

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.
REDACTORES:

Doctor Manuel Larios
Doctor Manuel Cáceres Vijil Doctor José K. Durón
SECRETARIO DE REDACCIÓN: ADMINISTRADOR:
Doctor Humberto Díaz Doctor Henry D. Guilbert

Año V | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Marzo de 1935 | N° 53

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

El 15 de este mes fue de fiesta de cordialidad, de regocijo, de alegría para el gremio médico con motivo de la inauguración del nuevo pabellón de operaciones del Hospital General.

Asistieron las altas autoridades de la República, del clero, de las instituciones médicas y numerosa y selecta concurrencia que realzaron el acto, sin faltar los consabidos discursos y bendiciones.

El mundo hospitalario saboreó las delicias de excelentes viandas y vinos y los invitados las del espumoso y fresco champagne servido por las manos puras y gentilísimas de las Hermanas de la Caridad.

No sin razón celebramos un acontecimiento al parecer vanal porque la edificación de las actuales salas de operaciones y el instrumental están a la altura de los mejores de cualquier país avanzado por la arquitectura, disposición, servicios hidráulicos y eléctricos en un todo conforme lo exigen las modernas necesidades de la técnica quirúrgica. Una iluminación notable de lámparas scialíticas de gran potencia en cada una de las dos salas, para operaciones sépticas y asépticas, pisos de ladrillo blanco, sócalos de azulejo del mismo color; ausencia de ángulos, pintura finísima de aceite, puertas de vidrios opacos, amplias ventanas de vidrio que permiten la entrada de torrentes de luz.

El pabellón consta de una entrada central que conecta con los corredores de las salas de cirugía por un hermoso pasillo de 25 metros; a ambos lados de esa entrada están los baños, inodoros y lavabos para, uso del personal; vestuario, sala de esterilización, arsenal quirúrgico, departamento de lavabos; y una sala de anestesia

para cada una de operaciones y por último, en los extremos, a manera de alas, las salas de operaciones.

Ocho años hacía que suspirábamos por esa construcción, desde el traslado del antiguo edificio del Hospital del centro de la ciudad, que ahora jaloja los Ministerios, en 1926, al que actualmente ocupa. Vanos fueron infinidad de esfuerzos tendientes a realizar tan urgente obra, pobreza, indiferencia, intereses personales y hasta maldad manifiesta impidieron por ese período llegar a tan noble fin.

Al mismo tiempo y en el mismo instante se declaró también inaugurada la hermosa Avenida de la Paz de 14 metros de ancho y 900 de longitud que empieza en el puente del Guanacaste y termina en la puerta del Hospital.

Nos consta el interés desplegado de manera ostensible para concluir tan indispensables obras, del Presidente de la República, de la Lotería Nacional de Beneficencia, que costeó todo el valor y del Director del Hospital, nuestro consocio el Dr. Francisco Sánchez U. Para todos nuestra felicitación.

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 comunicano a la Secretaria 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 trabados queda a voluntad de los autores, pero cuando su lectura dure más de media hora sólo se permitirá leer las conclusiones.

METABOLISMO BASAL

DEFINICIÓN. — El metabolismo basal es la cantidad de calor expresado en calorías, producido en una hora por el sujeto mantenido en reposo a la temperatura de 18 grados en ayunas después de 12 o 14 horas a lo menos. Esta cantidad de calor está referido a metro cuadrado en la superficie del cuerpo.

MEDIDA DEL METABOLISMO. — Teóricamente la medida del calor producido se hace en un calorímetro. En efecto existen cámaras calorimétricas en las cuales se puede seguir la producción de calor de un hombre adulto; sin embargo el precio de estos aparatos no permiten vulgarizar su empleo. Para calcular el Metabolismo Basal existen métodos más simples. El análisis del aire de la respiración ha permitido llegar a este fin con precisión suficiente.

Por determinaciones directas se ha demostrado que un litro de oxígeno seco medido a cero grado y a 760 milímetros de presión, utilizado en las oxidaciones intraorgánicas corresponde a una producción de calor de 4,83 calorías. Según definición el metabolismo estaría expresado por las fórmulas: S

$$M. B. = \frac{4.83 \times V}{S}$$

en la cual V, expresa en litros el volumen de oxígeno consumido en una hora, medido a cero grado y a 760 milímetros de presión y S la superficie del cuer-

po expresada en metros cuadrados.

La medida del metabolismo basal por medio del método de los cambios respiratorios exige los aparatos siguientes:

19—Una máscara respiratoria, aplicándose exactamente sobre la cara del sujeto y provista de dos valvas, la una permitiendo el paso de la corriente del aire aferente, la segunda la de la corriente de aire eferente que debe ser recibida, medida y analizada. Las máscaras más empleadas en Francia son las de Tissot, con la máscara de guerra modificada.

20—Un espirómetro destinado a medir el volumen del gas expirado. Este se une al tubo eferente de la máscara y está provisto de un termómetro destinado a dar la temperatura del aire que atraviesa a fin de que puedan ser hechas las correcciones de temperatura necesarias para llevar el volumen de gas a cero grado.

21—Un Eudiómetro puede permitir hacer este análisis en buenas condiciones. Para obtener el aire destinado para el análisis se intercala legalmente entre la máscara respiratoria y en el espirómetro un gran frasco de cuatro a cinco litros que atraviesa el aire expirado. Este frasco se cierra herméticamente por medio de un tapón de hule perforado de tres agujeros por los cuales se hacen pasar tres tubos de vidrio. El primero A se dirige hacia la más-

cara y se sumerje hasta el fondo del frasco F. El segundo B el tubo eferente, su extremidad sobresale del tapón y se dirige al espirómetro. El tercero C, destinado a la obtención del gas es más complicado. Una rama, atraviesa el tapón cuya estrechidad sobre pasa; una segunda rama está provista de embudo. La tercera rama es perpendicular a las dos primeras; y una llave de tres vías, R, permite establecer las combinaciones entre las diferentes ramas. Por maniobras convenientes de la llave R, se puede llenar de agua A y B. Se conecta entonces B por medio de un tubo de hule igualmente lleno de agua con el reservorio del eudiómetro y podrá así obtenerse con toda seguridad un volumen de aire conveniente en el frasco R.

El aire introducido en el eudiómetro se mide su volumen V, su temperatura T y la presión P. Se absorbe el gaz carbónico por medio de la potasa midiendo el volumen desaparecido. En fin se absorbe el oxígeno por medio del fósforo anotando el volumen de oxígeno desaparecido. Así se obtendrán todos los elementos que se requieran para calcular a la luz el coeficiente respiratorio y el metabolismo basal.

La superficie del cuerpo se calcula generalmente por la fórmula de Meeh

$$S = 12.3^{1/3}/P^2.$$

Influencia de factores fisiológicos sobre el metabolismo basal

Primero: *Trabajo del corazón.*
—Durante el reposo en un in-

dividuo normal se estima en el cuatro por ciento la fracción del metabolismo basal que corresponde al trabajo del corazón. Ese trabajo siendo función de la presión y la rapidez de la corriente sanguínea, toda variación de éstos dos factores afecta de una manera especial el metabolismo. Esperiencias hechas sobre animales parecen demostrar que en ciertos casos las fracciones representadas por el trabajo del corazón pueden alcanzar el quince por ciento de metabolismo basal.

Segundo: *Trabajo del riñon.*
—No ha sido aún calculado en el hombre, pero en el perro representa el cinco por ciento del metabolismo basal.

Tercero: *Trabajo de los músculos respiratorios.* — Determinado en el hombre en reposo representa el quince por ciento de los cambios gaseosos totales.

Conclusión. — La actividad funcional inherente al organismo animal en reposo puede ser graduada aproximadamente en el 25 por ciento del metabolismo basal. El metabolismo basal verdadero será pues el 75 por ciento del metabolismo basal realmente determinado. Este metabolismo es llamado por los americanos. "Metabolismo Standard."

Influencia de los factores intrínsecos

1P—*Peso del cuerpo.* — Se ha reconocido en general que los organismos más bien constituidos desprenden mayor cantidad del calor sin embargo no

existe ninguna relación directa ni estrecha entre el peso total del organismo y la producción total de calor.

2¹?—*Superficie del cuerpo.* — Medidas cuidadosas sobre gran número de sujetos han hecho que se llegue a las conclusiones siguientes: a) las relaciones no son más que aproximadas, pues calculando para un mismo sujeto el valor del metabolismo basal por metro cuadrado se encuentran cifras un poco diferentes, b) aún en reposo la producción del calor no depende de la ley de Newton sobre el enfriamiento y así pues no es proporcional a la superficie del cuerpo.

Talla. — A peso igual, el individuo más grande tiene el metabolismo más elevado lo que se explica por una diferencia de composición pues el más grande es el menos gordo.

Edad.—Su influencia es muy neta. En el recién nacido el metabolismo aumenta o disminuye según las reacciones del sujeto. En la infancia está aumentado en un 25 % del adulto. Puede decirse que entre el nacimiento y la pubertad el aumento del metabolismo basal es de un 50 por ciento. En el adulto permanece constante de 20 a 30 años después disminuye lentamente hasta la extrema vejez. Así a los 80 es 13 por ciento inferior que los 30.

Sexo.—Los niños de los dos sexos presentan el mismo metabolismo hasta que el peso alcanza 11 kilogramos. A partir de este momento los varones tienen un metabolismo más eleva-

do. En los adultos esta relación es constante.

Composición del cuerpo

La relación de la sustancia grasa inerte a la proteína protoplasmática activa tiene una gran influencia sobre el metabolismo basal.

Glándulas vasculares sanguíneas >

A. Tiroide— Se sabe desde hace mucho tiempo que la secreción interna de la glándula tiroide afecta profundamente la nutrición y que ninguna otra glándula le puede ser comparada desde este punto de vista. Magnus Levy por medidas, ha establecido: 1?—Que en los mixodermatosos el metabolismo basal está notablemente bajo, bien que en ciertos casos se haya encontrado resultados análogos en individuos perfectamente sanos; 2q—Que la ingestión del extracto tiroideo aumenta la excreción de anidrido carbónico; 3<?—Que en los sujetos atacados de bocio exoftálmico los cambios respiratorios se encuentran aumentados.

La exposición de la tiroide a los rayos X provoca un aumento del metabolismo basal seguido de una disminución gradual. En un sujeto cuyo metabolismo basal era 35.4 por ciento por encima de lo normal, dos semanas después de una primera irradiación el aumento alcanza 38.7 por ciento para volver a 35.4 al fin de la tercera semana. Una segunda irradiación provoca al

cabo de una semana una elevación de 45.7 seguido de una caída de 17 por ciento al cabo de dos semanas más.

B. Hipófisis. — Se ha demostrado que en un perro hipofisectomizado las variaciones diarias del metabolismo en el mayor número de casos está disminuido. En la acromegalia el metabolismo basal está aumentado.

C. Suprarrenal. — La suprenectomía en el gato produce una disminución de 25 por ciento del metabolismo por el contrario en el conejo ha producido un aumento de la producción del calor y anhiurio carbónico y la aparición del síndrome complejo parecido al bocio exoftálmico.

D. Glándulas Sexuales. — La castración en el perro después de once días determina una baja muy neta de los cambios respiratorios. Este abajamiento de metabolismo después de castración parece no ser constante y no es observado sino un tiempo después de la operación.

E. Bazo. — Parece ser que esta glándula juega un papel importante en el metabolismo según las experiencias de Bennett.

Influencias de factores intrínsecos

1°.— *Temperatura.* — Según parece el frío produce un aumento del metabolismo mientras que el calor produce una disminución.

2°.— *Presión.* — Cuando la presión disminuye el metabolismo aumenta mientras que al au-

mentar la presión el metabolismo parece disminuir.

3°.— *clima.* — Diversos autores, reconocen que el metabolismo en los trópicos es inferior que en los mismos sujetos cuando se encuentran en climas templados.

4°.— *Raza.* — De todas las razas humanas la raza negra parece la mejor adaptada a los climas calientes. En el conejo se ha señalado una emisión creciente de calor con el aumento de la pigmentación de la piel.

5°.— *Régimen.* — Desde luego se debe notar que la alimentación provoca un aumento de la producción del calor pudiendo alcanzar el 17 por ciento. El café obra como estimulante causando un aumento de 8 por ciento. El Consomé produce un ligero aumento. Los hidratos de carbono provocan un aumento de 25 por ciento siendo un poco más elevado cuando se trata de glucosa o de levulosa. Las proteínas cualquiera que sea la cantidad ingerida producen un aumento de 25 por ciento que puede llegar hasta el 45 por ciento. Las grasas provocan un aumento muy inferior al observado por los hidratos de carbono y las proteínas.

6°.— El trabajo, los baños y ciertos medicamentos tienen diversas influencias sobre el metabolismo basal.

Variaciones patológicas del metabolismo basal

1°.— *Enfermedades del aparato respiratorio.* — Se citan determinaciones hechas en enfise-

matosos demostrando un coeficiente respiratorio normal no sucediendo lo mismo en el Que tiene un pulmón completamente adulterado.

2°—*Enfermedades del corazón.* — En los cardíacos se observan solamente pequeñas alteraciones del coeficiente respiratorio. El metabolismo basal aumenta al contrario en los disneicos no obstante que la disnea no explica por sí sola este aumento.

3°—*Enfermedades de la sangre.* — En la anemia perniciosa el metabolismo está aumentado. En la leucocitemia con anemia y debilidad se ha encontrado que el metabolismo era exactamente el mismo que en un individuo normal en reposo y al mismo régimen se ha señalado que una débil cantidad de colesteroína corresponde a un metabolismo basal elevado y que una cantidad grande de colesteroína a una disminución del metabolismo.

4°—*Enfermedades del hígado.* — En enfermos atacados del hígado no se ha encontrado más que ligeras variaciones de los límites normales y éste aún en casos severos.

