vincent dan mejorías importantes que pueden mantenerse durante meses y aun años.

Roger Even.

(Del Día Médico)

OXALURIA

La presencia de ácido oxálico o de sus sales en la orina caracteriza la oxaluria. Normalmente contiene 0,015 gr. por 24 horas de ácido oxálico. Dada la pequeñez de la cantidad se admite en clínica como oxaluria la simple presencia de ácido oxálico en la orina. Se elimina por el riñón en forma de oxalato de cal, insoluble en el agua. Proviene el ácido oxálico de dos fuentes: endógena y exógena. Los alimentos, principalmente el cacao, espinacas, ruibarbo, suministran considerable cantidad de ácido oxálico puro o al estado de oxalatos. Los albuminoides, los cuerpos púricos pueden también engendrarlos por sus transformaciones. El de origen endógeno es escaso: proviene, de la descomposición de las gelatinas, purinas y nucleínas de los tejidos marcándose sobretodo en el ayuno.

Loeper ha demostrado que la mayor parte del ácido oxálico se cambia en oxalato de calcio y éste a su vez en carbonato; el resto se descompone en óxido de carbono, después en ácido carbónico que se elimina por el pulmón. Donde se produce la oxalicolisis es en el hígado por una acción reguladora sobre el ácido oxálico.

Existe el ácido oxálico en los tejidos en pequeña cantidad: 0,01 gr. por 1000 de sangre. Descomponiéndole se defiende el organismo contra su toxicidad. Se elimina por los intestinos y riñones. En 24 horas se comprueban 0.005 gr. en las heces y

0.015 en la orina. En los oxalémicos se ha encontrado en los vómitos 4 y 5 cgr. y en los asmáticos oxalémicos la misma cantidad en los esputos.

De dos maneras se presenta la abundancia de ácido oxálico en la sangre: oxalemia con oxaluria en relación normal; oxalemia sin oxaluria considerable. La segunda traduce una insuficiencia de la excreción renal o una incapacidad del hígado para transformar al exceso de ácido oxálico ingerido o formado.

La retención de ácido oxálico conduce a la fijación en los tejidos en particular el sistema nervioso y se traducen por fenómenos tóxicos: crisis gástricas, enteritis, depresión nerviosa, accesos de asma y de reumatismo crónico. Produce una intensa decalcificación de los tejidos dando lugar a la calciuria.

Transitoria la oxaluria se presenta en las crisis epilépticas y en la defervescencia de las enfermedades infecciosas como una descarga liberatriz.

Permanente la oxaluria puede acarrear trastornos urinarios importantes.

Se acompañan de oxaluria: la diabetes, la gota, obesidad, en las que el metabolismo basal está alterado; en las afecciones del hígado, las dispepsias, la enteritis muco membranosa, las soriasis, la neurastenia. Existe también como un trastorno primitivo debido a alteración del metabolismo oxálico.

La insolubilidad del oxalato de calcio lo hace inofensivo para el

Riñón pero en la orina se hace soluble gracias a otros elementos químicos que causan su precipitación: fosfato de calcio, sales de magnesio, urato, lactato y cloruro de sodio. Lo mismo pasa con la alcalinidad de la orina, en los vegetarianos, en las inflamaciones de las vías urinarias; así se forma la arena oxálica parecido al polvo de vidrio, en la eliminación causa fuertes dolores a medida que las concreciones son más grandes.

La oxaluria presenta dos clases de síntomas: de intoxicación y de eliminación.

Neurastenia y neuralgias; astenia, fatiga intelectual, somnolencia después de las comidas, jaqueca, neuralgias pasajeras¹ y diversas, trastornos gastrointestinales consistentes en dispepsia, crisis gástricas dolorosas, acompañadas algunas veces de gastrorragia, enteritis mucosmembranosa, dolorea intestinales, litiasis oxálica intestinal que determina crisis dolorosas violentas terminadas por una evacuación de arena oxálica. Todos estos síntomas son variables de intensidad; dependen del grado de impregnación del organismo por el ácido oxálico.

Los trastornos urinarios se presentan cuando los oxalatos en abundante cantidad irritan las vías de eliminación. Existe fosfaturia calcica asociada a la oxaluria en algunos enfermos. La calciuria en la regla. Dolores reno-ureterales uno bilaterales, intermitentes, más intensos por la mañana, en la primera mic-

ción por efecto de la mayor concentración a esa hora. Estos dolores van generalmente seguidos de hematuria microscópica o muy abundante que proviene sean de una heridita del parenquima renal por los cristales de oxalato o por congestión del riñón creada por irritación de las sales oxálicas. Trastornos vesicales: polaquiuria y dolores por idénticas razones.

La abundancia de oxala precipitados llega a la formación de cálculos que serán diagnosticados por una radiografía en todo individuo que presente los síntomas enumerados. El examen de orina muestra claridad y limpidez en la oxaluria pura, en tanto que son lechosas y turbias cuando van acompañadas de calciuria.

Al microscopio se observa en el coágulo de centrifugación numerosos cristales de oxalato de cal en forma de sobres de carta. El mejor método para dosificar los oxalatos es el descrito por Loeper que permite hacerlo hasta un centigramo de ácido oxálico.

En resumen: radiografiar un enfermo que se queja de dolores urinarios, hematurias, poliaquiuria, cuyo examen microscópico muestra oxalatos para no confundir la oxaluria con los cálculos de las vías, urinarias. Los síntomas generales nerviosos y gastrointestinales estarán en favor de la oxaluria.

O. M.

Hojeando el CanjePor el Dr. H Díaz.

A propósito de la Vacuna Friedmann

Con el mismo título que encabeza estas líneas, el Dr. Leónidas L. Suva publicó hace algunos meses en la Revista Médica Latino Americana, un extenso artículo, brillantemente documentado, con respecto al valor terapéutico de la vacuna que el Prof. Friedmann preconizó hace ya muchos años en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Juzgamos muy del caso recordar a los lectores de LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA que el Dr. Silva es miembro de la Sección de Profilaxis y Terapéutica de la Tuberculosis del Departamento Nacional de Higiene en la República Argentina, y que el trabajo suyo, al cual hicimos, alusión al principio, constituye una comunicación presentada por él en el mes de octubre de 1934, a la distinguida corporación a la cual pertenece

Comienza el Dr. Silva comentando da vehemencia con que el Dr. Augusto Bunge, médico y diputado al congreso argentino, pidió en el seno de dicha asamblea legislativa, la elaboración de un proyecto de ley por medio del cual se hiciera obligatoria la aplicación de la vacuna Friedmann en aquel país; habiendo ya el Dr. Bunge escrito una obra acerca del mismo asunto, que publicó bajo el¹, nombre de: "La Tuberculosis Vencida."

La Prensa alabó el patriotismo del mocionante, haciendo al

mismo tiempo la recriminación consiguiente, es decir, de *que se ignorase prácticamente en la Argentina, la existencia de ese remedio*. De ahí que el Dr. Silva afirma al empezar su trabajo: "Voy a ocuparme de este debatido asunto y a hacerlo sobre todo. Porque esta afirmación final encierra un doble cargo: 1° — uno de orden científico, porque revelaría la orfandad cultural de nuestros centros médicos, incapacitados de seguir los progresos de la medicina, y el 2° tal vez el más grave y de orden humano porque este desconocimiento ha implicado la pérdida de miles de preciosas vidas que hubieran podido rescatarse con la *maravilla de Friedmann*."

Prosigue su comunicación el Dr. Silva, haciendo un severo análisis científico de la vacuna en cuestión, respaldado por una documentación muy extensa, que procede principalmente de la escuela alemana, y toda esa bibliografía como muy bien afirma él, es tan amplia y tan concordantemente negativa que no hay tratado ni existe libro de fisiología que no encierre un capítulo o un párrafo destinado a demostrar su ineficacia como medicación antituberculosa.

Del conjunto de las adversas opiniones, se destacan algunos argumentos de marcada importancia, por su fundamental solidez; por ejemplo aquel que se basa en el hecho de que los sa-

prófitos ácido-resistentes del tipo aislado por Friedman se encuentran muy extendidos en la naturaleza, tanto en el agua como en la tierra, en los pastos, en la leche, en el esmegma, en los sapos, lagartijas, tortugas, etc., etc., produciendo raramente enfermedades espontáneas. Las lesiones producidas por ellos tienen una similitud muy lejana con la tuberculosis, éstas toman siempre el carácter abscedado y no el tuberculoso, resultando inapropiado el término de tuberculosis de animales de sangre fría. Agregando a esto la advertencia de que es un axioma hoy en fisiología, que con saprofitos

no se consigue la inmunización contra los gérmenes tuberculígenos ácido-resistentes.

Por último nos habla de la encuesta seguida por la "Deutsche Medizinische Wochenschrift," por la cual desfilan las más altas autoridades mundiales en el referido asunto, y a quienes se hizo el siguiente cuestionario:

1. —Mantiene Ud. su juicio expresado en 1920?

II. —Usa Ud. el remedio de Friedmann en su clínica o en su práctica privada

III. —Tiene Ud. en estos últimos años noticias sobre resultados favorables en otras partes

El Prof. Bier, titular de la Clí-

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 Munich: "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 numerosas 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 distinguos.

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 cardiacos.

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 pruden-

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 emi-

sión 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 contracciones 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.

coma hemoragico; las provocan hemorragias cerebrales, pero am-

el coma urémico, temperamento lento, hipo de galope, y anuria.

coma urémico que se le las lesiones conocimien del enfermo establecer el

respiración de Stokes es co; afecciones cardíacas e

infecciosas pueden producir la.

NO olvidéis que en el coma puede aparecer glicosuria en individuos que no son diabéticos y desaparecer en individuos que si 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 apare-

cer como consecuencia de una nefritis aguda. si hay reacción de Gerhardt se trata de diabetes.

NO toméis como urémico coma que aparece de una nefritis de provocar hemorragias sobre t es intersticial.

NO diagnosticuéis errático porque hisis, que puede se en el coma u nefritis agudas parálisis trans crónicas estable bas son flácidas.

NO olvidéis que en el urémico hay palidez tura baja, pulso hipertensión, ruido pupila estrecha

NO confundáis el co con el saturnino parece mucho; gingivales y el to de la profesio mo ayudarán a diagnóstico.

NO creáis que toda del tipo Cheyne de origen urémico nes cerebrales.

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-

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

Signos y diagnóstico de los tumores cerebrales, excepto los tumores de la hipófisis

Por el Dr. T. de MARTEL.

He escrito este artículo para los lectores del *Monde Medical*, esforzándome en poner de relieve lo que hay de notable en la historia y en el estudio de los tumores cerebrales.

Hago hincapié en el mecanismo de la hipertensión intracraneal, hecho que domina toda la fisiología de los tumores y su evolución. También indico, insistiendo en ello, hasta qué punto los signos neurológicos son falaces cuando se trata de localizar un tumor y, en cambio, describo muy sucintamente el capítulo de semiología nerviosa de los neoplasmas cerebrales que, por sí solo podría llenar un volumen, en el que figurarían expuestos hechos contradictorios. En efecto, es indiscutible que un tumor cerebral provoca muchas veces signos neurológicos que lo localizan allí donde no existe aun cuando hayan sido interpretados por un neurólogo competente, teniendo por norma las enseñanzas de la fisiología nerviosa, creada en gran parte por los neurólogos. En cambio, insisto mucho en el gran valor localizador de los signos oftalmológicos y radiológicos, incluyendo en ellos las indicaciones que nos proporcionan la ventriculografía y la encefalografía.

Es difícil comprender la sintomatología de los tumores cerebrales, si no se tiene bien presente el papel que desempeña el

líquido cefalorraquídeo, la manera cómo circula en las cavidades cerebrales y alrededor del cerebro y a qué nivel penetra en la circulación general.