5°—*Enfermedades de la nutrición.*

A. *Atrofia infantil.* — Cuando el peso de un niño es inferior al 65 por ciento de lo normal la producción de calor está disminuida.

B. *Obesidad.* — La mayoría de los sujetos obesos no presentan ninguna alteración y cuando ésta se presenta es debida a tras-

tornos de las glándulas de secreción interna.

C. *Gota.*—El metabolismo basal y el coeficiente respiratorio varía en los límites, normales,

D. *Diabetes.*— En los diabéticos se ha encontrado un aumento de metabolismo basal.

6°—*Enfermedades infecciosas,*

A. *Tifoidea.* — En la fiebre tifoidea se ha encontrado un aumento de término medio de 40 por ciento.

B. *Paludismo.* — Durante el acceso aumenta la producción de calor.

C. *Tuberculosis.* — El metabolismo basal puede ser normal o sub-normal. En los casos tóxicos con destrucciones de proteína del organismo el metabolismo aumenta en un 10 por ciento. En todos los febricitantes aumenta todavía en un 10 por ciento.

D—*Afecciones diversas.*— *Diversas* variaciones del metabolismo basal han sido encontradas en el Shock traumático, shock anafiláctico, intoxicación y enfermedades de la piel.

CONCLUSIONES

1°—*Variaciones normales.* — Hemos dicho anteriormente ciertos autores admiten como normales variaciones de más o menos del 10 por ciento, otros del 14 por ciento, tratándose de términos medios, pero en casos individuales puede llegar hasta el 29 por ciento.

2°—*Variaciones en condiciones normales.* — En lo que concierne a esto los autores están lejos de ponerse de acuerdo no

solamente sobre su importancia sino sobre su sentido. Recordemos lo que se ha dicho anteriormente a propósito de la ablación de las suprarrenales, el metabolismo en la diabetes, de la acción del clima, etc.

39—*Multiplicidad de factores que intervienen en el acontecimiento del metabolismo total.*— Tomemos como ejemplo ciertos hechos: todos los autores están de acuerdo sobre la influencia que ejercen las contracciones musculares sobre el **metabolismo** basal. En el niño los gritos aumentan el metabolismo en 200 por ciento, en los cardíacos y cardiorrenales el metabolismo basal es normal, pero se eleva cuando la disnea aparece. La estricnina no hace aumentar el metabolismo lo que demuestra la importancia de los factores secundarios que enmascaran la producción del calor por las contracciones musculares.

La conclusión que se puede obtener de estas notas es que el

estudio del metabolismo basal suministra preciosas indicaciones de orden cuantitativo que permitan apreciar el estado actual de nutrición de un sujeto. El tipo de las aplicaciones que se puede hacer y el control del tratamiento de ciertas afecciones como por ejemplo el tratamiento de los estados tiroideos por el extracto de la tiroides.

Querer ir más lejos haciendo de esta disminución un medio último diagnóstico nos parece es tremendamente peligroso, salvo en casos especiales. — Benedict, uno de los maestros en esta materia ha dicho: "El uso de lo que se llama el metabolismo basal o normal está lleno de peligros y la interpretación de los resultados no es una cosa simple. En efecto esta interpretación sobrepasa en complejidad a la técnica de laboratorio."

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, marzo de 1935.

RETENCIÓN AZOADA

No sólo en los pacientes de vías urinarias sino en todos los individuos que serán sometidos a una intervención quirúrgica cuando se sospecha un déficit renal debe hacerse sistemáticamente la dosificación del ázoe en la sangre para evitar los riesgos inherentes. La constante de Ambard y la prueba de la fenol-sulfon-taleina han contribuido con la dosificación del ázoe sanguíneo a disminuir considerablemente la mortalidad post-operatoria. Al contrario de la azoemia brightica la quirúrgica es curable por una terapéutica apropiada.

A; principio la retención azoada no se manifiesta con precisión, cuanto más por lasitud física, depresión moral, a veces raquia]gia.

A medida que la retención aumenta los síntomas van manifestándose poco marcados en las azoemias ligeras, mayores en las media-s y grandes. El aspecto es característico: piel pálida, anemiada, algunas veces amarillenta; anemia más o menos pronunciada llega hasta realizar el cuadro de la perniciosa. Somnolencia, estupor y astenia. Inapetencia y astado nauseoso; vómitos rebeldes, alimenticios o acuosos; sialorrea, hipo muy conocido y muy frecuente, precioso síntoma. Diarrea disenteriforme. Prurito acompañado de lesiones de rascado y pio-dermitis. Hemorragia, retardo de coagulación e irretractibilidad del coágulo, procedentes de la nariz o

gastro-intestinal.

Aumento de la cantidad de orina y disminución de la densidad, poliuria más acentuada por la noche debido al retardo de eliminación de los líquidos ingeridos por el día. Polaquiuria nocturna por la misma razón. En los prostáticos debe pensarse además en las lesiones renales para explicar la polaquiuria.

La retinitis albuminúrica puede manifestarse desde el principio como síntoma precoz de azoemia, por desgracia generalmente no se busca por falta de entrenamiento del médico o porque no busca el especialista. Este es el cuadro de una azoemia media.

En la grave la uremia es completa; el término etimológicamente es incorrecto; numerosos cuerpos tóxicos conocidos y desconocidos intervienen en su producción; desde hace mucho tiempo se ha demostrado fisiológica y clínicamente la no toxicidad de la urea; luego su encuentro en la sangre es simplemente una revelación del estado de insuficiencia renal y de los cuerpos retenidos que debiera eliminar.

La forma nerviosa o cerebral de la uremia se presenta con accidentes comatosos, convulsivos, delirantes y paralíticos.

La uremia gastro-intestinal se manifiesta por todos los fenómenos digestivos ya mencionados en la retención media muy acentuados.

La uremia respiratoria se exterioriza algunas veces por fenómenos disneicos, sin signos pulmonares objetivos, semejando hasta una crisis, de asma; respiración de Cheyne Stokes; crisis de edema agudo del pulmón con la muerte.

Sean los signos de uremia ligera, media o grande es el laboratorio el encargado de afirmarlo o negarlo por los procedimientos de exactitud de que dispone.

La dosificación de la urea sanguínea se hace así: tomar de una vena, en ayunas, 20 c. c. de sangre; 10 c. c. se mezclan a un volumen igual de ácido tricloracético al 20 % para precipitar las sustancias albuminoides. Después de agitar la mezcla se filtra y recoge el filtrado; en él será dosificada la urea poniéndolo en el ureómetro en presencia de una solución de hipobromito de sodio. Este descompone la urea en ácido carbónico absorbido por la soda y en ázoe libre; la cantidad de ázoe desprendido permite valuar la cantidad de urea.

De 2 a 45 cg. es la tasa normal de urea por 1.000. En el curso de las 24 horas se eleva ligeramente después de las comidas; pero no siempre la azoemia traduce una insuficiencia de la función ureo-secretoria, hay que saber darle su justo valor a este signo. La oliguria de los cardíacos puede falsear los resultados: el riñón trabajando a una concentración máxima, da un rendimiento menos bueno, es decir, que aunque elimina la urea en cantidad considerable con rela-

ción al volumen de orina no llega a eliminar la cantidad de urea normal en relación con la disminución de la orina. La hidremia tiende a disminuir la azoemia, pero en práctica no es capaz de reducirla considerablemente en la sangre.

Puede también disminuir el valor de la azoemia la alimentación muy pobre en materias azoadas que parecerá la retención azoada en los límites de la normal.

El cloruro de sodio puede aumentar la eliminación de la urea; está demostrado que baja la cantidad de urea en la sangre.

Enormes hiperazoemias tienen por substratum lesiones hiperplásicas del hígado, sin embargo puede decirse que no existe azoemia durable sin una insuficiencia marcada de la función ureo-secretoria del riñón.

Castaigne considera tres grupos de azoemias patológicas: Primero, azoemia límite con enfermos cuya urea varía entre 0,45 y un gramo. Segundo, azoemia fuerte de 1 a 3 gramos y tercero, hiperazoemia con retenciones mayores de 3 gramos.

Para el pronóstico en las enfermedades quirúrgicas no debe ceñirse estrictamente a las leyes de Widal; en general se admite que los pacientes con retención azoada de 1 a 2 gr. viven rara vez más de un año; la muerte es cuestión de meses cuando oscila entre 2 y 3 gramos.

La constante ureo-secretoria de Ambard tiene un gran valor para las pequeñas insuficien-

cias por ser de mayor precisión que la dosificación, en la sangre. En cambio no posee ninguno cuando pasa de Igr. El gran defecto es de hacerse únicamente en un tiempo insuficiente de la diuresis (90 minutos) ; causas de error son también la oliguria y las grandes hipertermias.

Recoger la orina por sondaje vesical previa evacuación completa. Se toman los primeros 40 minutos y luego 30 c. c. de sangre; se continúa recogiendo por 40 minutos más. La constante normal es de 0.075 a 0.080; será tanto más elevada cuanto la insuficiencia renal más considerable. El cirujano puede apreciar la cantidad de parenquima sano, es suficiente elevar al cuadrado la cifra resultante de la división de la constante normal por la constante del enfermo.

Chevassu considera como límite de operabilidad urinaria una constante de 0.120. La cifra es arbitraria y puede restar al paciente una operación salvadora.

La prueba de la fenol-sulfon-taleina puesta en evidencia por los trabajos de Gerathy y Rowñtree triunfa en pocos años como el método preponderante en la apreciación del funcionamiento renal. Al contrario de la azoemia y la constante de Ambard, no es influenciada por la oliguria, la poliuria ni la retención clorurada; solo los trastornos cardio-vasculares importantes pueden comprometer el débito de taleina por lentitud de la corriente sanguínea que disminuye la cantidad de sangre llevada a la célula renal. De aplicación simplísima esta prueba se

hace así: 6 miligramos Justos de fenol-sulfon-taleína o sea un centímetro exacto de la solución sen inyectados por vía endovenosa; desde el momento de la inyección empiezan a recogerse las orinas por una sonda en permanencia. En un sujeto normal la taleina empieza a eliminarse en los 10 primeros minutos; se recejen en un primer frasco durante 40 minutos y en un segundo durante 30. Sobre 70 minutos se hace la prueba.

Eliminación no menor de 45 % del colorante en una hora y diez minutos es normal; es el límite^P de operabilidad que puede bajar hasta 40 % en la gran hipertensión arterial.

Esta prueba concuerda, de un modo general con la azoemia y la constante Ambard; es siempre más sensible pero algunas veces aparece en contradicción con aquéllas.

En los prostáticos, por la oliguria o la retención clorurada la constante condena la intervención en tanto que la prueba taleínica la autoriza. El éxito operatorio dio la razón a la última. La inversa puede también presentarse, constante normal y débito taleínico defectuoso; en estos casos repetir las pruebas y si la segunda vez continúa la contradicción dar la preferencia al débito taleínico siempre P-J^V que indica más exactamente el valor funcional de los riñones.

En conclusión deben siempre practicarse las tres pruebas: azoemia, constante de Ambard y de la fenolsulfon-taleina. Las tres se pueden hacer al mismo tiempo: colocar una sonda vesi-

El Alma del Cirujano

El siglo que acaba de pasar ha acumulado tantas maravillas y tantos milagros realizados para que nuevos milagros y maravillas desconocidas puedan emocionarnos más. Nada nos parece im-posib'le, acojemos con indiferencia descubrimientos que ha 50 años hubieran asombrado el mundo. Solo tal vez -el descubrimiento de Roentgen en los últimos años ha logrado sacudir nuestro ánimo. Esa admirable y misteriosa luz, invisible a nuestros ojos, pero que traspasa los cuerpos impenetrables a nuestra vista, nos ha singularmente alterado, no porque habrá las puertas de un mundo desconocido, sino porque no lo esperábamos y porque se alejaba de todo lo que nuestra imaginación tiene costumbre de concebir.

Hay sin embargo una ciencia — es la cirugía— que en medio de la universal indiferencia, conserva el privilegio de no ser indiferente a nadie, sobre la que disertan con seguridad, preguntan con curiosidad y se informan con una emoción que tiene el mérito de ser sincero.

Es que la Cirugía nos toca de cerca, y que no hay ahora alguien que no la haya visto en

en permanencia y recoger la orina en un primer frasco, durante 40 minutos; la tomada de sangre que servirá para la azoe-mia y la constante se hace y seis miligramos para la última prueba son inyectados con la misma aguja que sirvió para extraer la

trar a casa de sus amigos, sus parientes o en la propia en rilas de angustia.

Sus éxitos toman a menudo caracteres de triunfo. Como los Dioses antiguos, hacen resurrecciones. Tiene sus creyentes, sus entusiastas y sus adoradores. Pero también tiene sus fracasos, tanto más dolorosos cuanto más

Viva la esperanzas que había hecho conservir, que provocan alrededor de ellos una especie de terror instintivo y profundo. La cirugía verdaderamente hoy la Res Sacra de los tiempos antiguos la cosa sagrada, a la que es necesario acercarse con temor

Y hablar con respeto como una Diosa que tiene en su mano soberana la vida y la muerte de los que sacrifican en su altar.

Nosotros sabemos que habrá tal vez en un día de sufrimiento necesidad de pedir su socorro y por eso suscita un interés universal.

Gracias, a las doctrinas Pastorianas la Cirugía ha hecho, en veinte años, más progreso que en todos los tiempos históricos, todas las acometividades y ambiciones le son hoy permitidas. Ha retrocedido los límites operatorios que hace

sangre en el mismo momento. Después un segundo frasco se deja por otros 40 minutos. Los frascos 1 y 2 sirven para la constante mientras que la taleina es dosificada en el 2 y 3.

O. M.

apenas un siglo hubiera parecido locura soñar y si se tiene el derecho de tener sus ataques no se puede impedir la admiración por todas sus audacias e inclinarse delante sus triunfos.

Pero si nadie ignora la potencia de la Cirugía, hay en cambio, todo un orden de sentimientos que nadie puede experimentar fuera de quienes los han palpado. Es el entusiasmo, es la pasión que inspira en quienes le han consagrado la vida.

El alma del Cirujano es una alma desconocida y las emociones profundas que la llenan y agitan no pueden ser analizadas sino por alguien que'las ha sentido.

Es fácil a los escritores y artistas ejercer su verbo y su talento a expensas de la Cirugía y quienes la sirven; es inagotable materia para disertaciones emocionantes y pinturas espirituales.

Nada es más simple que acusar y ridiculizar el cirujano, provocando la indignación o la alegría de quienes no tienen necesidad de él. Pero tal vez no es injusto tomar su defenza y mostrar que lleva en el fondo del corazón otra cosa que la sed del oro o el deseo de hacer ruido con su nombre.

Vivimos en la atmósfera de leyenda que largo tiempo han contribuido ' a mantener los cuentos y descripciones de operaciones de antaño. Se representa el cirujano como un ser brutal, insensible y cruel. Se le considera, cuando menos, dureza del corazón. Es evidente que nuestros padres necesitaban una

singular energía para comenzar cada día esa lucha salvaje con un enfermo sangrante y abatido que iba a operar. Tal vez el espectáculo sin cesar renovado de-s escenas r nieles tenía por resultado hacer los antiguos cirujanos insensibles en apariencia a los sufrimientos de los enfermos,. Pero yo estoy tentado de creer que esa insensibilidad na era sino exterior, y que más ie uno, bajo la máscara de una inquebrantable energía, escondía una emoción dolorosa que solo su fuerza de espíritu le permitía hundir en su corazón.

Ahora las condiciones no son iguales. Sin duda una cierta indiferencia física a la vista de espectáculos sangrientos sea necesaria, pero no habría que exagerar la importancia pues la Cirugía actual no se acompaña sino raras veces de los tenebrosos cuadros de antes. La anestesia suprimiendo la conciencia y el terror ha quitado al acto operatorio todo lo que en nuestros padres daba un carácter de horror y espanto. El espectáculo del dolor, los gritos del paciente chillando bajo el cuchillo o la sierra no l'o vemos más y no es sino en casos raros que consentimos pasar sin la ayuda soberana y bendita del cloroformo todo-poderoso.

En un error están aquellos, por conocernos mal, que no quieren ver en nuestra aparente frialdad que un soberano desprecio por la vida humana, y piensan que la práctica de la cirugía mata fatalmente en el alma de quien la ejerce toda dulzura y sentimiento. Estoy

convencido que muy al contrario, nada cultiva mejor esas nobles cualidades humanas y que nada hace nacer la piedad para los que sufren como el espectáculo cotidiano de sus dolencias.

En todo caso la insensibilidad no es ahora la virtud necesaria del cirujano; no es indispensable como algunos lo piensan, tener amor por la sangre; suficiente que no tenga miedo. Menos todavía lo es ser cruel y los que creen apasiblemente 'que no se hace cirujano sino para satisfacer instintos de verdugo, habían con excesiva ligereza de cuestiones que conocen mal. La verdad es otra y pienso que no hay en el mundo situación en la cual sea más necesario ser suave y complaciente con los que sufren, afable y persuasivo con los que sienten espanto por la operación, paciente con quienes no son. Pero la suavidad no excluye la energía, la persuasión puede correr pareja con la autoridad; una inquebrantable firmeza aliarse a incansable paciencia; hay cirujanos de aspecto de verdugos que saben hablar a los niños con una suavidad in-

finita y tienen el don de acompañar cuidados que dan palabras confortantes y consoladoras tan dulces a los pobres pacientes.

Lo cierto es que el ejercicio de la Cirugía requiere una indiscutible solidez moral. No hay hombre en el mundo que reciba más que el cirujano, la impresión de emociones poderosas, dulces, trágicas y dolorosas, de una variedad infinita, en que tal vez la diversidad sola permita soportar sin desfallecimiento la incesante repetición.

En las batallas que él libra, cada día cuyo juego es una vida humana, conoce la angustia, del peligro inminente y la satisfacción de la dificultad vencida. **Bruscamente** y sin transición pasa de la tranquilidad del espíritu en que le deja una operación regular a la inquietud súbita de un accidente imprevisto; el alma se tiembla pronto en esas ludias constantes y sacudidas súbitas.

No hay un solo acto de la vida profesional que no implique para el cirujano responsabilidades formidables. De cada una de sus decisiones, de cada uno

de sus pensamientos, de cada uno de sus actos y algunas veces de sus gestos pueden nacer los acontecimientos más felices o al contrario las consecuencias más trágicas. Es una función seria y tremenda la de un hombre que tiene a cada instante la vida y la muerte en sus manos; el oficio del cirujano es con frecuencia de una singular grandeza.

La responsabilidad del cirujano y las angustias que entraña no comienzan solamente con la operación, nacen desde el mismo instante en que toma la resolución de hacerla. Es en ese minuto supremo en que frente a frente de su sola conciencia, se decide a obrar, decidiendo la gran partida, fijando el destino. La salud o la enfermedad, la intrepidez o invalidez, la vida o la muerte están suspendidas de esa decisión meditada pero irreparable.

Sin duda hay numerosos casos, situaciones graves en que la Vacilación no es permitida: la operación se impone con una especie de evidencia, tal vez fecunda en sorpresas y emociones pero que el cirujano se dispone realizar con toda tranquilidad de espíritu y en plena conciencia de su deber.

Tal es el caso, tan común y tan grave de una hernia estrangulada, la operación no solo es necesaria sino que debe ser inmediata; una duda, un retardo de algunas horas será la muerte; la vacilación no está permitida y el retardo no tiene excusa; no hay derecho para abstenerse; pienso que hasta tiene

el derecho de operar aun sin el consentimiento del enfermo. Lo pienso y lo he hecho. En esas circunstancias creo que la voluntad del cirujano debe supereditar la de un paciente ignorante que no puede apreciar la gravedad de su rehuso. Suficiente proceder en público, delante testigos. Dos veces en el Hospital hice dormir, contra su gusto, enfermos retenidos por los compañeros a la fuerza, operados y salvados, a su pesar: agradecieron más tarde mi violencia. Si el caso se me presentara de nuevo, procedería en la misma forma.

La decisión no es menos fácil de tomar en un caso de hemorragia grave o asfixia amenazante. Cuando la sangre mana es necesario, cueste lo que cueste, detenerla, y cuando un obstáculo invencible estrangula las vías aéreas, debe por una traqueotomía inmediata llevarse con el aire la vida presta a partir.

Pero la situación no es siempre tan clara, y si razones graves pueden empujar a una operación, existen otras, no menos serias, que tienden a disuadir, pues todas las vacilaciones son permitidas. Por ejemplo, ciertas afecciones internas, en particular en las mujeres, que comprometen gravemente la salud, pueden, por complicaciones imprevistas, causar la muerte. Sin embargo esas afecciones podrían curar espontáneamente o bien por un tratamiento médico eficaz, en todo caso inofensivo. Una operación que con seguridad curaría rápidamente.

corre el riesgo, por poco sería que sea, de terminar por la muerte. El individuo sucumbido por la operación pudiera haber sido precisamente curado con el tiempo espontáneamente. En este caso doloroso por la decisión de proceder, decretó el cirujano la muerte. Así hay enfermos que pagan con su vida la salud devuelta a otros. Es el inevitable y cruel rescate del éxito. Pero en esos casos inciertos en que el cirujano se decide, tiene el derecho aceptando con calma la responsabilidad de la operación que ejecuta, porque cree de su deber hacerla, de sentir una emoción profunda, y toda la inexpresable angustia de una decisión irreparable.

Qué hacer entonces en esos casos difíciles? Vacilar? Ganar tiempo? Titubear? ante la responsabilidad de una decisión sin apelación? El cirujano digno de ese nombre no debe nunca retroceder delante ella.

Después de haber examinado el enfermo con toda la atención y solicitud de que es capaz, después de pedir, si es necesario, los consejos y experiencia de uno o varios de sus colegas, si alguna duda cabe en su espíritu: después de haber madura-

do y pesado el pro y el contra, comparado las razones que lo incitan a operar y las que lo detienen, después de haber calculado las probabilidades de vida y de muerte que puede dar el , abandono del enfermo y las que puede dar la operación, debe en su alma y conciencia, tomar la decisión, y cuando la haya tomado, firme, con calma, rechazando de su alma todo otro sentimiento que el de realizar lo que su conciencia le dice ser su deber, sin vacilación y sin decaimiento ir recto al fin.

La decisión operatoria requiere un alma firme, pero *es* en la operación misma donde se mide al cirujano. Cabe entonces distinguir entre las operaciones: muchísimas son simples, fáciles, sin sorpresas posibles, en regiones poco peligrosas, donde es sencillo moverse, que para llevarlas a cabo no se exige sino un poco de hábito y no causa la menor emoción en quien las ejecuta. Otras al contrario, a las que hago alusión, que acumulan todas las sorpresas y todas las dificultades; la menor falta puede seguirse de accidentes mortales, de hemorragias formidables, de síncope, de asfixias en las cuales el cirujano

no tiene mucha sangre fría para defender su honor; entre ellas las más graves, las más emocionantes, las que mejor permiten al cirujano dar su medida, no son, como pudiera creerse, las operaciones que se practican sobre las vísceras, del abdomen. Son las grandes intervenciones que se practican en la cara y el cuello. La abundancia y el volumen de los vasos que a la menor herida puede desatar una espantosa hemorragia; el paso de nervios cuya sola picadura puede detener los movimientos del corazón o de la respiración; la presencia de vías aéreas donde se introduce la sangre con estertores de asfixia, hacen de la extirpación de grandes tumores de la cara y del cuello, operaciones graves tremendas, fértiles en accidentes, que más que todas las otras ponen a prueba, al mismo tiempo que la habilidad del cirujano, la calma y firmeza de su alma.

Si se quiere conducir bien estas operaciones difíciles donde el más ligero error puede causar la muerte, aun inmediata, deben hacerse con tranquilidad, con mano que ninguna emoción tenga el derecho de hacerla temblar.

No todos tienen, hay que confesarlo, el ánimo sereno y la mano firme en el momento de tomar el cuchillo, para lanzarse a librar contra el mal en una implacable batalla, la sola en que puede triunfar; de todas las cualidades del cirujano, la calma es quizás la menos esparcida siendo la más preciosa. Des-

pués del aseo riguroso, absoluto, esa asepsia quirúrgica que en la práctica debe ocupar la vanguardia — es la primera garantía de éxito. En el curso de una operación difícil el cirujano trabaja con su cerebro más "aun que con las manos; esta no hace más que obedecer, el cerebro manda, es él quien desde el principio hasta el fin, debe tener la visión clara de la tarea a realizar.

La calma más completa, la más perfecta posesión de sí mismo, el dominio absoluto sobre los movimientos de su alma y las impulsiones de sus nervios, son cualidades necesarias y hacen que en los momentos más críticos del cirujano no tiemble que ninguno de sus gestos se precipite, que no parezca jamás más tranquilo que cuando las circunstancias parecen forzarlo a ser menos.

Después de la calma, no hay cualidad mejor ni más útil que la paciencia en numerosas ocasiones requeridas pero es sobretodo durante una operación larga y difícil donde es necesario ponerla a prueba. Es frecuente en el curso de los accidentes y sobre todo de incidentes que vienen a complicar una operación, ver el cirujano impacientarse; la torpeza o inatención de un ayudante, el mal funcionamiento de un instrumento, la fragilidad de un hilo que se rompe en el último momento la imposibilidad de un vaso encaprichado en dar sangre y otros mil menudos incidentes tienen el don de enervar al más apacible cirujano y al-

gunas veces, cuando se repiten, exasperar el carácter más sereno. Es para el operador una cualidad preciosa quedar insensible a las picaduras de alfiler y conservarse tranquilo delante esas irritantes contrariedades que en frente de los accidentes y complicaciones más terribles. Nada es más desconcertante para los ayudantes que la nerviosidad del operador. La impaciencia, los gritos, la cólera son detestables medios de llevar la calma a los espíritus y el orden en malandanza en una operación y es el mejor medio de quitar a los ayudantes turbados la poca sangre fría que les queda como haciendo notar con dureza las faltas o su torpeza.

Debe entonces ser tanto más calmo, impasible, suave con los ayudantes, cuando la partida está más comprometida y la situación más complicada. Solo al precio de sangre fría y buena voluntad de todos, el cirujano sacará limpio su honor de las grandes dificultades y el mejor modo de devolverlo a quienes han perdido la sangre fría, la calma y presencia de ánimo, es conservándolos él mismo.

Varios elementos pueden contribuir a dar a una operación un aspecto de verdadera belleza: la diligencia, precisión, delicadeza, la elegancia y originalidad de los procedimientos empleados, el sentimiento de seguridad que da una ejecución perfecta, la destreza del cirujano y la rapidez con que opera, la gravedad de la operación y la duda de que en un momento dado pueda terminar por una catástrofe repentina, todo, hasta el horror de ciertas intervenciones sobre la cara y las mandíbulas, dan a esas operaciones sangrientas una especie de grandeza trágica.

Cuando varias de esas condiciones se reúnen y el cirujano ejecuta con tranquilidad y sin emoción aparente, al mismo tiempo con precisión, elegancia y rapidez una de esas operaciones graves que hacen estremecerse a quienes la presencian, y en el curso de la cual puede a cada segundo ser sorprendido por cualquier accidente fulminante, la operación entraña para quien la realiza y quienes la asisten las más poderosas emociones y

merece que se inclinen ante su belleza.