A los hermosos trabajos de Riser, en Francia, y a los de Dandy, de Blakfair y de Weed, en los Estados Unidos, debemos el conocimiento de las nociones esenciales sobre el asunto.

Estos autores, valiéndose de investigaciones experimentales muy ingeniosas, han demostrado que la mayor parte del líquido cefalorraquídeo se forma en los ventrículos laterales, al nivel de los plexos coroideos. Han mostrado que el bloqueo de los ventrículos, tanto si es patológico como experimental, provoca, siempre la hidrocefalia, es decir, la dilatación de las cavidades ventriculares.

El bloqueo patológico es realizado de un modo esquemático en las hidrocefalias congénitas, en las que los agujeros de Magendie y de Luschka, consecutivamente a un defecto de conformación congénito, no existen.

Bandy y Blakfair han referido un caso. El profesor Rissr, de Toulcuse, ha realizado el bloqueo experimental del cuarto ventrículo en el perro, valiéndose de una masa en fusión, introducida con una jeringa en dicha cavidad, masa que al solidificarse la oblitera, habiendo podido

así producir hidrocefalias típicas.

Podemos, pues, sin temor de caer en error, decir que al nivel de los plexos coroideos existe un manantial importante de líquido cefalorraquídeo. Este líquido, después de haber llenado los ventrículos laterales, pasa al tercer ventrículo al través de los agujeros de Monro, y después al acueducto de Sylvio que une el tercer ventrículo con el cuarto ventrículo, saliendo de este último por los agujeros de Luschka y Magendie. Circula alrededor del cerebro en los espacios suharacnoideos y penetra en la circulación general al¹, nivel de los grandes senos venosos, al través de las vellosidades aracnoides (corpúsculos de Pachio-ni) que bañan en estos senos.

Esta reabsorción del líquido cefalorraquídeo se verifica también, conforme han demostrado Cestan, Riser y Laborde, no solamente al nivel de los grandes senos, sino también al nivel de todos 'os pequeños vasos capilares subaracnoideos. si insisto sobre estos trabajos y, en especial, sobre las notables investigaciones de Riser y de la Es-

cuela de Toulouse, es porque deseo que estos hechos, en los que tendré necesidad de apoyarme constantemente, aparezcan a vuestros ojos sólidamente fundados.

Para evitar toda confusión, os diré ya désele ahora que, con el nombre de tumor cerebral, se designan todos los tumores intracraneales, y que esta última expresión, sobre ser más fácil de comprender, es también más exacta. Siguiendo la costumbre, emplearé una u otra de estas designaciones, considerándolas como sinónimas.

Cuando se forma un tumor en el interior de la caja craneal, inextensible, ejerce sobre el cerebro una presión continua y progresiva. Esta presión se traduce clínicamente por lo que se denomina el síndrome de hipertensión intracraneal. Está constituido por tres signos clínicos cardinales, la cefalea, los vómitos y el edema de la papila.

Anclaríamos equivocados si creyéramos que este síndrome de hipertensión es tanto más acentuado cuanto más voluminoso es el tumor.

Tumores muy voluminosos pueden provocar tan sólo una hipertensión moderada; un tumor muy pequeño puede, por el contrario, provocar una hipertensión considerable, rápidamente grave. En efecto, la aparición del síndrome de hipertensión guarda relación con el trastorno que la lesión produce en la circulación del líquido cefalorraquídeo en las cavidades ventriculares. Es por esta razón que los tumores, por cierto frecuentes, sobre todo en el niño, que radican al nivel del techo del cuarto ventrículo, en el vermis medio del cerebelo, al obliterar la cavidad ventricular, provocan más fácilmente que los demás el bloqueo del líquido cefalorraquídeo, la dilatación ventricular y el síndrome de hipertensión.

Pero todo tumor cerebral, sea cual fuere su asiento, produce al cabo de un cierto tiempo el mismo resultado por el mecanismo siguiente. 'La presión que ejerce sobre un cerebro blando y que tiende a huir, produce lo que Cushing ha llamado "pressure cone," cono de presión.

El neuro eje-sólo puede sus- traerse a la presión al nivel del agujero occipital, en un punto del cráneo que está ampliamente abierto para dejar paso a la médula espinal y a la porción inferior del bulbo.

Es al través de este extenso orificio que el cerebelo, o precisamente más, las amígdalas cerebrales, formarán hernia, amoldándose alrededor del bulbo. El cono así formado, encajado en el estuche de la dura

madre medular, en el que penetra casi siempre en una longitud de varios centímetros, ejerce una presión muy intensa sobre el contenido de dicho estuche, es decir, sobre la -porción inferior del bulbo que forma el suelo del cuarto ventrículo, en el que existen los orígenes del neumogástrico y los centros respiratorios. A este nivel pueden también quedar comprimidas las arterias vertebrales y el tronco basilar, pero los más obliterados son los orificios por los que pasa el líquido cefalorraquídeo al salir del cuarto ventrículo para alcanzar los espacios subaracnoides.

Queda así constituido un círculo vicioso: la presión intracraneal debida al tumor, provoca un cono de presión, pero éste, bloqueando el cuarto ventrículo y las vías de salida del líquido cefalorraquídeo, produce la hipertensión ventricular, sobre la cual he insistido al principio de este artículo, contribuyendo por mucho a aumentar la presión intracraneal que, sin duda alguna, es igual a la presión ventricular.

De lo que acabamos de exponer se deduce que todos los tumores intracraneales acaban produciendo, con mayor o menor rapidez, un cono de presión, y que al mismo tiempo van acompañados de hipertensión ventricular, pero así como los tumores de los hemisferios sólo lo producen tardíamente y cuando su volumen es considerable, los tumores de la fosa posterior y, sobre todo, los de el cuarto ventrículo, no tardan en producir

un cono de presión y una hipertensión ventricular elevada con dilatación de los ventrículos. *La dilatación de los ventrículos*

Es constante, y muchas veces considerable, en los tumores de la fosa posterior y más especialmente en los del cuarto ventrículo y del acueducto, que desde el principio bloquean la circulación del líquido cefalorraquídeo.

Falta, por el contrario, casi siempre en los tumores de lar. Hemisferios, que tan sólo mucho tiempo después de su aparición producen un cono de presión. En ellos, el líquido cefalorraquídeo comprime los paredes ventriculares, que sólo ceden a duras penas por estar sostenidos por el cerebro y por el tumor que desde larga fecha viene llenando por completo la caja craneal.

Si insisto tanto en estas primeras páginas sobre los fenómenos hidráulicos que acompañan a los tumores cerebrales y sobre la hipertensión intraventricular de que son la consecuencia, ¿s porque esta hipertensión es la que mata a los enfermos. Las paredes del tercero y del cuarto ventrículo constituyen la parte

esencial del encéfalo, la que preside todos los fenómenos de la vida vegetativa, la que no falta en ningún vertebrado, por muy baja que sea su categoría en la escala zoológica.

Modificaciones bruscas de presión en más o en menos, obrando sobre estas paredes y los núcleos indispensables que contienen, pueden provocar la muerte muy rápidamente. *El enfermo que teniendo un tumor cerebral ha llegado a un grado de hipertensión ventricular elevado, es enfermo frágil.* A pesar de un aspecto tranquilizador aún para un lego en la materia, *puede muy bien morir inopinadamente algunas horas antes de la intervención quirúrgica que iba a serle practicada.* Quiere ello decir, que el médico perspicaz debe procurar diagnosticar los tumores intracraneales antes de que se manifieste el síndrome de hipertensión, del que voy a hablaros ahora.

La cefalea es un síntoma muy frecuente, por decirlo así, constante, y que señala el comienzo de la hipertensión. Su intensidad es muy variable. Ligera, transitoria, con remisiones al

Principio, va haciéndose cada vez más tenaz, intolerable, sin que los analgésicos logren calmarla. Ocurre a veces que, durante la evolución de la enfermedad, la cefalea, que al principio será muy intensa, disminuye y hasta desaparece por completo. Obsérvase ello sobre todo en el niño, pudiendo explicarse este hecho porque en él las, cisuras craneales no están aún solidadas y pueden dejarse la cefalea aislada de hacernos pensar en muchas cosas entre las que las cefaleas continúan en si deben inducirnos a practicar en si automáticamente un examen *fondo del ojo*, que pondrá a veces de manifiesto la estasis venosa o también un *edema de la papila*. Durante este examen oftalmológico, mediremos la tensión sanguínea en la arteria central de la retina, siguiendo el *método de Baillart*: El aumento de esta tensión en un individuo con una tensión arterial normal, indica un comienzo de hipertensión intracraneal!. *El signo de Baillart es muchas veces anterior al edema de la papila y tiene un gran valor.*

Estos diferentes exámenes serán completados con una punción lumbar que, bien practicada, es inocua. Esta punción permitirá medir con el manómetro de Stooyek la *tensión del líquido céfalo raquídeo* antes de la salida del líquido y comprobar por la presión de las yugulares si *el líquido está bloqueado en su parte posterior*.

Si no hay tal bloqueo, recogeremos algunos centímetros cúbicos de líquido cefalorraquídeo, que serán examinados, examen que cuando se trata de un tumor nos pondrá de manifiesto una mayor cantidad de albúmina sin aumento del número de leucocitos, constituyendo lo que se llama la *disociación albúminocitológica*.

Los vomitos acompañan muchas veces a la cefalea, pero no constituyen propiamente hablando un signo de hipertensión aparecen, conforme diré — más lejos, de un modo muy precoz, constituyendo entonces una *verdadera señal de alarma que siempre pasa desapercibida*. Es — tior esta razón que muchos individuos que *tienen tumores cerebrales son tratados por afecciones abdominales* que no tienen, y son *operados de apendicitis o de colecistitis* antes que les haya visto un neurocirujano.

El edema de la papila es uno de los signos más constantes del síndrome de hipertensión. Pero raras veces se piensa en buscarlo si no existe algún otro síntoma que llame la atención hacia el cráneo. Conforme he dicho antes, una cefalea anormalmente tenaz es la que induce casi siempre a practicar *examen del fondo del GJO*, pero son a veces también los *trastornos de la visión* que aqueja el enfermo.

Tratase casi siempre de *obnubilaciones visuales*, pasajeras al principio, que siguiendo una marcha progresiva, Kegan a producir la *ceguera completa*. Cuando estos fenómenos aparecen, la agudez visual 'ha dismi-

nuido mucho casi siempre, sobre todo en los niños pequeños, que por no saber leer se vuelven casi ciegos antes de acusar trastornos visuales. En este período, *el edema de la papila y las estasis venosas han producido lesiones retinianas definitivas*, que ningún tratamiento conseguirá hacer retroceder. *No ocurre lo propio con los trastornos visuales debido a la compresión directa del nervio óptico por un tumor.* Ya insistiré más; lejos sobre ellos a propósito de los tumores próximos a la silla turca y al quiasma. Pero ya desde ahora, insistiré en la siguiente diferencia. *hay dos maneras de perder la vista en el transcurso de un tumor cerebral: por atrofia óptica secundaria* producida por un edema de la papila, que a su vez es consecuencia de la hipertensión intracraneal, o *por atrofia óptica primitiva*, debida a una compresión directa del nervio óptico por el tumor; *esta última puede ser curada por completo con la operación*, incluso cuando es ya muy acentuada.

El edema de la papila dista mucho de ser un síntoma constante, y en *algunos individuos con hipertensión intracraneal indiscutible, medida con el manómetro, el edema de la papila, e incluso la estasis venosa que la precede, pueden faltar.* En estos casos, sobre todo, es cuando la medición de la tensión arterial retiniana tiene un gran interés.