Algunas veces ciertas operaciones adquieren para el cirujano una excepcional importancia. La rareza del caso, la dificultad de practicarla, la gravedad de los accidentes que pueden sobrevenir y transformarla en catástrofe, el sentimiento de la responsabilidad que implica y el temor de su reputación cuando opera delante una concurrencia numerosa, como se hace y debe hacerse en los servicios hospitalarios; todos esos sentimientos reunidos son suficientes para provocar en él excitación cerebral que exalta su potencia y multiplica sus facultades. Por ello se explica la alerta de la noche anterior a la operación de su pensamiento vigilante. No hay uno de nosotros que no haya a menudo, durante gran parte de la noche, soñado con la operación del día siguiente, confusamente o el contrario representándola con una precisión maravillosa en las diferentes peripecias y accidentes posibles. Se sabe con qué actividad, en el silencio y oscuridad de la noche, trabaja el cerebro y qué intensidad pueden tomar las imágenes que elabora. Es a veces en esas condiciones que el cirujano combina el plan operativo al que deberá el éxito.

Y en la mañana, a la hora de llegar al hospital, una vaga inquietud y una especie de indefinible incomodidad vienen a recordar al cirujano que cada segundo le acerca del gran acto que va a comenzar.

Llegó la hora. El enfermo hundido en ese sueño divino que le transforma en el único indiferente al espectáculo está allí, acostado, bajo el ojo del ayudante responsable del sueño. Todo está listo.

Entonces, en el momento de acometer una operación verdaderamente bella, que el cirujano siente pasar en su alma un soplo de escalofrío que le exalta y eleva y da a todo su ser como una nueva potencia. Siente su pensamiento más límpido; sus movimientos más seguros, sus músculos más ágiles. Pero si alguna vez su corazón acelera sus latidos, la mano debe permanecer firme y su frente guardar la calma y tranquilidad!

En general, la operación empezada, una especie de escape se produce, como sucede ordinariamente en el momento de realizar algo por mucho tiempo esperado; a la ansiedad febril que provoca la espera de posibles dificultades, sucede la calma que nace de la visión clara de las mismas.

Pero si la emoción desaparece para avivarse solo delante alguna complicación repentina, hay otras impresiones que vienen a repartirse en el alma del cirujano. El sentimiento de la dificultad vencida, la conciencia de la ejecución brillante y segura de una maniobra, la facilidad misma de una operación que su simplicidad no impide ser grave, de la cual depende la salud del enfermo, se acompañan naturalmente de un sentimiento de suave y agrada-

"ble satisfacción nacida de la certeza de triunfar del mal y devolver a quien le ha confiado la vida, la salud que vino a buscar en sus manos. Esas son emociones dulces y plenas de encanto, del mismo orden de las que experimenta todo hombre cuya alma se extiende y reposa en la conciencia de una obra útil o simplemente en el recuerdo de una buena acción; pero hay a veces emociones susceptibles de crueles desquites que no siempre vienen de un accidente grave, de la súbita complicación en el curso de la operación poniendo en peligro inmediato la vida del enfermo. Cuando, por ejemplo, una hemorragia repentina inunda de sangre el operado y el operador, este cuya sangre fría no debe abandonarlo, su calma no debe traicionarlo, no tiene toda la actividad física y cerebral para buscar el vaso que sangra y emplear los medios adecuados para impedirlo. En tanto que hay sangre el cirujano no debe pensar otra cosa que detenerla. Todos sus esfuerzos, sus pensamientos serán dirigidos hacia el solo y único fin sin tener en esos gra-

ves instantes ni el tiempo y medios de preocuparse de otra cosa. La actividad ahoga la emoción.

Pero sin ser tan dramáticos ni impresionantes para los espectadores, algunos casos provocan en el cirujano una ansiedad mucho mayor que son la fuente de emociones dolorosas. Hay en efecto, complicaciones operatorias que pasan desapercibidas de todos, salvo del cirujano y de sus ayudantes, y a veces sólo el cirujano que las siente más que las ve.

Esas complicaciones pueden ser las más serias y entrañar, no inmediatamente, sino en los días siguiente, accidentes graves y de consecuencias mortales tal vez. Se concibe todo lo que puede haber de profundamente doloroso para el cirujano de percepción clara que el enfermo puesto en sus manos está en peligro de muerte, mientras que con un poco más de suerte, mejor dicho, un poco de más atención hubiera sido la curación, la salud, la vida.

Así es este oficio tremendo donde un segundo de distrac-

ción o al contrario do atención sostenida hacia otro lado, de un movimiento lento o muy precipitado, de un esfuerzo brusco o muy moderado que dependerá el resultado fatal. Así es y no puede ser de otro modo, porque la cirugía no es una ciencia matemática y porque los cirujanos son hombres. ,

Las circunstancias no son de *Ms* menos crueles, y si, a pesar de que su mano tiemble y su calma le abandone, la frente del cirujano se oscurece, si su ojo se llena de amargura y desaparece la alegría, es que se acusa de una desventura en que la fatalidad es más responsable; esa alma de bronce que debería endurecer el incesante espectáculo del dolor y de la muerte, es cuando se agita en sí misma el terrible problema de la responsabilidad, presa de doloresas tempestades.

Necesario es decirlo, los maravillosos progresos de la cirugía contemporánea nos han vuelto así. En la mayor parte de las enfermedades — es decir las quirúrgicas — la curación es la regla, la muerte la excepción. Si bien los operados cuya convalecencia sigue un curso normal sin incidentes dignos de ser notados, están sujetos a la ley común y que la costumbre reduce de más en más, para el cirujano, la legítima satisfacción que debe resultar de ese gran acto consistente en devolver al semejante la salud o la vida.

La muerte, al contrario, viene a sorprenderle tanto más dolorosamente cuanto más rara ñe l-a hecho. Treinta años hace.

apenas, cuando la veían sobrevenir, los cirujanos pensaban con toda la sinceridad de su alma y la paz de su conciencia que era fatal. Maldecían a la naturaleza por haber creado la infección purulenta y la septicemia; prometían una estatua de Oro a quien desterrara de las salas de Hospital esos flagelos todopoderosos; pero su alma quedaba impasible, pues no podían reprocharse desventuras de las que no se creían responsables.

Ahora conocemos las causas de la muerte, las conocemos tan bien, que casi logramos impedir la. Es por eso que cuando, a pesar de todos nuestros cuidados, precauciones, esfuerzos, vemos sucumbir un operado, estamos invenciblemente impelidos a discutir el doloroso problema de nuestra responsabilidad directa en la catástrofe. Un ejemplo de conciencia angustioso, en que sólo frente a sí mismo, nos preguntamos si no hay algún reproche, si procedimos correctamente, si hemos sido verdaderamente el buen cirujano, ejecutando en toda conciencia lo que creyó deber hacer.

Sin embargo no todos los fracasos nos afectan con igual importancia; la intensidad de nuestras impresiones dolorosas varía al infinito con las enfermedades y también con los enfermos. Hay una gran diferencia, a este respecto, entre el agonizante que sucumbe después de una operación dirigida contra una enfermedad mortal en corto tiempo y el enfermo que muere después, de una intervención destinada a curar

una afección no mortal, compatible con la vida o con un estado general satisfactorio. Ejemplo: un individuo presenta una peritonitis difusa: el diagnóstico es exacto, el caso es muy común para que un cirujano experimentado se equivoque; la situación es desesperada; es evidente que en 24 o 48 horas la muerte llegará sin que ningún tratamiento pueda traer la esperanza de retardarla un momento. Sólo una operación, una amplia abertura del abdomen inundado de pus, tiene débiles probabilidades de contener el mal y la muerte; no son raros los pacientes que deben la salud a una de estas operaciones supremas que resuscitan tal vez uno sobre diez. Es entonces cuando se tiene el derecho de decir que el enfermo sucumbe, muere, no de su operación, sino a pesar de la operación y ciertas burlas de los que creen deben sonreír de ese modo de hablar no pueden contra la verdad.

El cirujano opera y algunas horas después el enfermo sucumbe; es evidente que en esas condiciones, mientras su conciencia nada la reprocha, mien-

tras que en el fondo de su razón siente la íntima satisfacción de haber cumplido con su deber hasta el extremo y haberlo esperado contra toda esperanza la impresión de la muerte no tendría el carácter que sigue fatalmente a una operación menos urgente, una catástrofe inesperada, en que por la decisión tomada, el cirujano es involuntario pero indudablemente e artífice.

En los numerosos casos desesperados de la cirugía de urgencia donde la salud del enfermo impone una intervención inmediata, como sucede por ejemplo, en -ciertas hemorragias internas, tan comunes en las mujeres, que pueden causar la muerte en algunas horas, no es muy raro ver sucumbir la enferma en el curso de la operación!

Cierto, es una profunda emoción, -que nos constriñe el corazón en el minuto en que va la vida a dejar el cuerpo que palpita aun bajo el cuchillo y apenas se le ha acostado sobre la mesa sangrienta con la esperanza de arrancarla de la muerte! Nada da una impresión más fuerte de la fragilidad de la vida que esta? catástrofes súbitas.

Casi siempre esos enfermos cuya vida está próxima a partir, "han conservado hasta lo último una lucidez perfecta, una integridad cerebral absoluta, dicién-doles palabras dulces y persuasivas que hacen aceptar el último medio de salud, algunos minutos apenas antes del momento supremo de pasar insensiblemente del tranquilo sueño de la, anestesia al profundo de la muerte. El contraste entren-ese cuerpo aun caliente que tío eg^ sino un cadáver de ojos apagados y el cuerpo vivo, cuya-mirada, instantes antes, brillaba con inteligencia, es tal vez espectáculo que nos muéstrala. lo la forma más sorprendente, pero sin duda la más suave, te-tía la simplicidad de ese gran acto de la Muerte, que no altera los espíritus fuertes y no tiene misterio y obscuridad sino para los cerebros nebulosos de los teologales y los filósofos enfermos de metafísica.

Las muertes rápidas, inmediatas, de enfermos agonizantes, no son las que causan al cirujano las emociones más dolorosas. Libra hasta el extremo el buen combate, feliz cuando puede arrancar a la muerte una víctima ya condenada, pero satisfecho también, si no ha podido vencer el destino, de haber cumplido su deber.

- Las impresiones del cirujano son comparables, cuando el paciente que le busca sin estar .amenazado de muerte inminente está atacado de un mal que no perdona.

Tales son los desgraciados, en gran número presas del abomi-

nable cáncer. Esa odiosa afec-ción nunca cura espontáneamente. Mata siempre y mata lentamente. Sus víctimas, por que estamos reducidos a desear-les una muerte rápida, sufren y agonizan durante largos meses o interminables años antes de ver llegar la muerte libertadora.

Y bien pienso yo, sinceramente, es imposible arrepentirse de haber, intervenido cuando uno de esoit infelices sucumbe a consecuencia de una operación intentada para curarlos o aliviarlos. He dicho para curarlos, por csá'da que parezca la palabra a quienes pretenden que el cáncer no se cura, porque tengo la convicción que operaciones amplias, extirpaciones extendidas pueden triunfar del implacable mal, siempre que sus ratees no se 'hayan extendido demasiado. Desgraciadamente es imposible .reconocer los límites y por extendidas que sean las operaciones contra él dirigidas, sucede a menudo que son insuficientes todavía y algún inaccesible germen del mal escapa al cuchillo buscador. Pero sucede también que el foco canceroso cuando no es de fecha muy antigua y no ha llevado muy lejos sus cadenas invasores, operaciones audaces, extendidas, desmesuradas, pueden circunscribirlo, extirparlo en totalidad, y vencer el mal que muchos médicos y aun cirujanos consideran como invencible.

He allí por qué tengo la convicción profunda que todo cáncer que no es manifiestamente imposible extirpar, debe ser extirpado! No tenemos el derecho

de retroceder ante el cáncer si queremos forzarlo a retroceder ante nosotros. Las operaciones dirigidas, contra él son, es verdad, de las más graves y terribles, pero cuando se trata de luchar contra un mal como ese, no hay operación muy grave ni muy terrible, delante esos condenados a muerte la pregunta que debemos hacernos a nuestra alma y nuestra conciencia no es de saber si vamos a matarlo sino de saber si podemos curarlo. Y si sentamos la posibilidad, si entrevemos solamente la esperanza es necesario tener el coraje de elevar nuestros actos a la altura de nuestros principios, en tanto no llegue el día, tal vez próximo, que llamo con todos mis deseos, en que tengamos contra el cáncer otras armas que el cuchillo, es al cuchillo a quien pediremos la victoria!

Si ella es comprada caramente, qué importa! En verdad no puedo resolverme a deplorar la muerte de un canceroso que no pudo resistir una de esas opera-

ciones tremendas que hacen necesarios 3a extensión del mal que les roe. Inquieto antes de la operación o desesperado, cuando puede seguir con los ojos los progresos del mal está al fin de la operación, como todo operado que lleva en el fondo de su corazón la esperanza de la curación. Cuando la muerte la sorprende, rápida y suave e'j tanto que en el enfermo abandonado viene a terminar muy lentamente una agonía de miseria y desesperación.

La naturaleza de las enfermedades que combatimos determina, en gran parte, las impresiones nacidas de la lucha contra ellas. Pero si las enfermedades tienen una gran influencia, hay otro elemento que debe temarse en cuenta y no es el menor: es el enfermo.

A pesar del triple acero del empuje debe acorazarse para desempeñar sin desaliento su tarea formidable, el cirujano es hombre, y como tal dolorosamente impresionado por el sufrimiento y la muerte cuando atacan la

juventud, la simpatía y la belleza. La enfermedad y la muerte¹ de ¡in viejo .son -cosas naturales. Se presentan con carácter de fatalidad siendo aceptadas sin revuelos porque no se revela contra la fatalidad. La muerte es suave, tiene su grandeza y su poesía, cuando se lleva un nombre habiendo realizado su destino y alcanzado la tarde de la vida, se muere como el trabajador fatigado por la labor de un largo día. No hay para temerla y maldecirla, sino aquellos para quienes se presenta el problema de las eternidades desconocidas y no ven en ella sino la entrada a una noche de espanto, en fin para los que marcados de supersticiones ancestrales o el fardo de dogmas milenarios chupados en la infancia, hace de la muerte una eterna y terrible vida en lugar del supremo reposo.

Pero la muerte es cruel, es estúpida, es odiosa cuando se lleva al niño, hecho para vivir cuando truencha el hombre robusto sin terminar su tarea, cuando mata la mujer joven dejando huérfanos.

La muerte más desconsoladora, la que grava en nuestro corazón la impresión más durable y más dolorosa es la de una mujer, por poco dulce y simpática que sea, por poco que se haya entregado a su cirujano, con esa confianza amistosa, mezclada de respeto y ternura, que los enfermos tienen a menudo por él, por poco sobretodo que a esas cualidades encantadoras una la más visible y sorprendente: la Belleza. No seríamos hombres

sí fuéramos insensibles a las magnificencias de la Belleza. Pues en nuestro siglo de ciencia y de luz, como en los héroes de la Grecia antigua, como en los soldados de la Roma imperial, como en los divinos artistas de la Edad Media y el Renacimiento, como en todas partes, como siempre la Belleza guarda su esplendor y su omnipotencia. Cuando nada queda de pie, ella continúa siendo la eterna soberana y el sublime ídolo ante quien el género humano se inclina y se prosterna, a quien antes hasta los ¡Dioses; adoraban de rodillas. Ella conserva hasta en el lecho del Hospital, hasta en la mesa de operaciones, hasta en el frío mármol del anfiteatro, su potestad y realeza.

He ahí por qué el espectáculo de la Belleza tocada por la muerte inunda el corazón de no se qué secreta y dolorosa angustia y de una amargura infinita.

La aproximación de la muerte produce en los enfermos una especie de calma y apasible serenidad que explica la falta de sufrimiento y el estado de subconciencia que sucede a las intoxicaciones profundas; es así como los rasgos se afinan, la nariz adelgaza un poco, los ojos se hunden suavemente bajo la arcada y se rodean de una sombra ligera, que una palidez de marfil se extiende por el rostro. Qué pureza, qué dulzura, qué nobleza en el pálido rostro de esas moribundas! Qué llama misteriosa y confusa en esos ojos de mirar profundo, ya flotando como en un sueño van a

apagarse eternamente

Una tarde vienen urgentemente a buscarme por una mujer que acababa de ingresar muriendo al hospital. En la mañana de ese día fue presa de terribles accidentes de apendicitis, que de hora en hora hacía asombrosos progresos; tenía veinte años apenas; un admirable y purísimo rostro, de grandes ojos negros, dulces y confiados, de rasgos encantadores, pálida por el sufrimiento. Su gracia, su encanto, su belleza, su dulce resignación, la tierna y delicada confianza con la que se entregaba a mí hicieron nacer alrededor de ella una atmósfera de irresistible simpatía, de dulce y fraternal amistad.

Varios internos que habían quedado en el hospital vinieron a ofrecerme su ayuda. Todos estaban como yo heridos por esa pura y serena belleza, y en los rostros jóvenes, ya maduros por el cotidiano espectáculo de los sufrimientos humanos y por la ruda pero apasionante vida del hospital- leí una profunda y dolorosa angustia. Mientras examinaba la enferma, ellos esperaban mi decisión como se es-

pera la sentencia de un juez. Pensando de mi deber tentar hasta el extremo la fortuna incierta, resolví intervenir, y fuimos todos, silenciosos y graves a la sala de operaciones. Instantes después la enferma estaba dormida, acostada bajo una potente luz. Su cuerpo blanco, como un mármol de estatua, era tan puro, tan noble, tan perfectamente bello como bella era su faz. Me pareció como un sacrilegio, como una profanación abrir esos flancos admirables y sumergir lo cortante del cuchillo en ese cuerpo escultural, aun para arrancarle el mal y salvarla de la muerte!

La operación nos mostró que los desastres de la enfermedad, eran mayores de lo esperado y debíamos tener pocas esperanzas. Sentí en mi derredor la desolación de la impotencia y la angustia sublevada *úe* la inexorable condena.

Pero la esperanza es tenez y *se* exalta al menor indicio. Al día siguiente por la mañana la enferma parecía mejorar; estaba sonriente y casi alegre, los sufrimientos de la víspera se habían desvanecido; con una

suavidad infinita, con movimientos y precauciones de madre que mece la cuna del niño le fueron dados los cuidados indispensables esa mañana. Todos estábamos consolados y como inundados de esperanza.

Al día siguiente la victoria fue del mal. Nuestra pobre y atractiva operada más bella aun, si es posible estaba agonizando. Sus bellos ojos negros agrandados por la proximidad de la muerte ya no miraban, su pecho soberbio se levantaba dolorosamente con un estertor de agonía y estábamos alrededor de ella, inmóviles y mudos, con una opresión en la garganta y tal vez una lágrima temblorosa al borde del párpado.

Son momentos crueles, y si en el curso mismo de la operación, el cirujano es asaltado de emociones violentas, la rapidez de la sucesión, el estado de actividad física, la gravedad de las circunstancias, suficientes para absorber toda su energía cerebral, le quitan toda preocupación ajena al momento; esas emociones violentas, terribles, no tienen el carácter de dolor y angustia que dan fatalmente las impresiones meditadas que se manifiestan más tarde, cuando el cirujano, viendo morir un operado, desciende al fondo de su propia conciencia y se pregunta si en esa desgracia él tiene su parte de responsabilidad o si solo debe acusarse la fatalidad de las circunstancias, que ningún hombre sobre la tierra tiene el poder de ordenar.

Así las emociones más profundas son las experimentadas des-

pués de la operación sobretodo¹ durante los tres o cuatro primeros días, en momento de decidirse la suerte del operado.

Una ansiedad inexpresable nos aprieta la garganta y comprime el corazón cuando los primeros días nos acercamos al operado, cuando sentimos que en algunos minutos o segundos conoceremos la buena o mala nueva, en que veremos dibujada la señal del triunfo o de la catástrofe! Cuando todo va bien, el consuelo es inmediato, pero qué inquietud, qué penetrante ansiedad, en los casos felizmente raros, de una manifestación precursora de grave complicación viene a llenar el espíritu de una duda espantosa sobre el porvenir del enfermo. La evidencia de un desenlace fatal es tal vez menos dolorosa pues es nuestra estructura hecha de tal manera que la duda y la incertidumbre respecto de una catástrofe son más crueles que la catástrofe misma.

En un servicio del hospital donde se hacen grandes intervenciones diariamente esas rudas emociones se suceden sin tregua ni reposo agitando nuestra alma oprimida. Pero no tienen todas la dolorosa amargura, también hay de las más dulces y enterocedoras, aunque de una infinita tristeza.

Hace apenas algunos meses entró a mi servicio una pobre mujer. Sucumbió lentamente de una afección grave. Creí deber para salvarla, intentar el supremo recurso, pero la operación me mostró que la batalla estaba perdida, superior a las fuerzas humanas. Por la tarde.

fui a ver la enferma; en la media luz del cuarto, estaba pálida, *2 en* una bella sonrisa, una pura y suave expresión -de confianza, de esperanza y gratitud, feliz casi, como son generalmente los enfermos que han franqueado la etapa temible: me siento bien, me dijo, tengo confianza y creo que voy a curar. Pues Ud. me ha salvado, yo le supuso, si quiere hacerme feliz, permita a esta pobre enferma abrazar a su salvador. Esa confianza, ese reconocimiento exaltado de una dulce y encantadora mujer que creía renacer a la vida en la misma hora que yo veía la muerte, descender lentamente sobre ella, me conmovieron profundamente. Me incliné hacia ella y la besé suavemente en la frente ardiendo de fiebre. Su mano apretó débilmente la mía, su clara mirada se aclaró de alegría y de es-

peranza y me alejé bruscamente para ocultar la emoción que inundaba mi corazón.

Al día siguiente temprano, precisado llegué a su cuarto, con la instintiva angustia que nos embarga -cuando sospechamos alguna desgracia.

Mi dulce y encantadora operada acababa de morir. Estaba allí, blanca, sonriendo aun con la bella sonrisa de confianza y esperanza. Yo estaba solo; sentí mi pecho inflarse de una opresión repentina y mis ojos se llenaron de lágrimas. Del fondo de mi corazón subió hacia ella una plegaria y sobre su frente ya helada puse de nuevo mis labios pidiéndole perdón por no haber podido curarla. Y desde entonces en las horas de tristeza, contemplo siempre la sonrisa de la infortunada muerta.

Pero qué inquietud, qué ansiedad, qué angustia, si se tra-

ta de un amigo, querido por todos, si la desgracia ordena que la enfermedad sea mortal y que la operación no pueda salvarlo! Hay en esas situaciones crueles, toras de desolación que no pueden imaginarse sino cuando se han sentido, que no pueden encontrar alivio sino en la conciencia del deber cumplido.

Es una vida que apasiona e inquieta la nuestra durante la cual no conocemos tal *vez un** instante de absoluta quietud moral. Tiene horas soberbias y horas trágicas, horas de triunfo y embriaguez y horas de amargura y desconsuelo.

Y sin embargo la amamos a pesar de sus fatigas, sus emociones y sus angustias. La amamos porque la cirugía es bella, porque es grande, porque es noble. Porque si es para quienes la sirven fuente de emociones violentas y terribles es también para ellos una fuente de satisfacciones profundas y de nobles regocijos. La amamos porque es infinitamente variada, siempre nueva y siempre joven. La amamos como el marino ama el mar que le fascina, lo arrulla y lo devora, como el viajero ama el desierto infinito, los montes inaccesibles y las selvas profundas, donde se pierde, donde sufre y donde muere; la amamos en fin como el soldado ama la guerra y la batalla con sus terrores, sus embriagueces, con sus triunfos y sus catástrofes.

Sí. la Cirugía es bella, es noble, es apasionante! He dicho sus amarguras y su dolores, pero qué alegría puede concebirse más alta y más profunda que

la de vencer la enfermedad, de triunfar de la naturaleza, de ser más fuertes que la muerte!

Aunque un día de dicha o de inspiración, se logre, por algún hallazgo fecundo, contribuir a forjar nuevas armas contra el sufrimiento y contra la muerte, qué íntima y suprema felicidad la que da la conciencia de sobrevivirse y participar en el transcurso de los tiempos, aun como el más humilde de los obreros. a esa obra espléndida que es el alivio de las miserias. De la humanidad.

No hablemos sino con respecto a esa magnífica y santa cirugía. Amémosla como merece ser amada, porque nos hace mejores, porque es una grande y sublime inspiradora de trabajo, de energía moral, de bondad, de piedad para los débiles y desgraciados.

La vida del cirujano es una hermosa vida! Cuando llega la hora de la muerte, nadie puede con más calma y serenidad, dormirse en la noche suprema. Le es suficiente escuchar la voz de su conciencia murmurar a su alma apacible que él ha hecho en este mundo más bien que mal, y que sobre esta tierra de alegría y de miseria, sus manos ensangrentadas han aliviado más sufrimientos que causado dolores.

Jean Louis Faure.

Estudio aparecido en 1903 en la Revue.

Lo que el Médico no debe Hacer

Convulsiones.

- NO olvidéis descartar desde luego la simulación, en la cual faltan tres signos importantes: dilatación pupilar, palidez, y elevación de la temperatura.
- NO dejéis de investigar el alcoholismo de las nodrizas, que provoca convulsiones en los niños de pecho.
- NO dejéis de hacer un examen minucioso en los niños, en los que las lesiones cutáneas, abscesos, forúnculos, hernias, parásitos intestinales, provocan frecuentemente convulsiones.
- NO olvidéis que en el trópico el paludismo es una causa importante de convulsiones.
- NO dejéis de examinar el oído en los niños; una simple otitis supurada puede provocar convulsiones que desaparecen con la paracentesis del tímpano o ser la causa de meningitis y absceso cerebral.
- NO dejéis de investigar el alcoholismo, la epilepsia, la sífilis y la histeria de los padres del niño que tiene convulsiones.
- NO olvidéis que las convulsiones pueden ser de origen tóxico o medicamentoso, ya sea que las sustancias hayan sido ingeridas por el niño o por su nodriza: alcohol, plomo, belladona, santonina, fenol.
- NO dejéis de pensar en la meningitis simple o tuberculosa cuando las convulsiones se repiten y se prolongan.
- NO olvidéis que el ataque aislado de convulsiones en un niño indica generalmente el principio de una enfermedad infecciosa.
- NO hagáis pronóstico sombrío en los niños; en la mayor parte de los casos las convulsiones pasan sin consecuencia alguna.
- NO hagáis pronóstico benigno si las convulsiones pasan sin consecuencia alguna.
- NO hagáis pronóstico benigno si las convulsiones se prolongan muchas horas.
- NO dejéis de examinar la orina y de buscar el signo de Kernig.
- NO hagáis tratamiento violento de las convulsiones; nada de sinapismos, baños revulsivos ni fricciones.
- NO olvidéis que la uremia es la causa más frecuente de convulsiones en los viejos.
- NO déis purgantes ni vomitivos, ni inyectéis suero artificial y aceite alcanforado.

Coqueluche.

- NO olvidéis que la coqueluche es peligrosísima en los niños tuberculosos y tuberculizables, por su complicación más frecuente: la pneumonía.
- NO aisléis solamente al coqueluchoso sino también a los niños que han estado en contacto con él.