En resumen, *cuando el síndrome es completo, deberá hacerse siempre el diagnóstico de tumor cerebral.* Pero no siempre ocurre así, y todos los años vemos algunas docenas de enfermos mandados al servicio en el último período de su enfermedad, a pesar de haber sido examinados repetidas veces por varios médicos.

Y, no obstante, en *muchos casos un médico influido*, y que ha tenido ocasión de ver con frecuencia enfermos de esta clase, *puede hacer un diagnóstico mucho más precoz*, mucho antes que aparezca el síndrome de hipertensión.

Es así que, en el niño sobre todo, es necesario que el médico preste atención a las *actitudes anormales de la cabeza*. De modo que cuando un niño o también un adulto mantiene su cabeza siempre inclinada hacia un lado o hacia atrás, o también hacia adelante, cuando es difícil conseguir la levante, pues este movimiento le hace sufrir, no debemos admitir la existencia de un tortícolis, de un dolor reumático u otra cosa cualquiera que nada explica, sino quepreciará examinar por completo al enfermo. Es, en efecto, un signo frecuente de los tumores de la fosa posterior y, a veces también de otras porciones, esta *posición anormal y dolorosa, de la cabeza*.

En estos casos, el dolor radica casi siempre en la nuca. Puede presentarse en forma de accesos con irradiaciones dolorosas en el cuello y en los hombros. accesos seguidos de remisiones. A veces estas crisis dolorosas van acompañadas de crisis convulsivas (descritas hace ya mucho tiempo por Jackson), con inclinación de la cabeza hacia atrás, pérdida de conocimiento, trastornos respiratorios, estando los miembros superiores en extensión o en flexión forzadas, y los miembros inferiores en extensión. La pérdida del conocimiento no es constante.

Veréis a veces un niño que vomita, *sin causa*, siempre por la mañana, cuya cabeza mantiene inclinada en una actitud fija, y si a este niño le examináis el fondo del ojo, veréis que la papila está edematosa; pero lo que

llama más la atención en este caso, lo que a nada se parece le que excluye toda otra enfermedad, es la actitud anormal de la cabeza, punto sobre el cual deseo llamar muy especialmente vuestra atención.

Deberéis pensar también en un tumor cerebral cada vez que un niño, sin quejarse de los ojos, a veces sin vomitar, *cae siempre, sin motivo aparente, del mismo lado*. Con tanto mayor motivo aún pensaréis en un tumor cerebral si el niño tiene una cabeza voluminosa y dirigida siempre en una posición fija.

En el adulto existen también *signos precoces que deben llamar la atención del médico*, signos anteriores al comienzo de la hipertensión o contemporáneos con ella.

Es así que la *estrechez del carneo visual*, tan frecuente en los casos de los tumores temporales y en los que radican en las proximidades del quiasma, pasa muchas veces desapercibida por el enfermo y por sus deudos, durante mucho tiempo. No obstante, un observador atento puede comprobar, por la manera cómo se conduce y anda el enfermo, que su campo visual está estrechado y ello más especialmente en las estrecheces homónimas controlaterales.

Si estas estrecheces visuales, cuyo valor localizador es muy grande, son pocas veces comprobadas, es ello debido a que casi nunca se nos ocurre buscarlas en tiempo oportuno, en la época en que podrían ser comprobadas. Más tarde, casi ciego el enfermo, muchas veces

afásico o atontado, no puede ya colaborar en un examen, pues contesta de un modo tan imperfecto que no es ya posible tener en cuenta lo que nos dice.

Los trastornos de la visión deben siempre llamar la atención del médico e inducirle a practicar un examen completo del enfermo, examen orientado hacia la investigación de los signos de una hipertensión intracraneal incipiente. A diario vemos enfermos con un tumor cerebral ignorado, Que desde hace varios meses se quejan de trastornos visuales, a veces transitorios (diplopia, nubes pasajeras), a los que nadie ha prestado atención.

Un hecho muy importante, y sobre el cual deseamos llamar la atención de los médicos, es que *toda crisis de epilepsia esencial generalizada, que aparece en un adulto, hasta entonces en plena salud, es muchas veces el primer signo de un tumor cerebral, aun cuando no tenga cefalea, ni vómitos, ni edema de la papila.* En este caso, una encefalografía o una ventriculografía está per-

fectamente indicada, siendo el único medio de que no nos pase desapercibida una lesión perfectamente curable aún, y que dentro de pocos meses no lo será ya.

La epilepsia jaksoniana, limitado, primeramente a un pie o a una mano y que va prodigándose a toda una mitad del cuerpo, tiene el mismo valor desde el punto de vista del diagnóstico, y permite localizar al mismo tiempo la lesión de un modo exacto.

Otro signo de comienzo, muy importante y al que nunca se da el valor que merece, es el cambio de carácter del enfermo. Este fenómeno, que como es natural, es primeramente observado por los deudos del enfermo, poquísimas veces es interpretado del modo debido.

Veréis a veces un individuo que hasta entonces podía ser considerado como un ejemplo de orden, de prudencia, que llevaba perfectamente un negocio industrial o comercial, desinteresarse del negocio, no ocuparse de nada, mostrarse indiferente a lo? sufrimientos o a los pesares de

sus familiares, olvidarse de acudir a citas, perderse en la calle. Este individuo debe ya desde ahora ser sospechado de tener tumor cerebral. Podría citarnos un caso en el que sospeche la existencia de un tumor cerebral, que fue -comprobado con la ventriculografía, sin haber visto el enfermo, fundándome tan sólo en su historia, que vino a contarme su mujer.

Uno de los aspectos que más llama la atención en estos trastornos mentales debidos a la evolución de un tumor frontal, es la actitud del enfermo durante el interrogatorio. Contesta muchas veces a las preguntas que se le dirigen en un tono alegre y satisfecho a la vez, que no guarda relación con -su estado. Esta actitud es tan especial, que las mismas enfermeras de un servicio de neurocirugía no tardan en hacer el diagnóstico de tumor frontal tan sólo por la manera como se conduce el enfermo. Si bien a veces se equivocan, muchas aciertan.

Muchos enfermos asilados y ciegos tienen tumores cerebrales ignorados.

Todos estos signos de comienzo que acabo de exponeros, tienen suma importancia y deben ser recordados. Por sí solos no nos autorizan para hacer un diagnóstico exacto, pero son suficientes para aconsejar un examen completo del enfermo, que deberá ser casi siempre completado con una encefalografía o una ventriculografía.

En efecto, cuando se trata de precisar la existencia de un tumor cerebral, único en muchos

casos» el examen radiográfico de las cavidades ventriculares, visibles ahora con la inyección de aire, puede darnos una contestación negativa o positiva, de -la cual dependerá la elección del tratamiento.

No quiere ello decir que debemos prescindir de los otros modos de examen, pero no debemos tener una gran confianza en su valor, y sobre todo en el del examen neurológico. No debemos olvidar que puede inducirnos a error, y que muchas veces las conclusiones que de él se desprenden son falsas. Si, en especial, en Francia, se ha tardado tanto en localizar y operar los tumores cerebrales, es porque nos obstinábamos en considerarlos tan sólo desde el punto de vista neurológico, por tener olvidado el examen radiológico del cráneo y ser deficientes o mal interpretados los datos que nos proporciona, ocurriendo lo propio con los signos oftalmológicos de las neoplasias intracraneales.

Cuando se forma un tumor cerebral, obra sobre los centros nerviosos de varias maneras. Puede destruirlos, hecho excepcional, limitándose casi siempre a comprimirlos, cuando es extracerebral; a comprimir y disociar los elementos cuando es intracerebral. *Estos tumores se desarrollan casi siempre de un modo bastante lento, para que los elementos nerviosos tengan tiempo de escapar y adaptarse a su nueva condición. Algunos tumores pueden llegar a adquirir un volumen extraordinario, sin provocar ningún trastorno.* Tal ocurre, en especial, con los

Meningiomas, cuyo crecimiento es muy lento. En estas condiciones, fácil es comprender que el diagnóstico y la Idealización de un tumor cerebral es a veces muy difícil y que el número de los tumores que pasan desapercibidos es muy grande. Comprenderéis también lo muy difícil que puede -llegar a ser el precisar el asiento de un tumor por el solo examen neurológico.

Pero hay, además, otras razones que contribuyen a que esta dificultad sea mayor. A medida que un tumor cerebral va creciendo, dificulta la circulación sanguínea del cerebro, ya porque disminuye el calibre de una arteria importante, produciendo una isquemia relativa en un territorio nervioso extenso, ya porque dificultando la circulación de retorno produce edema en este mismo territorio.

Lo que debemos tañer bien presente es que *extensas zonas cerebrales pueden ver alteradas sus funciones por tumores situados a distancia, lo cual es unas nuevas causas de error.* Fácil es entonces comprender que un tumor que se desarrolla en una zona muda no provocará

Trastornos por el solo hecho de la supresión de esta zona sin funciones conocidas, pero sí podrá comprimir vasos que por allí pasan y dirigiéndose a una zona no muda producir por este mecanismo síntomas que forzosamente nos conducirán a una falsa localización.

Otra razón hace que casi siempre, por no decir siempre, sea imprudente hacer coincidir el centro supuesto de un tumor con un centro cerebral, cuya función está perturbada. Y es porque ' un tumor voluminoso puede muy bien, aun desarrollándose en una zona muda, rozar tan sólo por su borde el centro en cuestión y a poco que el portillo craneal no sea muy grande, la mayor parte del tumor quedará oculta.

Finalmente, *afecciones cerebrales hay que nada tienen que ver con un tumor y que, no obstante presentan una sintematología muy análoga.* Algunas encefalitis,, 'Ciertas aracnoiditis, determinados estados arteriales cerebrales pueden simular un tumor, en cuyo caso el más avezado neurólogo permanecerá indeciso

y resolverá la cuestión practicando simplemente una encefalografía. Pero, no es menos cierto que un médico avezado debe conocer los trastornos neurológicos y radiológicos provocados por los tumores cerebrales, y que en muchos casos antes de practicar una ventriculografía habrá hecho un diagnóstico que aquélla forzosamente confirmará.

Algunos tumores de naturaleza y de asiento constante, se traducen por un síntoma siempre idéntico que los denuncia casi con seguridad al que sabe observar. El tipo de estos tumores es el *neurinoma del acústico*, que se desarrolla lentamente en el nervio auditivo, provocando fenómenos cocleares, que son los primeros en presentarse (sordera, ruidos subjetivos, silbidos y zumbidos de oídos), fenómenos vestibulares (vértigos, nistagmus), parálisis facial ligera, anestesia más o menos acentuada en el territorio del trigémino, comunes a todos los tumores del piso posterior. Los demás tumores del piso posterior, si bien menos fáciles de localizar que el *neurinoma del acústico*, van acompañados, no obstante, de fenómenos cerebello-vestibulares, que cuando son acentuados, casi no dejan lugar a duda sobre la localización, que muchas veces puede hacerse sin necesidad de la ventriculografía.

Los tumores del istmo cerebral (protuberancia y pedúnculo) van acompañados de *-parálisis nucleares y parálisis de los movimientos asociados de los ojos*, que permite muchas veces loca-

lizarlos de un modo exacto y rechazar toda intervención quirúrgica, por ser estas lesiones inoperables.

Los tumores del *lóbulo temporal izquierdo*, cuando se traducen por una *hemianopsia homónima* y una *afasia sensorial*, pueden ser localizados con toda exactitud por la clínica. Otro tanto diré de los tumores de la zona motriz cuando van acompañados de *epilepsia Jacksoniana* bien localizada, con tal que este síntoma haya sido el primero en manifestarse.

Para la localización de los tumores de la punta del *lóbulo temporal* cuando son observados con la suficiente antelación, nos servirá para su localización la *hemianopsia homónima contralateral en cuadrante superior*, que es característica. Van a veces acompañados de *alucinaciones visuales y olfatorias*.

Los tumores del *lóbulo occipital* van acompañados de una *hemianopsia homónima contralateral* y casi siempre son confundidos con los tumores temporales al hacer un diagnóstico de tumor *téviporo occipital*.

Finalmente, los tumores del piso anterior, que comprimen el quiasma y se manifiestan por una *atrofia óptica primitiva* y una *hemianopsia bitemporal*, el solo examen clínico bastará para diagnosticarlos.

En estos casos, la radiografía constituye un suplemento exacto de información, poniendo de manifiesto una silla turca cuya forma está muy modificada, permitiéndonos a veces, no solamente precisar el asiento, sino

También la naturaleza del tumor. Es así que una silla turca de mayor volumen denota la existencia de un adenoma de la hipófisis, que concreciones calcáreas por encima de la silla permitirán diagnosticar un quiste congénito o bolsa de Rathke. y que la imagen de un voluminoso tubérculo de la silla hace sospechar la existencia de un meningioma suprasillar.

Hay un tumor del piso anterior, cuyo diagnóstico y localización pueden hacerse con gran exactitud cuando existen todos los síntomas que provoca. Me refiero al *meningioma del surco olfatorio, que está caracterizado por una anosmia unilateral, una atrofia óptica primitiva del mismo lado, un edema de la papila del lado opuesto, y muchas veces trastornos del carácter*. Por desgracia, es excepcional encontrar en toda su integridad este *síndrome, descrito por Forster Kennedy*, el gran neurólogo de Nueva York.

Es con toda intención que en este artículo, que escribo para los médicos prácticos, procuro

colocar cada cosa en su sitio verdadero. *Los signos útiles a los enfermos y a los médicos, son los que nos permiten reconocer la existencia de un tumor cerebral y no los que permiten localizarlo*, puesto que hemos renunciado hoy a localizar los tumores mediante la clínica, y que antes de operar apelamos siempre a la ventriculografía para apreciar la situación y la importancia de la lesión. Será, pues, *con la encefalografía y la ventrículo grafía, únicos medios de localización, que terminaré este Artículo*.

La idea de inyectar aire en los ventrículos, para hacerlos y síbiles con la radiografía, data de unos veinte años, pero este aire primeramente inyectado por vía lumbar. Tal es la encefalografía.

Poco después, en 1820, Dandy introdujo directamente el aire en los ventrículos al través de una pequeña trepanación posterior, por la que hace penetrar la aguja en el cuerno occipital o en la encrucijada ventricular. A

esto se denomina ventriculografía.

Vemos, pues, que la encefalografía nos conduce aproximadamente al mismo resultado. No obstante, cada una de ellas tiene sus indicaciones especiales. La encefalografía es muy fácil de ejecutar. No reclama ningún material especial, pero una vez inyectado el aire, no hay manera de extraerlo de los ventrículos cuando su presencia provoca algunos accidentes. Por otra parte, inyectando aire por vía lumbar, no es posible obtener una imagen de los ventrículos y, en especial, del tercer ventrículo y del acueducto, tan hermosa y tan clara como la ventriculografía, que permite obtener un ligero exceso de presión en el inferior del ventrículo y separar por completo las paredes.

Finalmente, si el cuarto ventrículo está bloqueado, no se obtiene con la encefalografía ninguna imagen. Creo que cuando estemos seguros de que existe un tumor y que sólo deseamos localizarlo, lo mejor es practicar una ventriculografía inmediatamente después de la operación. Por el contrario, cuando sospechemos un tumor cerebral, aun teniendo muchas dudas acerca de su existencia, es más cómodo y sencillo comenzar por practicar una encefalografía. Si esta última nos muestra que los ventrículos son perfectamente simétricos, que no están deformados ni desviados, deduciremos que no existe tumor y no iremos mas lejos.

Si, por el contrario, observamos alguna anomalía ventricu-

lar, será preferible practicar una ventriculografía, que nos suministrará todos los datos deseados, confirmando casi siempre los datos de la encefalografía, mostrándonos a veces que la disimetría ventricular es debida a una defectuosa repleción de los ventrículos por determinadas causas fortuitas (epéndimos con adherencias ligeras de las paredes ventricular es, por ejemplo). Creo deber mencionar aquí que *estas inyecciones de aire, practicadas con una finalidad diagnóstica, cuando dan un resultado negativo y por consiguiente, nos permiten afirmar que no hay tumor, pueden tener a veces un efecto curativo, convirtiéndose en un método terapéutico digno de ser tenido en cuenta*. Inútil decir que este hecho es susceptible de numerosas explicaciones, si bien éstas valen lo que todas las que no pueden ser demostradas. Es preferible hacer constar el hecho en sí, sin llevar las cosas más adelante.

No puedo entrar aquí en detalles prolijos sobre la interpretación de las imágenes ventriculares deformadas. Mencionaré tan sólo las deformaciones más importantes, las que nos ministran las indicaciones más seguras. La desaparición de un cuerno ventricular en la imagen de perfil, significa tumor de la región. La imagen de frente de los cuernos frontales revela a veces la ausencia de un cuerno frontal, que equivale a tumor frontal.

A veces, la sombra de los cuernos frontales y la del tercer ventrículo, son rechazadas ha-

cia el lado opuesto del tumor lo cual nos permite afirmar tan sólo en qué lado está el tumor, pero casi siempre la imagen de perfil y los signos clínicos, cuando existen, permiten precisar el asiento de la lesión.

Sombras ventriculares muy anchas y simétricas, significan tumor posterior, si el tercer ventrículo es bien visible; las mismas sombras, sin tercer ventrículo visible con un tercer ventrículo evidentemente encogido y estrechado, significan que existe un tumor, casi siempre anterior, que comprime el tercer ventrículo, o un tumor intraventricular que lo aplasta por com-

pleto. Si la parte anterior del tercer ventrículo es visible, hay grandes probabilidades de que se trate de un tumor de este ventrículo.

Tales son, expuestas de un modo sucinto, las enseñanzas que nos proporciona esta exploración radiográfica de los ventrículos: gracias a ella, podemos ahora diagnosticar y localizar el 98 por ciento de los tumores cerebrales, y operarlos de un modo precoz. No creo esté muy lejano el día en que la cirugía cerebral será, finalmente, una cirugía como las demás.

T. de MARTELL,
(Del Monde ¡Medical)

REVISTA QUIRÚRGICA

La Gonoreacción, elemento de Diagnóstico-test de la curación de la gonococcia

L. Jame, A. Jude y E. Ajalau en Paris Medical refieren que han aplicado al estudio de la infección gonocócica la reacción de fijación del complemento con la técnica del suero calentado usando como antígeno emulsión microbiana polivalente en medio acuoso constituido por la vacuna antigonocócica del Instituto Pasteur.

El interés de tal reacción es

nulo en la blenorragia aguda. La sensibilizatriz antigonocócica no aparece inmediatamente en la sangre. El máximo de reacción positiva se alcanza al décimo día. El porcentaje de positividad en los blenorragicos agudos es de 10 % del 1 al 5º día; de 50 % del 6 al 10 y de 80 % del 11 al 30 día. Después de un mes tuvieron 8 positivos en 8 casos. En la blenorragia crónica el valor de la reacción es relativo; una positiva permite afirmar la gonococcia; una negativa no significa nada. Sobre 24 ure-

tritis crónicas con gonococos resultaron 18 positivas y 6 negativas; en 47 casos datando de 4 meses a 9 años en que el germen había desaparecido desde muchos meses antes la reacción fue negativa en 37 veces y positiva 10.

El máximo de positividad lo alcanza la reacción en las complicaciones gonocócicas extra-ureterales: 3 en 4 epididimitos; 6 en 6 artritis blenorragicas en plena evolución uretral.

El cambio de reacción de positiva en negativa testifica la curación bacteriológica después de la curación clínica. Reacción que permanece dos veces positiva después de la curación clínica debe hacer sospechar la persistencia de un foco microbiano. La vacunoterapia modifica estas conclusiones: la positividad es más larga y sólo al cabo de cuatro meses podrá dar una enseñanza útil sobre la evolución de la enfermedad.

La Reacción blenorragica en el Líquido Cefalo-raquídeo

Cadrat en Annales de dermatologie y de sifiligraphie publica los resultados de 115 observaciones: 51 blenorragias agudas; 9 antiguas y 54 testigos tenidos como indemnes de blenorragia. Estima que la seroreacción es positiva en 60 % de blenorragias habitualmente complicadas; que persiste por mucho más largo tiempo que en la sangre persistiendo después de las curaciones clínica y bacteriológica; que existe sin otra alteración química o citológica del líquido;

que es independiente de la reacción de Wassermann pudiendo encontrarse ambas con su significado propio. Permite despreciar ciertas blenorragias latentes; en los testigos da 16 % de positivos. Cree el autor en la posibilidad de prestar servicios interesantes en el diagnóstico de las meningitis meningocócicas; en 3 contra uno da la probabilidad de tratarse de una blenorragia.

Úlcera crónica del pene en la enfermedad de Nicolás Faure

Cadercreutz en el mismo órgano de publicidad expone dos casos que chancro en nueve considerado por algunos autores como la lesión inicial de la linfogranulomatosis inguinal pero que él considera más bien como la supuración crónica de una vía linfática.

El virus de esta enfermedad se propaga por las vías linfáticas y su marcha no puede seguirse sino cuando ataca los ganglios inguinales; pero cuando se inicia precozmente se observa atrás del glande o en la cara interna del prepucio, se ulcera y sigue la marcha crónica.

Igual lesión puede verse, aunque excepcionalmente en la porradenitis; esa linfangitis pasa del dorso del pene al rafe, forma una infiltración y luego ulceración crónica análoga al estiomene vulvar con estrecheces del ano y del recto.

Teoría y práctica de la terapéutica en la litiasis reno-ureteral.

F. Lickiat en Munchener Medizinische Wochenschrift recuer-

El Mejor Médico: el Sol

La helioterapia es una cueación tan vasta que no puede encerrarse en 'los límites de un artículo. Nos limitaremos pues a estudiar sus efectos terapéuticos en la tuberculosis de los huesos, de las articulaciones, de las glándulas, del peritonio, etc. . .

Convencidos de que los focos de la tuberculosis osteoarticular no son sino manifestaciones de una enfermedad general, hemos empleado para combatirla, desde el principio, un tratamiento que extiende su acción no sólo a las partes enfermas sino a todo el organismo cuyo estado influye en la evolución de la enfermedad. Para realizar este tratamiento de doble efecto, practicamos la helioterapia general, aplicada metódicamente sobre todo el cuerpo con el fin de que recobre su equilibrio al contacto directo de esos dos raudos los diferentes métodos conservadores de tratamiento en las litiasis reno-ureterales:

I.—Expectativa con sedativos y antiespasmódicos opiáceos.

II. —Masaje ureteral.

III. —Aumento de la excreción urinaria por cura de bebidas abundantes.

IV. —Cateterismos ureterales.

V. —Uso de preparaciones hipofisarias excitantes del peristaltismo de las vías de excreción.

VI.—Aceites etéreos, sulfurdos, etc.

La ingestión de glicerina aconsejada por Herrmann en 1892 había sido olvidada. A dosis suficiente se elimina por las

generadores de vida: el aire y el sol. Pero para que el organismo pueda adaptarse, es necesario aplicarla según una técnica y un dosaje riguroso cuya regla hemos establecido. La helioterapia general inseparable del baño de aire, debe ser directa, es decir aplicada al cuerpo desnudo sin ninguna interposición, general, es decir que abarque toda la superficie del cuerpo lentamente progresiva, de larga duración y derivativa, es decir, que comience y termine en las extremidades para que pueda ejercer una acción descongestiva. Añadiremos que el baño de sol debe estar estrictamente individualizado, adaptado al clima, a la estación en que se practica, al estado de resistencia del enfermo, dosificado y regulado según las reacciones generales y locales del organismo.