- NO prolonguéis el aislamiento más de tres semanas.
- NO permitáis juegos violentos a los coqueluchosos.
- NO dejéis de prescribir una alimentación sólida; la líquida favorece el vómito. |
- NO déis vomitivos sino cuando haya signos de atascamiento de los bronquios.
- NO déis belladona antes de los dos años.
- NO dejéis de examinar la pupila de los niños que toman la belladona.
- NO déis bromoformo en agua ni en leche.
- NO dejéis sin aislar un coqueluchoso con broncopneumonia.
- NO déis a ninguna edad bromoformo a dosis mayor de 30 gotas.
- NO déis grandes cantidades de opio que vuelven muy penosos los accesos de tos.
- NO déis más de 100 gotas como dosis inicial de drosera.
- NO permitáis que el enfermo sea expuesto a la lluvia, al sol ni a la humedad.
- NO dejéis de prescribir el reposo absoluto en los casos graves.

Corea.

- NO os apresuréis a hacer pronóstico benigno.
- NO descuidéis el funcionamiento del hígado y del intestino.
- NO prosigáis el tratamiento arsenical si aparecen vómitos.
- NO prescribáis el tratamiento por la escopolamina si no podéis vigilar de cerca al enfermo.
- NO olvidéis que el niño soporta admirablemente el arsénico; debiendo darse dosis enormes que a veces son necesarias en esta enfermedad; pero no déis más de 15 gr. de Licor de Boudin.
- NO permitáis los baños de mar.

Coxalgia.

- NO dejéis nunca de pensar en la coxalgia en un niño que cojea sin causa justificada;

es el único que no debéis dejar pasar inadvertido.

- NO excluyáis el diagnóstico de coxalgia porque los síntomas desaparecen con algunos días de reposo.
- NO toméis por coxalgia las artritis de la cadera que aparecen en el curso de las enfermedades infecciosas; pero no olvidéis que éstas y sobre todo el sarampión predisponen a la tuberculosis.
- NO olvidéis que la tuberculosis del raquis y de los huesos de la cadera pueden darle a ésta la misma apariencia que la coxalgia; contractura en flexión.
- NO olvidéis la pseudo coxalgia histérica.
- NO olvidéis la artritis seca senil en la que la edad excluye casi, pero no completamente, la idea de coxalgia.
- NO creáis que el método Calot es siempre indispensable; podéis curar a vuestro enfermo con extensión y sol.
- NO os limitéis a hacer sólo la extensión del miembro enfermo; a veces es necesario extender ambos.
- NO dejéis de buscar la desaparición del pliegue glúteo y la atrofia muscular del miembro enfermo.
- NO olvidéis que los abscesos perinefríticos y apendiculares pueden provocar contracturas de la cadera que simulan la de la coxalgia.
- NO creáis que la coxalgia se presenta sólo en los jóvenes; se ha visto viejos octogenarios con esta afección.

Cuerpos extraños.

- NO os empeñéis en extraer un cuerpo extraño del esófago si no provoca trastornos; alimentad al enfermo y si la forma y tamaño de aquél permiten su llegada al estómago, esperar, alimentando al enfermo.
- NO comencéis las maniobras de extracción de cuerpo extraño del oído sin haberlo visto; puede no haber entrado o haber salido ya.
- NO empleéis ningún instrumento rígido; si sabéis, usad los instrumentos apropiados u operad. Si no limitaos a poner un lavado, glicerina o agua oxigenada.
- NO extraigáis en la misma sesión todos los cuerpos extraños del ojo; podéis provocar una vasta erosión.
- NO dejéis de invertir cuidadosamente el párpado para buscar el cuerpo extraño en el fondo de saco conjuntival.
- NO creáis que existe cuerpo extraño del ojo siempre que el enfermo lo acuse; puede ser que sólo tenga la sensación de un cuerpo que ya ha salido.
- NO creáis que no existe cuerpo extraño porque el enfermo no lo sienta; el fondo de saco superior puede soportar cuerpos extraños enormes.
- NO olvidéis los autocuerpos extraños del ojo.
- NO prescribáis compresas de subacetato de plomo que

pueden dejar manchas indelebiles.

NO perdáis la cabeza en caso de cuerpo extraño de la laringe; salvo en caso de urgencia no uséis bisturí ni metáis la mano antes de emplear el laringoscopio arriesgáis hacer una operación inútil o hundir más el cuerpo extraño.

Dacrioadenitis.

NO confundáis con la glándula lagrimal flotante.

NO confundáis la forma crónica con un tumor maligno.

NO la confundáis con un flegmón de la órbita, que es gravísimo, ni con la periorbitis del reborde ciliar.

Dacriocistitis.

NO la confundáis con los quis-

tes, exostosis, angiomas y epitelomas de la región.

No dejéis de examinar la nariz en las afecciones lagrimales.

NO hagáis el cateterismo si no lo habéis aprendido muy bien.

NO hagáis el cateterismo con sondas muy gruesas.

NO abandonéis definitivamente el cateterismo; hacedlo 2 o 3 veces al año.

NO hagáis inyecciones inmediatamente después del cateterismo, sino antes y en los días subsiguientes.

NO descuidéis la dacriocistitis que es gravísima en los obreros sujetos a traumatismos de la córnea.

Ricardo D. Aldwin.

Visión perfecta después de la extracción de catarata

Salvador Almendares, de 58 años, casado, jornalero, vecino de Mateos, ingresa al Primer Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital General a curarse de un ojo. Al examen encuentro una catarata total del ojo derecho, percepción luminosa, reflejo foto-motor conservado. Cuenta el paciente que desde hace dos años empezó a perder la vista con ese ojo, neblina, humo de cigarro, al año ya nada veía.

El ojo izquierdo normal. Tensión arterial normal. No hay albúmina ni azúcar en la orina.

El 12 de diciembre le extraigo la catarata previa iridectomía en la misma sesión, extra-capsularmente. Sin ningún accidente ni complicación durante ni después de la operación el individuo sale del Hospital con anteojos de color invitado para regresar un mes después y graduarle los lentes.

No volvió por cuestiones económicas sino hasta el 11 de marzo. Con una lente convexa de 10 Dioptrías el paciente lee perfectamente todas las letras del cuadro optométrico a una distancia de 5 metros y con una de 12 lee 9 décimos de dioptría en la visión próxima.

Considero el caso verdaderamente excepcional porque en numerosas operaciones de catarata practicadas durante muchos años nunca tuve una visión tan perfecta. Llegué a obtener hasta 9 décimos de largo

y 8 de cerca, sin ser lo más corriente; casi todos ven con igual número de dioptrías 5, 6, 7, 8 décimos de dioptría de lejos y unos 5 a 7 de cerca. Casos hay en que la visión es muy escasa, no pasa de 2 a 4 décimos. Y por último hay quienes nada son muchos de catarata traumática. En estos es muy arriesgado ofrecer un éxito seguro, por el contrario, casi siempre es nulo; se puede asegurar que *los* enfermos que no perciben la luz no verán después de la operación; es necesario excesiva prudencia en los ofrecimientos.

En cuanto al procedimiento asado, extracapsular, me parece excelente cuando hay suficiente líquido cristalino; en cambio cuando está adherida la cristaloides al cristalino es mejor sacarlos juntos; en este caso es imposible impedir la salida de vitreo, accidente de escasa importancia cuando no es muy abundante. Recuerdo el caso de una operación por catarata traumática con marcada hipertensión intraocular en que al hacer la incisión en el limbo corneal, saltó el cristalino con su cápsula y detrás gran cantidad de vitreo; el ojo vacío; yo perdí la esperanza de visión, pero no fue así; a las 48 horas el ojo tenía su forma normal, la cicatriz estaba hecha; un mes después con una lente de 10 dioptrías vio 4 décimos de lejos y con 12 5 décimos de cerca.

S. Paredes P,

Sobre algunas nuevas indicaciones del Sondaje duodenal

El sondaje duodenal, como método terapéutico, ha adquirido una importancia enorme, siendo empleado corrientemente en el tratamiento de las colecistitis crónicas no litiásicas, de las colecistitis agudas en el curso de enfermedades infecciosas generales, en especial la tifoidea; en las atonías vesiculares; en las colecistitis litiásicas graves o complicadas de accidentes hepáticos que contraindican la intervención quirúrgica; en las colecistitis litiásicas latentes con inflamación catarral de las vías biliares.

Al lado de estas indicaciones—consagradas por la práctica—se han agregado algunas otras que merecen ser conocidas y que han sido objeto de un trabajo de Chiray y Mattei Semidei (La Presse Médicale, 19-IX-1934,) que reuniremos a continuación:

- 1) *Tratamiento preoperatorio de las angiocolitis concomitantes de las obstrucciones coledocianas, en particular de las obstrucciones litiásicas.*

En las icterias por obstrucción coledociana, el factor mecánico no es el único elemento que interviene en su producción; hay que agregar además, la coexistencia frecuente de una infección de las vías biliares, la presencia de una bilis mucopurulenta espesa que, agregándose al cálculo, completan la obstruc-

ción. Hay que señalar, además, el espasmo del esfínter de Oddi y del colédoco que pueden sobreagregarse a las causas ya mencionadas.

Por otra parte, hay que mencionar la frecuente intervención de un factor hepático en la génesis de estas icterias, factor que suele desempeñar a veces un papel primordial en la evolución de estos enfermos.

De aquí la conveniencia, como lo ha señalado Bengolea en numerosos trabajos, en colaboración con Velasco Suárez, basados en una amplia experiencia personal, de suprimir en la medida de lo posible todos los elementos sobrecargados a la obstrucción antes de someter al enfermo a una operación. Para esto Bengolea aconseja recurrir sistemáticamente al empleo del sondaje duodenal como tratamiento preoperatorio, método que a veces hasta suele evitar una intervención, siempre peligrosa por la fragilidad de los enfermos, pues ha sido visto en ciertas circunstancias la desaparición completa de la ictericia, colocándose así el enfermo en condiciones inmejorables para ser operado, si es que está indicado recurrir a la cirugía. Así, en todo enfermo con una ictericia por obstrucción litiásica y con tanta mayor razón si se sospecha su origen hepático, deberá hacerse el sondaje duodenal repetido diariamente. Por supuesto que este método se aplicará

durante un tiempo prudencial y de acuerdo a la evolución del cuadro clínico. Sus ventajas son indiscutibles, pues por un lado disminuye o suprime la infección sobreagregada de las vías biliares y por otro mejora el estado general.

//) *Tratamiento de los trastornos de los colecistectomizados*

Muchos enfermos operados continúan, después de la intervención, con numerosas molestias. La causa puede residir en una adaptación insuficiente del tractus digestivo a su nuevo estado. La ausencia del regulador biliar y la insuficiencia del esfínter de Oddi determinan un derrame interrumpido de bilis en el intestino, provocando colitis y diarrea. Otras veces los dolores parecen ligados a un espasmo del esfínter de Oddi. Muchas de estas molestias se atenúan o desaparecen con el empleo del sondaje duodenal, que suele también beneficiar en los casos de fístulas biliares operatorias que tardan mucho en cerrarse.

Pero es, sobre todo, en las angiocolitis residuales en donde este método es excelente.

372) *Tratamiento de ciertas asistolias irreductibles.*

Chiray y Aray han empleado el sondaje duodenal en ciertas asistolias con gran congestión hepática basándose en que activando la función secretora y excretora de esta glándula se la

coloca en mejores condiciones, actuando así indirectamente sobre las causas que crean y prolongan la congestión.

Para efectuar el sondaje en estos enfermos, aconseja, someterlos previamente a un tratamiento bromurado.

El resultado beneficioso del sondaje debe ser atribuido en especial a la sustracción rápida de una gran cantidad de bilis que disminuyendo mecánicamente su tumefacción, favorece la circulación y la actividad, biliar. Secundariamente, actúa mejorando las funciones digestivas y substrayendo una serie de productos tóxicos.

IV) *Tratamiento de ciertos estados urémicos.*

El hígado desempeña un papel antitóxico fundamental. Muchas de las sustancias tóxicas son eliminadas por la bilis, pero de aquí vuelven a ser absorbidas y pasan a la circulación general de manera que se encuentra anulada prácticamente dicha función. De aquí surgió la idea de emplear el sondaje duodenal en el tratamiento de la uremia.

Auguste estudió comparativamente la bilis de sujetos normales y urémicos y comprobó que en estos últimos la cantidad de líquido duodenal extraído durante una hora oscilaba entre 150 a 200 c. c., mientras que en los primeros era de 60 a 70 c. c. La cifra de cloruros en los normales oscilaba entre 4,5 a 6 gramos por litro y en los urémicos entre 5,5 a 7 y 8 gramos.

Respecto a la eliminación azoada, comprobó que en ambos grupos el líquido duodenal contenía una cantidad global de ázoe próxima a la de la sangre, pero siempre algo inferior.

Efectuando el sonda je duodenal en los urémicos es posible abstraer una proporción elevada de cloruros y ázoe.

Prácticamente, siempre que sea posible hay que efectuar este sonda je en los urémicos, haciéndolo todos los días durante cuatro ñoras, con un día de reposo semanal, y continuar así durante meses.

V) *El tratamiento de las helmintiasis intestinales por la instilación directa de anti-helmínticos.*

Este método fue ensayado por primera vez por Beck en 1913 y ha sido empleado en la amebiasis, giardiasis intestinal, etc.

Da resultados interesantes en el tratamiento de la tenia rebelde y r&cidivante. Los autores preconizan el método siguiente:

La víspera del sondaje, purgante de sulfato de soda (24 grs.)

A la mañana del sondaje el enfermo queda en ayunas y recibe un enema evacuante.