Vías urinarias; ejerce una acción antiespasmódica clara y útil a la evacuación de los cálculos pequeños; exista el peristaltismo del uréter por su acción deshidratante sobre la mucosa; a dosis elevadas aumenta la diuresis.

No se han comprobado aun la influencia sobre la densidad, la viscosidad ni el papel disolvente que algunos le atribuyen

El autor aconseja como dosis.: 3 veces por día 50 gramos de glicerina pura 3 días consecutivos,. Contraindicación es una lesión renal avanzada.

S. PAREDES P.

Realizada en esta forma, la helioterapia es a la vez un tratamiento general y local. El baño al sol metódico es el regenerador del organismo y el mejor reconstituyente; además es el tratamiento racional de las lesiones de la tuberculosis quirúrgica gracias a la acción descongestiva, cicatrizante, resolutive y recalcificante de las radiaciones solares. Se puede asegurar que no hay un solo órgano del cuerpo que escape a la acción bienhechora del sol bien dosificado. Una de las razones que nos indujo a practicar esta helioterapia general, es la convicción del papel importante que desempeña la piel irradiada en la lucha del organismo contra la tuberculosis. La piel no es sólo un órgano de protección y de excreción, es un órgano esencial de la circulación. Se sabe que ciertas radiaciones del espectro amplifican la acción de dilatación y contracción de las arterias del dermis y de los vasos capilares. Provocando un aflujo de sangre a la superficie, la cura de sol general opera una descongestión de las viseras torácicas y abdominales, facilitando sus funciones vitales. La exposición al aire y al sol de los tegumentos, intensifica las importantes funciones del sistema nervioso que se dilata en la piel. Esta es un órgano de secreción y de eliminación en su estado normal y al mismo tiempo el órgano principal de la inmunización del cuerpo humano. En ella se depositan y se elaboran los cuerpos inmunizantes. A la acción de la radiación debe atribuirse la formación en la piel de la vitamina D, indispensable para la formación de los huesos y el desarrollo del esqueleto. Bajo la acción de la irradiación, se forma en los tegumentos una sustancia llamada pigmento que da a la piel ese color más o menos bronceado, que no es sino la expresión de la salud, a condición de quedarse dentro de los límites normales y no haber sido provocada una insolación excesiva, tan de moda en la actualidad. La piel normalmente pigmentada es la admirable vestidura prevista por el Creador. De este modo será insensible a los alfilerazos del frío, a las quemaduras del calor y nunca se verá en una piel bronceada granos, forúnculos o eczemas. Hasta las llagas rebeldes se cicatrizan al contacto del aire y del sol. Pero la acción de la radiación solar no se permita a la piel; se extiende también a los músculos que se fortalecen y desarrollan en forma armoniosa incluso en los enfermos inmovilizados. Esta poderosa acción del sol sobre los músculos se explica por la intensa afluencia de sangre a la superficie cutánea a través de las capas musculares subyacentes.

La acción solar se extiende de una manera igualmente favorable al sistema, gracias a las propiedades recalcificantes de la radiación para la estructura ósea. Al empezar nuestros trabajos, indicamos su utilidad en la cura del raquitismo. También contribuye mucho a curar la tuberculosis de los huesos, que siempre va acompañada de-

La acción solar se extiende de una manera igualmente favorable al sistema, gracias a las propiedades recalcificantes de la radiación para la estructura ósea. Al empezar nuestros trabajos, indicamos su utilidad en la cura del raquitismo. También contribuye mucho a curar la tuberculosis de los huesos, que siempre va acompañada de-

Una de calcificación en la región de los focos bacilares. Esta recalcificación, consecutiva a un aumento de calcio y de fósforo en la sangre, contribuyen en gran parte a la cicatrización de las lesiones óseas. Nuestra colección de 80.000 placas radiográficas, demuestra hasta la evidencia que no hay foco en el esqueleto, por profundo que sea, que resista a 'esta acción recalcificante y cicatrizante.

La influencia de la helioterapia en el ánimo de los enfermos es demasiado característica para no mencionarla. Basta ver 'a alegría y animación que reinan en una galería de cura solar para darse cuenta de la profunda sensación de euforia y de bienestar que produce el baño de sol y de aire juiciosamente dosificado. Hemos asociado a este último la cura de trabajo. Esta cura se ha revelado como un factor curativo de tal importancia que ¡hemos hecho de ella un verdadero' sistema terapéutico, 'creando la Clínica-manufactura.

La aplicación de la helioterapia general ha conducido a una serie de reformas radicales en el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas. Se han suprimido las operaciones de amputación y los aparatos de escayola y se ha creado una

racional cuyo principio consiste en dejar libre acceso al aire y al sol en todo el cuerpo.

En resumen, los resultados obtenidos por medio del tratamiento helioterápico en los enfermos que padecen la tuberculosis quirúrgica, presentan las siguientes características: fortalecimiento del estado general¹¹-, reconstitución de los tegumentos, de los músculos, de los ligamentos y del esqueleto, cicatrización de las llagas y fístulas. Favorece el funcionamiento de las articulaciones y evita las amputaciones irreparables, devolviendo a la sociedad en vez de inválidos obligados a vivir a su costa individuos capaces de ganarse la vida y de desempeñar un papel social y familiar. Los métodos de la helioterapia se aplican con gran eficacia en Leysin, Montaña, Davos y Arosa. Estas estaciones de altitud elevada gozan de una intensa insolación incluso en invierno y se hallan provistas de las instalaciones técnicas más perfeccionadas, lo que explica los sorprendentes resultados obtenidos en ellas.

Profesor A. Rillier, Leysin.

(Comunicado por la secretaria de la liga de sociedades de la Cruz Roja, 12 rue Newton, paris)

El Progreso de la Medicina

Por George I. Totvnsend.

Las Vitaminas.

Uno de los descubrimientos más importantes de los últimos veinte años en el ramo de la medicina es el descubrimiento de las vitaminas y de su gran importancia en la prevención de varias enfermedades, las cuales anteriormente se consideraban como misterios insolubles.

Desde el descubrimiento de las vitaminas, muchos trabajos se han hecho en los laboratorios con resultados casi increíbles. Sin embargo, tal es el progreso en el mundo científico en nuestra época, que nos acostumbramos muy pronto a las cosas nuevas y los descubrimientos llegan tan aprisa que no nos dejan tan tiempo para estar prevenidos.

Hasta ahora se conocen cinco vitaminas bajo los nombres A, B, C, D, y E. De las cinco la D está conocida hasta por el pueblo, pero la A tiene igual importancia en la medicina hoy día.

Las enfermedades que controlan las vitaminas se llaman enfermedades de deficiencia, pues cuando el organismo carezca de una o más de las vitaminas, demuestra los síntomas de estar enfermo. La fuente natural de las vitaminas son los alimentos. En ciertas regiones donde los alimentos naturales de la gente carecen de ciertas vitaminas se hallan las enfermedades de la deficiencia hasta el grado de

epidemia. Ya se ve la enorme esperanza nueva que se despertó cuando el químico logró el milagro de aislar y preparar las vitaminas. Hoy día se cree que las vitaminas están relacionadas a las hormonas.

La vitamina D, soluble en aceite, es antirraquítica. Se descubrió en el aceite de hígado de bacalao junto con la vitamina A. Este aceite debe su valor terapéutico solamente a la presencia de las dos vitaminas. Las primeras concentraciones de la vitamina D hechas del aceite de bacalao tenían el sabor desagradable de pescado. Luego se descubrió una nueva fuente de la vitamina en la levadura. La vitamina D se prepara naturalmente en el cuerpo animal. En las glándulas grasosas de la piel, en el hígado y en los sesos, se encuentra mucho colesterol. El colesterol siempre se halla en el cuerpo junto con ergosterol y el ergosterol, por la acción de los rayos actínicos de sol, se convierte en el isómero calciferol o sea la vitamina D. En los países donde hay bastantes rayos actínicos solares, hay muy poco raquitismo.

Para mantener la salud normal en el cuerpo se necesita alrededor de 0.05 miligramos de la vitamina D diariamente. Es-tando la vitamina D ausente, el metabolismo de cal y de fósfo-

ro está anormal y se desarrollan los síntomas: del raquitismo y de la caries dental. La vitamina D pasa de madre a niño entonces cuando la madre toma un tratamiento de una concentración de la vitamina D durante la temporada del embarazo y de la lactación, el niño demuestra mayor resistencia contra el raquitismo y la caries dental.

El proceso moderno para la preparación de la vitamina D, la cual se puede preparar en forma cristalina y químicamente pura hoy día, es muy interesante.

El químico Steanbock hace varios años descubrió una sustancia en el cornezuelo de centeno (el ergosterol) la cual cuando se sometía a la acción de los rayos ultravioleta se cambió por completo y el ergosterol irradiado contenía una cantidad apreciable de la vitamina D. Los rayos ultravioleta mientras al principio producen la vitamina, luego la destruyen. Entonces era necesario hallar el tiempo óptimo para la irradiación. En junio de 1925 se descubrió un método mejor para la irradiación. En vez

de emplear sola la lámpara al vapor de mercurio, se pasa el ergosterol por un grid de cuarzo mientras sigue la irradiación por la lámpara. El ergosterol pasa por el grid a una velocidad controlada. Por este proceso en 1926 la vitamina D fue preparada en escala comercial por primera vez. Luego el proceso fue comunicado al doctor Bourdillon, quien mejoró el proceso hasta el punto de perfección que tenemos hoy día. La fuente comercial del ergosterol ahora es la levadura donde también se encuentra la vitamina B.

El proceso del doctor Bourdillon es así:

El ergosterol se extrae de la levadura por solventes y se purifica. Se pasa el ergosterol purificado por el grid mientras procede la irradiación por la lámpara al vapor de mercurio. El ergosterol irradiado contiene además de la vitamina, otras sustancias como el lumisterol, que no tienen ninguna acción vitamínica, y el takisterol, que es una sustancia tóxica. Se descubrió que la vitamina puede formar una sal cristalina, el dinitrobenzoato de calciferil. Se

prepara entonces el dinitrobenzoato que cristaliza en cristales amarillentos y se purifica por recristalización. Ahora por hidrólisis se convierte a la vitamina D (calciferol), la cual cristaliza en cristales blancos con la punta de fundición de 116° centígrados, y tiene la fórmula $C_{24}H_{44}O$.

Las concentraciones de las vitaminas están dosificadas por unidades. La unidad de Córdwain es la más común para la vitamina D y es la cantidad mínima necesaria para prevenir el desarrollo del raquitismo en una ratita de tamaño mediano. La unidad standard es el poder vitamínico de un miligramo de una solución de ergosterol irradiado al uno por mil (pesa en Volumen: en éter. Esta solución se expende en frascos de 10 c.c. colorados pardos.

La vitamina A como la D es soluble en aceite. También se prepara en el cuerpo animal. La cantidad necesaria para la salud normal del cuerpo humano es 0.875 miligramos diarios. La vitamina A controla el crecimiento y mantiene la función normal de las membranas mucosas. La vitamina A también refuerza el poder de resistencia contra las infecciones bacteriales. El hígado almacena la vitamina y allí mismo se elabora una sustancia parecida, el carbohidrato Caroteno $C_{40}H_{56}$.

Druumond y Roseheim eran los zapadores en los trabajos con la vitamina A. Se descubrió en los aceites exprimidos de los hígados de los pescados. Tanto la vitamina A como la Caro-

tena con el tricloruro de antimonio da un color azul, un ensayo descubierto por los doctores Carr y Price, y aceptado como la prueba universal para la vitamina A.

La vitamina A más pura obtenida hasta ahora tiene un valor azul de 78,000 por el tintómetro de Lovibond con el tricloruro de antimonio. Para confirmar el ensayo se emplea el fotoelectroscopio según el cual la concentración de 78,000 azul tiene un coeficiente de extinción en la banda de 328 micromilímetros de 1,600. Las concentraciones de la vitamina A se ensayan fisiológicamente contra la xeroftalmia en las rallas. La unidad Standard para la A es el valor azul de 0.001 miligramos de caroteno. La caroteno del Standard fue preparada así:

Se escogieron muestras de caroteno de siete países distintos y se mezclaron, purificando la mezcla y envasándola en ampollas bajo una atmósfera de nitrógeno.

La vitamina A se prepara, para el comercio de los hígados mamíferos por absorción y destilación. La purificación por destilación en fracciones es posible solamente por la exactitud del aparato moderno. Se emplea un destilador molecular según Burch. La vitamina es la fracción que destila a los 136 grados bajo un vacío de un millonésimo de un milímetro de presión. Con este aparato es posible separar las fracciones seguidas con un alza de sólo siete grados de temperatura entre cada fracción seguida. La con-

centración del valor azul de 78.000 sólo se prepara en los laboratorios de la casa British Drug Houses Ltd., de Londres, hasta ahora, y se considera como la vitamina A pura.

La A tiene mucha aplicación. Su deficiencia causa la xerofthalmia y la piorrea, y deja que muchas infecciones bacteriales se desarrollen especialmente en las membranas mucosas. La placenta de la mujer tiene capacidad para almacenar mucho de la vitamina A. La administración de la vitamina durante los últimos meses del embarazo previene mucho las infecciones comunes después del parto. La A es un gran profiláctico también contra las infecciones de las mucosas de la garganta y de las narices, contra los catarros e influencias. La vitamina A tiene la fórmula $C_{20}H_{30}O$.

Las vitaminas B y C son solubles en agua. La B se halla en la levadura. Se compone de dos sustancias distintas: la B1 y la B2. En los Estados Unidos se

llama la B2 la vitamina G ahora. La B1 previene la pelagra y el beriberi y es un galactagogo de suma eficacia. La B2 previene contaminaciones. La B2 puede resistir una temperatura de 125 grados durante varias horas en la autoclave mientras la B1 se descompone en seguida con el calor. La vitamina B es antineurítica y se ensaya fisiológicamente contra la polineuritis en las palomas.

La unidad standar para la B es el poder antineurítico de 10 miligramos de la vitamina preparada del residuo que queda después de pulir el arroz. Se hace un extracto del residuo con agua y del extracto al valor de acidez pH 4.5, se absorbe la vitamina con kaolina. Esta preparación se prepara en Batavia, en Java.

La vitamina B también ejerce una influencia poderosa en la esterilidad sexual. Su administración en la esterilidad ha tenido buen éxito. La vitamina C se prepara en cristales hoy

día. Es el resultado de mucho trabajo por varios químicos, notablemente el húngaro Szent-Gyorgyi, quien la preparó en escala comercial en 1932. Este químico descubrió la vitamina por pura casualidad mientras experimentaba para aislar la sustancia que por su fácil oxidación causa la pigmentación que se nota en la piel de las personas que **sufren** de una enfermedad de la glándula suprarrenal.

Con mucha dificultad aisló la sustancia por **fin**, y la nombró Ácido Ascórbico. Este ácido poco después se reconoció como la vitamina C. En octubre de 1932 Szent-Gyorgyi obtuvo el proceso comercial para la preparación de la vitamina C. En Hungría crece una clase de ají, un cápsico rojo; de esa fuente se prepara la vitamina C del comercio. El ácido ascórbico tiene la fórmula $C_6H_8O_6$ y es la primera vitamina edificada por los procesos del químico orgánico en su laboratorio.

La función de la vitamina C es el mantener la estructura y la función de los capilares de la sangre y la distribución del oxígeno a los tejidos. La cantidad mínima necesaria para la salud normal del cuerpo humano es de 40 a 80 miligramos diarios.

La C se encuentra en los jugos frescos de las frutas cítricas como la naranja, el limón,

la toronja, y demás frutas de la familia rutácea. Es antiescorbútica. B' escorbuto no es común en nuestra época, pues desde hace muchos años sabemos que los jugos de las frutas cítricas lo previene. Das **cucharitas** de jugo de naranja contienen como cinco miligramos del ácido ascórbico.

La vitamina E todavía tiene poca importancia, pero se sabe que ejerce una influencia en la esterilidad sexual, como la B.

En el ramo de medicina, cada día trae cosas, nuevas. Las vitaminas ahora llaman mucha atención y poco a poco **aumentan** su valor y su importancia. Luego ocuparán su puesto en las farmacopeas del mundo. La D ya aparece en la nueva farmacopea británica del año 1932. He aquí un principio.

Los estudios del médico nunca acaban. Ninguna ciencia terminará mientras el globo terrestre siga en sus revoluciones alrededor del sol. La medicina es indefinitiva. Ayer las glándulas, las hormonas, las endocríneas; mañana quién sabe qué más; pero el médico ha de estar listo para estudiarlo, sea lo que sea. Homo sapiens, estudiante, pensador, hombre de acción. . . el médico.

(De Revista de la Facultad de Medicina — Bogotá).

Intoxicación por los barbitúricos

Sintomatología y tratamiento

Históricamente fueron Fischer y von Mering quienes, en 1903 obtuvieron la *malonilurea* o *ácido barbitúrico*, de donde proceden los derivados barbitúricos, siendo los más empleados, los siguientes, a las dosis consignadas: *Veronal*, dosis usual de 0.10 a 0.50 gramos y máxima de 1 gr. en las 24 horas; *Gardenal* o *Luminal*, a las dosis de 0.05 a 0.20 gr. y máxima 0.40 a 0.60 gr.; *Rutonal*, a dosis doble del precedente; *Dial*, a las de 0.10 a 0.20 gr.; *Numal*, que combinado con el piramidón, se utiliza bajo el nombre de *Allonal*; *Somnifene*, en dosis de 20 a 60 gotas por os y de 2 a 4 cm. cúbicos por inyección.

Aunque exista suficiente margen entre las dosis medicamentosas son frecuentes. Debe por lo tanto saberse en qué condiciones ocurren, qué sintomatología presentan y el respectivo tratamiento. Sobre todo porque siendo drogas de efectos valio-

sos e insustituibles, no deben ser eliminadas del arsenal terapéutico.

SINTOMATOLOGIA

Intoxicación aguda.—*Comienzo:* Puede tomarse como tipo el coma por el veronal. Los primeros síntomas de intoxicación aguda aparecen a los 20 o 30 minutos después de la ingestión del tóxico, más o menos rápidamente según el individuo esté o no en ayunas. Estado de embriaguez; náuseas, vértigos, abombamiento, en fase breve; puede existir cierta excitación y confusión, seguidas de 'estupor progresivo, sueño profundo y coma por fin.

Coma confirmado: enfermo acostado, absolutamente inerte, con completa resolución muscular; todos los reflejos, incluso el corneano, abolidos; sensibilidad tanto 'más abolida cuanto más profunda 'es la intoxicación. Pupila ora dilatada, ora contraída; reacción a la luz retardada o

suprimida. Pulso regular, vibrante a veces; tensión arterial algo descendida. Respiración con tendencia a caer, sin reves-tir nunca el tipo de Cheyne-Stokes.

Extrae la orina para investigar la presencia del barbitúrico.

En las horas que siguen aparece constantemente: 19 *Hipertermia*, que puede llegar a 40 y 41 grados. 29 *Signos de congestión pulmonar*, macidez de las bases, estertores subcrepitantes, a veces soplo tubario. 3º *Retención de orina*. En algunos casos se han observado contracciones tetánicas o clónicas; salivación y sudores profusos.

Terminación: A) En los casos no tratados el coma se torna cada vez más profundo: soma barbitúrico de Tardieu. La respiración cada vez más lenta y estertorosa, concluye por detenerse. El pulso en general se altera menos de prisa que la respiración: solo en las últimas horas se acelera, después se torna irregular, para desaparecer al fin. B) En los casos tratados las cosas se modifican con el descubrimiento de los efectos de la esticnina. En altas dosis la esticnina puede neutralizar la acción de los barbitúricos, pero como en general se ignora la dosis ingerida de tóxico y aún sabiéndola, como la neutralización no se hace peso por peso, sino que en parte depende de condiciones biológicas individuales aún no determinadas, se está obligado a ir inyectando dosis progresivamente útiles de esticnina, vigilando atentamente las reacciones del enfermo,

hasta que se alcance la dosis necesaria. En estas condiciones se observan complicaciones pulmonares, desfallecimientos cardíacos, sudores y otros signos de origen nervioso, retención de orina, oliguria a veces (300 c. c. y aún menos). Al lado de estas graves formas agudas, existen formas atenuadas de intoxicación.

Intoxicación subaguda. — A) *Síntomas neurológicos.* Embriaguez barbitúrica: conciencia disminuida, marcha de ebrio, estado que puede durar varios días. El enfermo no consigue mantenerse de pie; titubea como un ebrio con las piernas flojas; marcha en cuatro pies, inconsciente de su desequilibrio. De noche, al despertarse, puede caer y lesionarse. En otros casos existen trastornos de la palabra; disartria con una muy especial crispación de las comisuras labiales, muy distinta de la articulación pastosa del alcohólico, recordando en cambio muy de cerca a la disartria tremulante y trepidante del paralítico general. Por sí sola esta disartria puede caracterizar el envenenamiento. A ella se agrega un cierto grado de disfasia, dificultad para encontrar las palabras, confundiendo unas con otras, aún en el lenguaje escrito. Se observan parálisis oculares o en otras partes. Se ha encontrado nistagmus experimentalmente y en el hombre. Tardieu observó una oftalmoplegia externa, nuclear subaguda y fugaz. Ciertos autores han visto signos oculares comparables a los de la encefalitis letárgica; otros descri-

toen señales de excitación motora más o menos intrincadas con fenómenos pareto-atáxicos. El conjunto sintomático permite describir formas de embriaguez barbitúrica pseudo P. G., pseudo cerebelos», pseudo encefálica, etc.

B) *Síntomas Psiquiátricos*. En primer plano, perturbaciones del carácter: irritabilidad, conducta anormal, discusiones, recriminaciones, peleas, desorden en la casa. Al lado de esto, confusión mental. Al suprimirse el tóxico, todo entra en orden. Cuando ya se ha instalado una toxicomanía, el pronóstico se torna más severo.

TRATAMIENTO

En las intoxicaciones agudas

1° *sistemáticamente lavaje de estómago*, aunque haya transcurrido mucho tiempo desde la ingestión.

2g Colocar al enfermo con el *tórax -algo elevado* para evitar las frecuentes congestiones pulmonares.

3g *Medie acción sintomática* que mantenga el ritmo y el tono cardíaco, así como el ritmo y la amplitud respiratoria (respiración artificial, inhalaciones de Carbógeno o sea mezcla de O —

CO₂ al 5%, sí fuese necesario, etc.)