Una vez colocada la sonda, se introduce suavemente en el duodeno:

Extracto etéreo de helécho macho 4 grs.

Infusión de hojas de sen al. 5% 60 c. c.

Habitualmente la expulsión de la tenia se produce a las % horas,

VI) *El tratamiento de la estasis-intestinal por la enteroclistis-duodenal.*

Damade recomienda la técnica siguiente: una vez la sonda en el duodeno, se inyecta lentamente un litro o un litro y medio de una solución tibia de sulfato de magnesia al 5%.

Efectúa dos instilaciones semanales y cuando el síndrome de estasis ha desaparecido, una por semana o una cada quince días.

Becart, en vez del sulfato de¹ magnesia emplea grandes cantidades de vacuna.

VII) *El tratamiento de la úlcera duodenal por la sonda permunente y la alimentación duodenal directa.*

Este método en principio parece excelente, pues deja en reposo al órgano enfermo; pero la presencia de la sonda a nivel del duodeno encierra sus peligros e inconvenientes. Sin embargo, Einhorn sobre 315 casos tratados ha tenido un porcentaje de 90% de -curaciones.

(Del Día Médico.)

Medios del cultivo del Bacilo de Koch

Shaffer comparó 6 medios en cuanto a su valor relativo para el cultivo del bacilo tuberculoso del esputo, después del tratamiento preliminar de los 42 ejemplares utilizados con ácido sulfúrico al 6 por ciento, según una modificación del método de Corper-Uyei. Este medio rindió el mayor número de positivas, siendo igual que el microscópico en su resultado. Debido a su sencillez y magnífico rendimiento, recomiéndase el medio, en particular para los cultivos primarios después del pretratamiento ácido. Con el medio de Petraghani, el resultado fue igual, y ambos medios son superiores a los otros cuatro. El de Lubenau fue superior a los medios de Dorset, Petroff y Sweany-Evanoff. todos los cuales fueron casi idénticos. Los cultivos resultaron, pues, por lo menos iguales a la microscopía, y quizás hasta superiores, pues en los 42 ejemplares las positivas fueron 37 con los primeros y 33 con la segunda. Para el aislamiento sistemático, recomiéndanse los medios de Corper-XJyei y de Petraghani. La disociación en colonias R y S se notó en particular con el medio de Petroff. (Shaffer, M. F.: *Am Rev. Tub.*, 259, mzo. 1933.)

"Wangliang ha demostrado que el medio de Sauton, complementado con extracto de levadura o de jugo de tomate al 2 por ciento, puede rendir un cultivo de 2 gm. de bacilos tuberculosos por recipiente, comparado con 1.3 gm en el Sauton sim-

ple. El caldo complementado con íltfrado de cultivos 'viejos cv?l bacilo también es más fructífero, y lo mismo sucede con el caldo de músculo cardiaco *si no* se sobrecalienta. En medios sólidos, esas sustancias se muestran inactivas. (Wangliang.: *Gaz. Hop.*, 507, ab. 5, 1933.)

Axen empleó como medio para cultivar el bacilo tuberculoso., un caldo con 1 por ciento de dextrosa, comparándolo con el medio de Petraghani y las inoculaciones en animales, a los cuales resultó superior en algunas ocasiones. El método se halla todavía en su período experimental, pero tiene en favor suyo la sencillez. (Axsn, A.: *Klin. Wchnschr.*, 273, fbro. 18, 1933.)

Sáenz y Costil afirman que los medios de asparagina de Petraghani y el de Lówlenstein son, con mucho, los más favorables para el cultivo del bacilo tuberculoso, pudiéndose obtener con ellos cultivos hasta a diluciones de 0.000001 mgm. Por lo general, con la cepa humana utilizada, el número de colonias es mucho más elevado que con la bovina. En todos los casos quedó, pues, de manifiesto la superioridad de la asparagina sobre la peptona en el medio de Petraghani. (Sáenz, A., y Costil, L.: *Gas. Hop.*, 963, jun. 28, 1933.)

Corper apunta que ya se han propuesto tres medios sencillos como nutrientes para el cultivo en pequeñas cantidades de bacilos tuberculosos humanos, bovinos y aviarios: el de cilindro de-

patata, el de yema de nuevo espesa, y el substrato histológico de sangre o yema de huevo. Los tres parecen posser todas las ventajas nutrientes de los medios más complicados. A concentraciones apropiadas, dos ácidos (el sulfúrico al 6, y el oxálico al 5 por ciento.) y con una exposición de 30 minutos a una hora a 37 C, han resultado inocuos para el bacilo y satisfactorios para destruir las contaminaciones habituales. Estos datos ofrecen métodos para aislar los bacilos del material tuberculoso con fines diagnósticos, equivalentes en eficacia a la prueba en el cobayo. Los datos ya disponibles acerca del cultivo leí bacilo, han permitido preparar un sencillo medio sintético no proteico (el de asparagina de Long), que se presta para siembras intensas, y ha facilitado más las investigaciones, en particular de la tuberculina. La falta de datos acerca de los factores que hacen perder la virulencia a los bacilos virulentos, o la devuelven a los avirulentos, queda demostrada en la reciente controversia acerca de BCG. Sin embargo, un estudio de cul-

tivos humanos y bovinos conservadas en caldo durante 12 años, ya ha puesto de manifiesto que esos bacilos, una vez desarrollados, permanecen vivos todo ese tiempo a la temperatura de la estufa (37? C), en una escala de pH 6.24 a 7.6, sin variar marcadamente la virulencia. Aunque ya se han verificado minuciosas investigaciones de las reacciones biológicas de los bacilos y de la patogenia de la tuberculosis, todavía son insuficientes nuestros conocimientos relativos a la propagación y multiplicación de los mismos en la economía animal. En la discusión, Sweany recaíó la variabilidad de los bacilos tuberculosos, declarando que quizás no haya dos cepas precisamente semejantes en sus facultades de desarrollo. Algunas se desarrollarán rápidamente en cualquier material séptico, y otras no. El medio que lleva su nombre sólo es una modificación *ús* algunos de los otros, pues todo lo hecho es agregar crema, dado que ésta y la leche parecen fomentar el desarrollo de los bacilos mejor que nada. Ese medio es tan fácil de preparar co-

mo cualquiera otro, salvo el de patata. Para él, la observación de Corper de la sobrevivencia de bacilos por más de 13 años, indica la posibilidad de que el bacilo tuberculoso viva en el organismo humano por un decenio, y provoque una reinfección endógena. (Corper, H. J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 982, sbr. 23, 1933.)

Corper y Damerow no encontraron bacilos en la sangre de 120 enfermos, de tuberculosis pulmonar y generalizada avanzada, a pesar de haber sometido cada ejemplar a cuatro métodos distintos para examen, incluso inoculación en el cobayo. Aunque las pruebas testigos demostraron la eficacia de los métodos utilizados para descubrir pequeños números de bacilos en la sangre humana y animal, el ácido acético recomendado por Loewenstein destruyó los bacilos tuberculosos cuando había pocos, en tanto que sobrevivían los saprofitos ácido-resistentes. En otra serie se examinaron más de 200 ejemplares de sangre de un sanatorio con dos métodos de cultivo, sin encontrarse ni uno solo positivo. El medio de huevo-harina de patata y rojo del Congo de Loewenstein es bueno para los bacilos humanos y bovinos, pero no mejor que el de yema de huevo espesada o los cilindros de patata, adoleciendo del inconveniente de comprender ingredientes costosos. (Corper, H. J., y Damerow, A. P.: *Am. Rev. Tub.*, 118, jul. 1933.)

Después de escribir de nuevo el cultivo del bacilo tuberculo-

so en el medio de crema-huevo, y en particular la simplificación de la técnica, Sweany y colaboradores reiteran que el método es igual a la inoculación en lo tocante a descubrir bacilos tuberculosos en muestras libres de ciertas bacterias esporógenas. Con ese procedimiento las positivas aumentaron en 11 por ciento en el esputo de tuberculosos (siempre negativos, o negativos por más de seis meses,) comparado con el método de la incubación-concentración directa. Aunque reconociendo que no cabe descartar del todo el método de la inoculación en el cobayo, los autores sostienen que la mayor parte de los diagnósticos pueden hacerse por medio de cultivos, si se cuenta con un laboratorio bien montado y un técnico avezado. Las ventajas, de los cultivos son: que pueden repetirse más a menudo, son más absolutos, consumen menos tiempo, y cuestan la décima parte que la inoculación. La desventaja consiste en que hay que contar con una instalación apropiada y una técnica precisa. Los autores describen con toda minuciosidad la preparación del medio de crema-huevo y la técnica, recalcando que un medio de cultivo resulta casi inútil a menos que produzca mejores resultados hasta que el mejor método microscópico. La mejor prueba consiste en que con este método se puede cultivar material de casi todas las clases, cualquier bacilo tuberculoso viable que se halle presente, ya sea humano, aviario o bovino, y este resultado na

se obtiene con ninguna otra técnica, aparte de la de Loewenstein, todavía sin confirmar. (Sweany, H. C., Evanoff, M., y Gross, A.: *Am. Rev. Tub.*, 638, jun. 1934.)

Sin negar los progresos realizados en los últimos años en el cultivo del bacilo tuberculoso, Vaurs no cree que ese método deba descartar la inoculación en el cobayo para el diagnóstico. Las dificultades de cultivo del bacilo son todavía reales, y esto aumenta debido a las frecuentes contaminaciones, la inoculación, pues, es el método de elección, llevándola a cabo en todo lo posible en varios cobayos. (Vaurs, R.: *Prog. Méd.*, 881 mayo 26, 1934.)

Para Danbolt, el cultivo directo de los bacilos tuberculosos según el método de Löwenstein, es más rápido, más fácil y menos costoso que la inoculación en el cobayo, y puede suplantar en parte y complementar en parte a la última, pues hay cepas bacilares que son patógenas para el hombre, pero no para el cobayo. (Danbolt, N.:

Norsk Mag. Laegvdsnspn., 1, eno. 1933.)

Analizando los trabajos de Löwenstein con respecto a la bacilemia tuberculosa, Wilson expone **varios** errores técnicos que deben evitarse en todo examen en busca del bacilo tuberculoso. Por ejemplo, se encuentran bacilos ácidosresistentes en el agua destilada del comercio, en reactivos preparados con ácida, en el agua del grifo, los grifos metálicos, las rodajas de caucho y de caucho, y los preparados \times de pepsina y tripsina. También hay saprofitos ácidos en el polvo, leche, yerbar esmegma, mantequilla, estiércol, terreno, heces y sangre humanas, y en el contenido intestinal de los insectos, y muchos de ellos no pueden distinguirse morfológicamente de los tuberculosos. Otra causa de error consiste en la presencia de artefactos procedentes de las hebras de fibrina, Cristales de hemina y de oxalato, granulos Leucocíticos semidesintegrados, porciones lipoideas de la cápsula de las eritrocitos, y crista-

les de lecitina y colessterina. También se presta a equivocaciones la interpretación de las inoculaciones en animales, pues muchos observadores no han excluido la tuberculosis espontánea, la seudotuberculosis, las infecciones por *Salmonella* y *Alcaligenes*, y ciertas piogenias que pueden provocar lesiones seudotuberculosas. Sólo en 32 de los 512 casos en que se realizaron inoculaciones en animales, puede considerarse el resultado como positivo. Las normas de Löwenstein para la identificación del bacilo son inadecuadas. No hay pruebas fidedignas de que exista bacilemia tuberculosa en el reumatismo articular, la poliartritis, corea, esclerosis en placas, esquizofrenia, neuritis retrobulbar o la enfermedad de Hodgkin, ni motivos para inculpar al bacilo tuberculoso etiologicamente en esas dolencias. En resumen, no debe aceptarse nunca un microbio ácido-resistente como tuberculoso, sino después de pruebas culturales, morfológicas y patógenas, tomando precauciones para evitar toda posible causa de error. (Wilson., G. S.: "Tuberculous bacillemia," Spec. Rep. Series 182, Med. Res. Council, Londres, 1933.)

De 101 niños tuberculosos, sólo 27.7 por ciento revelaron bacilos tuberculosos en el contenido gástrico. Los casos variaron de agudo- sin más signos patológicos que una reacción positiva a la tuberculina, a otros con tuberculosis pulmonar destructora bilateral. El examen de los frotos fecales sólo rindió 7 por

ciento menos de resultados positivos, que el más complicado lavado gástrico. Los exámenes de los frotos del esputo y la garganta acusaron resultados positivos menos frecuentemente que los fecales o gástricos. Los casos de tuberculosis pulmonar destructora revelaron 75 por ciento de positivas, comparado con 28 por ciento en los pulmonares más benignos. Las otras formas no acusaron positivas, salvo un caso óseo. Un examen gástrico positivo indica, pues, un pronóstico grave. (Kereszturi, Camille, y otros: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1481, mayo 13, 1933.)