4° *Estricnina*, para modificar el sistema nervioso, en inyecciones repetidas por vía *endovenosa* y en dosis suficientes, muchos mayores que la permitida hasta ahora para otros fines: pueden ser prescriptas dosis de 1 y 2 centigramos cada vez, repetidas. La Dra. Bertrand Fontaine inyectó sin que el enfermo manifestase el menor signo de intoxicación, 39 centigramos de sulfato de estricnina en 64 horas; Marcel Brulé, en 5 días dio 46 centigramos. Pero en general, en la mayoría de los casos las dosis de 5 a 6 centigramos de sulfato de estricnina, bastan para obtener resultados satisfactorios. Un buen criterio para determinar la dosis de estricnina necesaria, es el examen clínico del enfermo, particularmente la aparición de síntomas que traducen el comienzo de la intoxicación estricnica (rigidez), contractura, hiperreflexia.) Pero para obtenerse buenos resultados, tres condiciones son necesarias:

1° Comenzar el tratamiento suficientemente pronto, después de la ingestión de la droga.

2? No estar en presencia de dosis muy elevadas del tóxico. Una vez alcanzado un cierto grado de impregnación de la célula nerviosa, el antídoto no puede dislocar al veneno.

39 Que no existan previas de hipersensibilización individual.

El mecanismo de acción de la estricnina en estas intoxicaciones es particular; es reversible, es decir que los dos cuerpos, barbitúrico y estricnina se neutralizan recíprocamente, porque en los animales estricnizados, los barbitúricos, no actúan, guardando relaciones entre las dosis de uno y otro cuerpo.

Medicaciones coadyuvantes.— Inyecciones repetidas de adrenalina o efedrina por vía intramuscular (J. Hebert, Babonneix); sangría y Ouabaína endovenosa, en casos de asfixia por edema (Bariety); Coramina (Denechan y Bonhomme.)

. Resumiendo:

19 Eliminar el veneno (lavaje de estómago).

29 Inyectar inmediatamente 2 centigramos de sulfato de estricnina en la vena y repetir cada hora, o 1 centigramo cada media hora, quedando a la expectativa por una parte de los pequeños signos de la intoxicación estricnina, lo que exige la disminución de las dosis y de la frecuencia, y por la otra a la mejoría o agravación del coma barbitúrico, modificando en consecuencia la terapéutica de acuer-

do a las necesidades del caso.

39 Prevenir las diversas complicaciones: a) cardíacas: Coramina, Hexeton, Cardiazol, Sulcanfor, etc.; cafeína, adrenalina, efedrina intramuscular, Ouabaína endovenosa; b) pulmonares: posición sentada, revulsión torácica, sangría, carbógeno, oxigenoterapia; c) urinarias: combatir la oliguria por el suero; glucosado iso o hipertónico por el sondaje aséptico.

En las intoxicaciones subagudas

Siendo en estos casos la dosis tóxica menos fuerte o en todo caso repartida en mayor espacio de tiempo, la mayoría de las veces la supresión del tóxico, la absorción de diuréticos, la inyección de tonicardíacos y de estricnina en dosis muy moderada por vía subcutánea, bastan para proporcionar una cura rápida y definitiva.

PRONOSTICO

En la intoxicación aguda depende: de la cantidad de tóxico ingerido del grado de resistencia «léi organismo, de la precocidad del tratamiento. Son malos indicios: la fiebre cuando pasa de 40 grados o cuando persiste; las complicaciones pulmonares; la fórmula leucocitaria: hiperleucocitosis sin fiebre, es de buen augurio, al paso que una fórmula normal o invertida, agrava el pronóstico.

Acompaña una larga bibliografía.

(Del Día Médico)

El arte de la Semiología en Patología Digestiva Su importancia

Por el Dr. Roger Savignac,

Gastroenterólogo consultante
del Hospital "Saint Antonie"
de París.

Mi excelente amigo, el delicado poeta Tristán Dereme, ha dicho en alguna parte y hace poco, que la Poesía era el arte de repetir los lugares -comunes en una forma nueva, esto es lo que me permite adelantar sin incurrir, yo espero, en un gran ridículo que la Semiología en medicina tiene una importancia de primer orden.

Yo no os interrogaré si habéis leído a Baruch, sino solamente si vosotros leéis los pequeños artículos que M. Ramond firma con demasiada modestia al final de los números de la "Presse Médicale." Su valor para el médico, todo el fruto que de ellos se puede extraer se volverían inútiles de dejarlos dormir bajo esta afirmación, pues son pequeñas joyas de semiológica, infinitamente preciosas para todo

práctico.

Pero yo quiero ir más lejos y afirmar que no hay rama de la medicina donde la cualidad de la semiología se imponga con más ventaja que en gastroenterología.

Permitidme contaros una simple historia que va a ilustrar este pensamiento.

Un día se presenta en el Hospital un hombre de una cincuenta de años, de buen aspecto general y que viene a demandar mi auxilio para aliviarse de un dolor que emponzoña su vida desde hace varios años. No se queja de otra cosa. No tiene fiebre; come bien, vientre al corriente; no tiene trastornos, urinarios y en fin, se sentiría perfectamente bien si este dolor, soportable por otra parte, por su intensidad, no le molestara y no

le asediara al fin por su constancia, su antigüedad y su resistencia a todos los tratamientos seguidos hasta aquí. Dolor que se presenta con localización izquierda en la base del tórax, en una especie de hemicinturón con dos puntos más precisos y más intensos: uno, debajo de la punta del omóplato y el otro, delante, debajo de la tetilla. Estos puntos y este dolor, desde luego, son únicamente subjetivos; la exploración más minuciosa de la región dolorosa no permite descubrir alguna zona objetivamente sensible. ./_&.

La piel está normal y jamás ha presentado erupción (zona). No hay modificaciones de la sensibilidad, las costillas y el raquis son normales. A la percusión y auscultación no se halla nada de importancia. El enfermo, es cierto, ha tenido bronquitis algo prolongada otras veces y tose todavía con facilidad. Pero se trata de un fumador y sus pulmones están indemnes de toda lesión. Nunca ha tenido pleuresía.

Estas primeras investigaciones, a pesar de la localización dolorosa, parecen permitir eliminar toda causa torácica parietal, ósea o nerviosa; o interna, pleural o pulmonar.

Habría que buscar en otra parte la espina provocadora de este dolor.

Después de haber estudiado en el espacio, pudiéramos decir, la localización de', dolor, nosotros nos proponemos hacer su estudio en el tiempo.

Siguiendo el interrogatorio más de cerca nosotros tenemos

que el dolor existe durante todo el día, más o menos fuerte, sin horario, casi constante, jamás influenciado por las comidas o la digestión, pero, en suma, muy soportable y que su máximo de intensidad es nocturno. Es por la noche que desvela al enfermo, haciéndose casi insoportable, dura varias horas imposibilitando al enfermo reconciliar el sueño.

Nosotros insistimos todavía en precisar más el horario en el transcurso de la noche. Es siempre, hacia la segunda parte de la noche, entre las 4 y 6 de la *mañana* que se despierta el enfermo se mantiene despierto. Vuelve a dormirse al alba y a veces después *ele hacer ana deposición*

Este horario nocturno, y esta pequeña y débil declaración de un alivio después de tener una deposición hará desviar nuestro interrogatorio hacia un estudio más minucioso de las funciones intestinales, a pesar que el enfermo, desde el primer momento, nos había afirmado la perfección de ellas.

Y en efecto, nosotros aprendemos entonces que aunque es cierto que el paciente tiene deposiciones diarias, éstas son pastosas, de olor bastante fuerte y acompañadas de gases fétidos. Nunca hay constipación, nunca las heces son modeladas. Asimismo no es raro que tuviera dos y hasta tres deposiciones pastosas en el día, por supuesto, sin cólicos, sin dolor y sin malestar general. Esta función se cumplía tan bien para él que nunca la tomó en cuenta y le parecía

perfectamente normal, y por tanto nosotros aprendemos también que su deposición matinal era muy precoz y bastante imperiosa y a veces correspondía su horario con el de *su dolor torácico*. A partir de este momento, 'el cuadro se torna más claro para nosotros.

Algunos signos objetivos, bastante débiles, pero que vienen a unirse al haz que nosotros estamos en camino de formar, nos van a ayudar a aclararlo y a precisarlo.

La prueba de la faja fue positiva, es decir -que levantando el vientre del enfermo, su dolor torácico se alivia en parte y se hacía por el contrario más intenso y neto de un modo brusco en dejando caer el vientre de nuevo. Además el enfermo había señalado que las fatigas, la estación de pie muy prolongada agravaban su dolor por el día y más fuerte la noche siguiente. A la palpación abdominal no se halló absolutamente nada sospechoso, nada de defensa, nada de sensibilidad parietal tampoco, nada de sensibilidad orgánica ni de 'espasmo o induración cólica. Ningún signo de estenosis intestinal. Pero a la exploración pro-

funda se desencadena un dolor neto, fijo, sobre los plexos ilíacos izquierdos, remontando bastante alto a todo lo largo de las regiones lumboárticas hasta la altura del hueco epigástrico, pero siempre a la izquierda.

Tacto rectal negativo. No hay antecedentes ni signos de sífilis (dolor nocturno) reflejos normales.

El examen a los rayos X confirman la integridad de la caja torácica, del raquis, de los pulmones, del diafragma (no signo de festón), pero mostraba una ptosis poco acusada y sobre todo el espasmo colon-sigmoidiano con un ligero grado de alargamiento del colon sigmoideo.

Así pues, poco a poco, por el interrogatorio cada vez más cerrado, por una investigación casi policiaca yo he llegado a través de este laberinto a atribuir este dolor a una colitis izquierda a predominancia sigmoidiana con ligero dolocolon sigmoideo y ptosis.

Esta búsqueda minuciosa y su conclusión no han carecido de importancia. Ellas me han llevado, en efecto, a dirigir una te-ranéutica causal: faja, vigilando

la enteritis. Y he tenido el placer de ver este dolor que había resistido desde hace varios años a todos los tratamientos más variados, desaparecer completamente y el enfermo venir a anunciarme su curación y su satisfacción.

No he tenido otra intensidad al contaros esta historia con detalles que mostraron por qué caminos tortuosos y **abandonados**, dirigido a veces por una pequeña indicación, he podido llegar a dar en el blanco.

Este ejemplo tan característico, así me parece, ha sido elegido al azar de entre miles semejantes. Pues no hay casi ningún caso que no ponga a prueba vuestra sagacidad.

Diariamente vienen los enfermos al médico quejándose de *su estómago*. Pues bien no hay más de uno en cada cinco que presenten lesión a causa gástrica.

El número de lo que yo llamo dispepsias secundarios es considerable. Es el hígado, el intestino, el apéndice, los órganos genitales, la ptosis, las perturbaciones nerviosas quienes constituyen la espina irritativa; pero es a nivel del estómago, o más; exactamente, a nivel del hueco epigástrico que el enfermo localiza su dolor. Esta noción de las dispepsias secundarias está preñada de consecuencias. Si uno se deja persuadir por el enfermo dirigirá su acción terapéutica hacia el estómago sin éxito. Una vez que hemos despistado la verdadera causa, el alivio y la curación misma son obtenidos con seguridad y rapidez.

En efecto, no hay órgano en que la fisiología sea más complicada que los órganos digestivos. No los hay tampoco que estén más ligados por las influencias de los unos sobre los otros. Será necesario insistir acerca de la interdependencia del estómago, el hígado y el **intestino**? En fin, no hay sistema que sea más sensible a los trastornos de los otros sistemas y donde los accidentes tengan repercusiones más importantes sobre todo el organismo humano. Ni hay otro, lo sabemos demasiado para que sea necesario insistir, que sea más sensible a las perturbaciones nerviosas psíquicas: el júbilo ayuda las funciones digestivas, la tristeza las sidera, paraliza nuestra función intestinal; el miedo, la emoción desencadenan una diarrea.

¿No se necesita ir más lejos? ¿Es que las causas externas no tienen efectos beneficiosos y perjudiciales sobre nuestro tubo digestivo más que sobre cualquier otro sistema de nuestro organismo? Yo no quiero hablar del papel enorme jugado por la alimentación, pero tampoco quiero por otra parte, pasar en silencio los efectos, pudiera ser más discutibles, menos demostrados, pero que se comienzan enjuiciar, las modificaciones cósmicas: altitud, clima, depresiones barométricas, tempestades, etc., etc.

¿No es esa una formidable complejidad y no tengo alguna razón al afirmar que para hallar el hilo de Ariadna que dirige al investigador en medio de este laberinto, inextricable a primera vista, hace falta mucho

cuidado, mucha paciencia, mucha ciencia, mucha perspicacia, cierto "olfato," en fin eso que yo **llamo** mucho Arte?

Y he aquí que estas múltiples razones *no* son las únicas: los enfermos del tubo digestivo tienen otro carácter distintivo casi particular y que hacen su estudio todavía más- difícil y es la gran pobreza y el poco valor de sus signos objetivos.

Podemos casi adelantarnos a afirmar que todo el diagnóstico descansa en el interrogatorio. La búsqueda de la intensidad y localización del dolor (nosotros sabemos que es delicada y falaz) la determinación de la forma y del volumen de un órgano, la apreciación de una defensa parietal, la búsqueda de un tumor y su localización, lo que en un abdomen puede ser de una dificultad insuperable, tales son los miserables signos objetivos con los que vamos a buscar un diagnóstico preciso. Son poca cosa y a menudo engañosas. Puesto que la seguridad que podemos esperar, salvo si se trata de un tumor neto, bien perceptible, es escasa.

Es por esto por lo que el gastroenterólogo recurre a los exámenes de laboratorio: examen de sangre, de orina, de jugo gástrico, de heces fecales, tubaje duodenal, etc., etc., y sobre todo como el auxiliar más precioso, el más rico, los rayos X. Mas. con todo eso no debemos obrar a la **ligera**, cuánto discernimiento, cuánto sentido crítico es, necesario para la interpretación de los resultados, ya se trate de los del laboratorio o de placas

radiográficas.

Así pues, de un lado, complejidad enorme de la fisiología y de la anatomía del tubo gastrointestinal, sensibilidad inconmensurable a las influencias de los otros sistemas de nuestro organismo y repercusión formidable de los trastornos, digestivos sobre toda nuestra individualidad; sensibilidad no menos grande a nuestras emociones, nuestro estado psíquico y reversibilidad de las perturbaciones digestivas sobre nuestro carácter y nuestra emotividad; igualmente sensibilidad a todas las influencias exteriores, ya sean lógicas y bien conocidas como las del aporte alimenticio, o más vagas, indeterminadas, pero demostrables, como las perturbaciones cósmicas; la pobreza extrema, por otro lado, de síntomas objetivos en los enfermos del aparato digestivo, hasta tal punto que hay que apelar a todos los exámenes de laboratorio, y sobre todo a los rayos X, para procurar dar base sólida al diagnóstico; todo esto parece acumular con placer las dificultades para tornar particularmente ardua la labor del médico.

Y por tanto, como en toda rama de la patología, el éxito de la terapéutica depende de la precisión del diagnóstico.

Esto es por lo que el gastroenterólogo debe ser una suerte de policía, de Sherlock Holmes, esto es por lo que la buena, minuciosa y sabia semiología debe ser su arte más sutil, completo e importante.

(De Vida Nueva)

La Infección Focal de origen Dental

Bustamante. — (*Casa de Salud Vctldecilla*, sesión de 8 de marzo de 1934.) — La extraordinaria abundancia de focos dentales de infección crónica, principalmente apicales, que hay en los habitantes de su región (Santander) le hace tratar este tema. Un 95 por 100 de las bocas de su Servicio contienen alguno de estos focos de infección.

Con el nombre de infección focal se determinan los efectos lejanos originados por focos bacterianos de inflamación crónica, en un estado latente, que evoluciona sin producir molestias y que pasan inadvertidos para el que los tiene; no entran bajo esta denominación los estados septicémicos o piémicos procedentes de focos inflamatorios agudos.

Los focos dentales de infección crónica pueden dividirse en apicales y marginales. Los primeros, que se localizan, en las inmediaciones del ápice dental, suponen la previa destrucción de la pulpa dental para su aparición y aquélla puede ser originada por la caries, los traumatismos (incluidos los de oclusión), pura infección hematógena. Siendo la caries uno de los factores etiológicos de aquellos focos, se explica bien su frecuencia en la provincia de Santander, donde la caries florece con abundancia desoladora.

Los focos dentales, de infección marginal crónica, constituyen la paradontitis y paradontosis y su origen se relaciona con causas exógenas o locales y

constitucionales o endógenas. Estos focos marginales, que son mucho menos frecuentes que los apicales, tienen, por otra parte, un interés muy inferior en la producción de la infección focal.

La génesis de los focos crónicos de infección apical es bien sencilla: una vez infectada y necrosada la pulpa dental, los gérmenes desbordan el foramen apical e infectan el espacio de este nombre, dando lugar, o bien a un estallido de paradontitis apical aguda que con o sin fistulización puede alcanzar luego un estado de latencia, o directamente a un foco latente de infección crónica, que en muchos casos la radiografía intrabucal descubre con gran precisión.

Todo diente muerto debe considerarse como sospechoso de constituir un foco crónico de infección apical y la experimentación así lo ha demostrado en muchos casos en que la imagen radiográfica era negativa.

Desde estos focos apicales los gérmenes o sus toxinas pueden ser transportados a órganos lejanos. Rosenow y sus discípulos sostienen que en todos los casos de infección focal hay transporte de gérmenes. Los bacteriólogos alemanes, y en particular Schottmüller, no han podido comprobar esto en sus experimentos en animales. El transporte de materiales se haría por la vía linfática, por la vía venosa o por entrambas. Siegmund ha encontrado en sus estudios, histológicos de osteítis apicales latentes, que en las venas de las

inmediaciones había restos de procesos flebíticos, hallazgo que acredita que en un momento u otro habían sido alcanzadas por el proceso y que el aislamiento de los gérmenes en el foco no era tan inocente.

La razón de que no todos los portadores de estos focos dentarios sean afectos de infección focal, es sin duda la manera distinta con que los diversos organismos y aun uno mismo en distintos momentos, reacciona ante la infección; bien pudiera ser que mientras en unos individuos se desarrolla una inmunidad, en otros sobreviniera una sensibilización alérgica de ciertos órganos o sistemas o aun de todo el organismo.

Entre las efectos lejanos más comunes en la infección focal, se cuentan las nefritis glomerulares, artritis y reumatismos musculares, endocarditis, miocarditis (Graff), iritis y temperaturas subfebriles sin hallazgo de trastorno orgánico que pueda justificarlas. Sobre todo, las enfermedades reumatoides están muchas veces ligadas a focos dentarios o amigdalinos de infec-

ción crónica.

El diagnóstico de los focos de infección es fácil en un gran número de casos y se hace por los signos clínicos y la imagen radiográfica. El diagnóstico de la infección focal, en cada caso, es muy inseguro, ya que hay que deducirlo del resultado obtenido al eliminar los focos de infección crónica; si a pesar de esta eliminación el trastorno lejano subsiste, siempre quedará la duda de si entre los focos extirpados estaría el causante de la infección focal o si, por otra parte, el trastorno lejano habría ya alcanzado tal autonomía que ya no fuera dependiente por más tiempo del foco de infección inicial y por tanto no se modificará con la extirpación de éste.

Para el autor, la terapéutica de los focos de infección dentaria se reduce a la extracción y] a la resección apical en los casos favorables para ello; del tratamiento de los canales radiculares, cree que no puede esperarse nada útil en relación con el asunto.

En sus enfermos ha visto curarse consecutivamente a extracciones dentarias, dos casos

de artritis, uno de reumatismo muscular, uno de febrícula de larga duración y uno de *Oedema stibile* Lassar.

Siempre que se sospeche hallarse ante un caso de infección focal, será menester el reconocimiento minucioso del sistema dentario, amígdalas, seno maxilar y aparatos urinario genital; por lo que alas amígdalas infectadas respecta mas beneficios reporta su extirpación temprana que tardia .

En la discusión el Dr. Usandizaga dice que los focos de infección bucal tiene extraordinarias importancia no solo como causa de enfermedades en el mismo individuo, sino porque además pueden producirselas a otros.

En este sentido, es muy interesante el recordar una epidemia de infecciones puerperales que se presentó el año 1927 en el Hospital Sloane, de Nueva York. En el transcurso de un mes, en un total de 163 partos,

se presentaron 24 infecciones puerperales, con nueve muertes. En el mismo tiempo, un niño murió de erisipela, una enfermera tuvo una **celulitis** del brazo con una grave septicemia estreptocócica y otra enfermera una peritonitis; las das últimas curaron.

Una investigación sistemática de todas las causas posibles de la infección no pudo demostrar que parte del personal tenia estreptococos en la boca y fosas nasales con la separación de estos servicios ceso la epidemia de infecciones puerperal.

Este ejemplo es una demostración palpable de la enorme importancia que pueden tener las infecciones bucales, principalmente entre el personal que tiene a su cargo el cuidado de los enfermos.

(De Revista Española de
Medicina y Cirugía)

NOTAS

Hacia la Nueva Moral. Educación Sexual y Matrimonio Controlado se titula la última publicación del conocido y exquisito escritor chileno Dr. Juan Marín R. que -con afectuosa dedicatoria envió recientemente al Director de esta Revista.

Nuevo motivo de agradecimiento y admiración por el laborioso y atento amigo que nos obliga a aumentar considerablemente la elevada estimación en que desde hace mucho tiempo le tenemos.

»—«

Segundo Redactor de esta Revista fue electo el Dr. Manuel Cáceres Vigil para sustituir al

Dr. Antonio Vidal, quien por sus múltiples trabajos se vio en la necesidad de renunciar. Ambos colegas han prestado desde la fundación de la Revista muy señalados servicios que los acrecí tan como socios prominentes de la agrupación.

»—«

A partir de este mes las sesiones de la Asociación Médica Hondureña tendrán lugar en el Barrio El Olvido, frente al edificio que ocupó anteriormente la Caja Nacional. Allí estará instalada también la sección de Canjes al servicio de todos los socios.

Las Jornadas Médicas de 1935

En la sesión ordinaria del mes de agosto quedó resuelto el temario para las Jornadas Médicas que han de celebrarse del 20 al 27 de julio de 1935. Fueron seleccionados puntos de interés general, siguiendo como en las anteriores, la misma norma de aportar el mayor contingente posible de conocimientos para el bienestar de la colectividad hondureña.

I.—Biología Hondureña:

- a) Talla, Peso, Superficie, Volumen del hondureño.
- b) Aparato Respiratorio.
- c) Aparato circulatorio.
- d) Sangre, Glóbulos, Hemoglobina.

II.—Régimen alimenticio del hondureño.

III.—Heridas penetrantes del abdomen.

Afecciones de la Vesícula Biliar. Colecistografía

IV.—Demografía Hondureña.

V.—La Tifoidea en Honduras.

VI.—Temas Libres.

Podrán tomar parte en las Jornadas todos los médicos, farmacéuticos, dentistas incorporados en la Facultad de Medicina.

Las personas que deseen tomar participación deberán comunicarlo a la Secretaría de la Asociación Médica Hondureña a más tardar el primero de junio, y quienes quieren publicar sus trabajos antes de las Jornadas, los remitirán antes del primero de mayo.

La extensión de los trabajos queda a voluntad de los autores, pero cuando su lectura dure más de media hora sólo se permitirá leer las conclusiones.