Después de hacer notar el desencanto que ha seguido a los primeros trabajos de Löwenstein, que habían hecho creer que simplificarían el diagnóstico, pronóstico y hasta el concepto mismo de la tuberculosis, así como la patogenia de afecciones tan distintas como el reumatismo articular agudo y la demencia precoz, Debré, Sáenz y Broca declaran que debe darse la preferencia al medio de Löwenstein siempre que se trate de aislar el bacilo tuberculoso. No sucede lo mismo con la técnica del hemocultivo preconizada por Löwenstein, pues ésta puede dar lugar a errores graves, debido a la mala interpretación de grupos de cadáveres de (bacilos ácido-resistente" no ortadas por los líquidos empleados, y la aparición, a veces tardía, de cultivos de bacilos para tuberculosos. Por ejemplo, entre 11 cultivos microscópicos aislados entre 60 muestras de sangre de tubercu-

Los tres eran cepas de saprofitos ácidos resistentes, pero anapatógenos. Entre 14 casos estudiados por los autores, en seis en que se descubrió migración bacilar a la sangre, ésta fue débil, pues una sola vez pudo observarse el bacilo en el medio de Löwenstein, y en los otros cinco el resultado positivo se obtuvo con la inoculación en el cobayo, y aun en el caso de cultivo positivo, un solo tubo de los 6 sembrados mostró algunas colonias. Esto demuestra bien la superioridad de la inoculación sobre el cultivo, en lo tocante a la busca de algunas unidades bacilares. De este estudio, cabe deducir la noción de una migración bacilar al principio

de la tuberculosis en los niños que acaban de ser infectados, mientras que se forma en ellos, la lesión inicial y que sobrevienen las reacciones tuberculínicas. Esa pequeña bacilemia no posee significación pronóstica, y sólo denota una migración discreta y efímera antes de que se fije la enfermedad en los tejidos pulmonares, ganglionares, espímeos, etc., semejando la dispersión bacilar ya señalada después de la absorción de BCG. (Debré, R., Séenz, A., y Broca, R.: *Progr. Méd.*, 980, jun. 9, 1934.)

(Del Boletín Sanitario Panamericano.)

REVISTA QUIRÚRGICA

Solución acuosa de caucho para la protección quirúrgica de la piel y de los apósitos

Wizel de Gratss en Centralblatt für Chirurgie se refiere al Látex, solución acuosa de caucho de aspecto blanco lechoso, adicionada para su conservación de 1 % de amoníaco. Al extenderla en capas delgadas pierde su coloración blanquesina y se vuelve transparente y brillante; al salpicarla con talco pierde la friabilidad y constituye una membrana elástica e impermeable que adhiere a la piel prestando así servicios quirúrgicos.

La leche de caucho no es esterilizable por el calor, pero adicionándola de 1 % de cloramina la hace completamente estéril. El autor la llama Elasto-dormo y la aconseja para la protección y preparación de la región operatoria cuando en sus proximidades hay lesiones infectadas (forúnculo, acné, eczema); para la protección de la piel en la vecindad de las fístulas espontáneas o quirúrgicas (gastrostomía, yeyunostomía, ano artificial, fístulas biliares, pancreáticas o urinarias); para simplificar el apósito sea extendiendo una capa de la solución de caucho de cada lado de la incisión y aplicar encima una lámina de gaza que inmediatamente se fija, o recubriendo la herida misma por la solución, medio excelente en los niños para protegerlos contra la orina y las materias fecales.

Contribución al estudio del tratamiento de las algias cancerosas por el veneno de cobra

En tesis de la Facultad de Marsella, G. Authie trata de la acción indiscutible del veneno de cobra sobre las algias cancerosas. Mucho menos rápida que la morfina, no se produce sino después de un repetido número de inyecciones, variable con cada individuo. Dura infinitamente más, es más poderosa y con mayor facilidad se mantiene; carece de los inconvenientes de los opiáceos empleados en altas dosis; permite en ciertos casos, eludir la cirugía contra el dolor en el cáncer. Sin embargo no calma todos los dolores ni todos los cancerosos. Ineficaz en las algias viscerales y simpáticas; a veces provoca reactivaciones dolorosas muy violentas que obligan a suspender el tratamiento.

Las soluciones actualmente preparadas de cobra-toxinas son amicrobianas y sin hemolisinas; no modifican la sangre; son hipotensivas.

Contraíndican el uso del método las hipotensiones acentuadas, las albuminurias masivas, las hipertensiones a débil presión diferencial.

Resección de la arteria y la vena femorales corno método de tratamiento de la gangrena de las extremidades inferiores causada por endarteritis obliterante

L. Achmatowicz del Hospital Saint Jaques de Wilmo -en Polz-

ka Gazaeta Lekarska refiere el caso de un israelita de 64 años, atacado en 1928 de una endarteritis obliterante del miembro inferior derecho: cianosis de la pierna y del pie con necrosis de los tegumentos plantares; no hay pulso en la femoral, la poplítea ni la pedia.

Éxito completo se obtiene con una simpatectomía femoral; los dolores desaparecen el mismo día después de varios de poner morfina; los tegumentos necrosados se eliminan rápidamente y el paciente cura.

En mayo de 1933 los mismos accidentes se repiten en el miembro opuesto con gangrena húmeda de los ortijos mayor y menor; se practica una simpatectomía sin ningún resultado por otro cirujano y vuelve donde el autor quien encuentra 2,4 por ciento de azúcar en la orina y 200 miligramos por cien en la sangre. Después de 15 días de tratamiento apropiado el exceso de azúcar desaparece pero el miembro continúa en el mismo estado, sin pulso en las arterias; dolores intensos rebeldes a la morfina; entonces practica una resección de 6 c. ni. de la arteria femoral completamente obstruida y un c. m. de la vena femoral libre; al día siguiente el miembro inferior está caliente, los dolores han terminado para desaparecer completamente algunos días después. A las tres semanas el enfermo deja el Hospital en perfecto esta-

do de curación y marchando con sus dos pies.

El éxito de la operación se lo explica el autor así: la simpatectomía perifemoral no suprime siempre todos los nervios vasoconstrictores, pues una parte se encuentra en la túnica media de la arteria y la otra en la vena. Con frecuencia Leriche obtuvo sucesos reseccando la arteria femoral pero nunca la vena, eso decidió al autor a practicarla también en la vena. Piensa también que reduciendo la circulación de retorno por resección de la vena ayuda a la curación según las ideas de Oppel. Es el primero en haber practicado esa operación.

Tratamiento de antiguas luxaciones del codo

J. Temler de la Sociedad de Ortopedia de Varsovia en Chirurdgja ruchu ⁵ Ortopedia Polska relata tres casos operados por él y concluye: Toda lujación del codo no reducida antes de tres semanas debe considerarse como una lujación antigua; el solo tratamiento es el sangriento, reducción a cielo abierto; la mejor vía es la transolecranea seguida de tornillo en ambos cabos del olecraneo. En los casos de lujación complicada de fracturas juxta-articulares la resección se impone. El tratamiento no sangriento está contra-indicado y es peligroso.

S. Paredes P.

LA PESTE VERDE

I instrucciones contra la Malaria

Como un homenaje para el Autor y obsequio a nuestros lectores, empezamos en este número la publicación del interesante folleto que nos envió La Reforma Médica de Lima, escrito por el eminente higienista peruano Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, Profesor de Higiene y Director del Instituto de Medicina Social de la Universidad de San Marcos de Lima, ex-Jefe Técnico de la Demostración de Asistencia y Saneamiento Rurales del Vallé de Carabaylo, 1934-1935.

L. R.

PRIMERA PARTE

LA MALARIA ENFERMEDAD CRÓNICA Y ANEMIZANTE DEL HOMBRE

La Malaria, llamada también Paludismo, Tercianas, Fiebres intermitentes, Mal del bazo, Perniciosas, Chucho, etc., es una enfermedad infecciosa grave, de larga duración, epidémica, que se trasmite por medio de una especie particular de zancudos y que existe muy desarrollada en todo el Perú constituyendo poderoso factor de la decadencia física e intelectual de millares de habitantes.

Tan grande es la influencia nefasta de la Malaria sobre la salud y la vida de los trabajadores de la tierra, que reducir su oprobioso dominio será por mucho tiempo una de las más generosas y efectivas empresas para lograr el progreso del Perú.

Conocer este factor de atraso y miseria sociales y aprender como se le puede suprimir de la economía nacional es deber pa-

triótiGO que todos deben tratar de oíwwplir con entusiasmo.

I.—Qué es la Malaria La Malaria es una enfermedad, del hombre causada por un grupo ' de parásitos microscópicos, que por desarrollarse en los glóbulos rojos de la sangre se les llamó HEMATOZOARIOS. Se manifiesta, comunmente, por accesos de calofrío, fiebre, y sudor. Durante el calofrío, el enfermo tiembla como si una ola de hielo atravesara sus órganos todos, lo que le obliga a buscar abrigo, aumentando ropas, o tomando bebidas calientes, alcohólicas a menudo. En el período de calor, el enfermo está agitado, la temperatura, elevada ya en el período del calofrío, sube todavía más; 39,5, 40,5 y hasta 41¹? grados, la cara se congestiona, la mirada se vuelve brillante, y dolor de -cabeza y sensación de ahogo dominan la escena, que dura seis horas a lo más. Después viene un sudor

que alivia; sudor copioso que a veces deja agotado al paciente, quien sin embargo experimenta gran bienestar no obstante la debilidad que es secuela fatal del acceso, que ha durado casi 24 horas.

Este es el tipo más frecuente como se manifiesta la infección malárica en sus comienzos; tipo al que la boca popular llama de "tercianas" y que los higienistas clasifican como la **PRI-MOINFECCION MALÁRICA**.

II.—*Formas y Evolución de la Malaria*

No siempre la Malaria se presenta en forma de "tercianas". Hay numerosos casos, sobre todo en nuestra Costa y principalmente en la región amazónica, en que la enfermedad muestra los aspectos más diversos. Náuseas, vómitos, diarreas profusas y aún sanguinolentas, dolores en distintas partes del cuerpo, neuralgias tenaces, convulsiones, ataques súbitos con pérdida de la razón o con delirio y aniquilamiento de la conciencia (coma palúdico). Tales las manifestaciones, de la Malaria que los profanos designan con el nombre de "perniciosas" y que, técnicamente, corresponden a la **forma** maligna de la enfermedad; producida por una variedad

de parásito malárico que se conoce con el nombre de *Plasmodium falciparum*. Esta forma de la Malaria, cuando se le abandona sin inmediata y conveniente asistencia médica, determina frecuentemente ataques que matan en horas a sus víctimas.

Las tercianas en sus comienzos se presentan con intervalos de remisión, dando dos modalidades diferentes: la "terciana" propiamente dicha y la "cuartana", según que el período intermedio de aparente salud dure uno o dos días. Estas formas de la Malaria están en relación con dos variedades diferentes del Hematozoario; el *Plasmodium vivax* y el *Plasmodium malarino*, respectivamente, nombres científicos dados a estas especies vivas.

Si la primera infección por Malaria: tercianas o cuartanas — no se cura oportunamente por la intervención del médico y de los remedios específicos, la quinina preferentemente, la duración y marcha de la enfermedad se prolongan por largo tiempo. Desaparecido el acceso primario, agudo, viene un período exento de fiebre y de parásitos en la sangre, que dura generalmente des semanas. *El* enfermo se diría sano, más en se-

guéela viene un nuevo período de dos meses, durante el cual el sujeto atacado presenta una o varias recrudescencias febriles y parasitarias, período que luego culmina en un estado de aparente salud por dos o tres meses, a cuyo término el enfermo sufre una reviviscencia de su Malaria, por ocho a doce semanas, con ataques febriles de varia intensidad, hasta que al fin, al año casi de la primo infección, la salud retorna, siempre que no intervengan otros factores que compliquen la marcha espontánea de la enfermedad hacia la curación, por la inmunidad o resistencia al parásito adquirida por el enfermo. Esta es la marcha clínica de las tercianas no tratadas o tratadas por medios deficientes.

Fijemos nítidamente este primer concepto fundamental que hará comprender los graves problemas que en la práctica presenta esta epidemia: *la Malaria es una enfermedad infecciosa, de largo plazo de evolución, con períodos agudo y crónico — primo infección y recidivas — que abandonada a si misma o insuficientemente tratada dura no menos de un año.* A los episodios ostensibles del comienzo: calofríos, fiebre y sudores, siguen otros, menos dramáticos quizás, pero que implacablemente se presentan, sin necesidad de una nueva infección por los zancudos, semanas, meses y aun años después, como una de las características más originales que dan a la Malaria, al par que su severidad

clínica, su importancia como» factor de insalubridad.

///.—*Acción destructora de la Malaria, sobre el organismo humano*

Las transformaciones repetidas del hematozooario en los glóbulos rojos de la sangre de los enfermos de Malaria originan graves daños en la salud física y psíquica de quienes padecen de este parasitismo. El calofrío, la fiebre y el sudor, de cada acceso, son apenas la expresión ostensible del despedazamiento de las células rojas de la sangre que se opera en la intimidad del organismo, el que al empobrecerla, le impide que asegure la oxigenación indispensable de los demás órganos, perturbando el aporte de la energía vital necesaria al trabajo. La sangre pierde, por acción de la Malaria, el tercio y aún más de su riqueza globular.

No es únicamente este precioso elemento el que así es destruido por la acción del parásito malárico; los demás órganos del cuerpo reaccionan, asimismo, contra la invasión del hematozooario ya aumentando, transitoriamente, de volumen; ya transformando permanentemente, su trama íntima, lo que origina esos bazos e hígados gigantescos tan frecuentes en nuestras zonas de Malaria y que indican al higienista que sus portadores no fueron oportuna y convenientemente medicados en el momento de su *primo-infección*.

En esta adaptación del hematozooario al hombre, cambia de

aspectos, haciéndose sucesivamente, *esporozoito*, *esquizonte*, *merozoito*, según que acabe de penetrar en la sangre, traído por el zancudo; esté alojado en un glóbulo rojo o quede libre, después de haberlo destruido; para, finalmente, tomar su forma resistente a los esfuerzos destructores del organismo, transformándose en *gameto*, verdadera semilla de la Malaria, por que los gametos — gracias a la intervención de los zancudos chupadores de sangre — confundidos hembras y machos sufrirán en el cuerpo de estos insectos nuevas transformaciones que darán origen a hematozoarios jóvenes, infectantes.

Tal metamorfosis del hematozoario explica por qué la Malaria no se propaga cuando el individuo está recién atacado, en la fase aguda de los accesos de tercianas. Sólo cuando se inicia la curación y el hematozoario se convierte en gameto, es que el enfermo se vuelve peligroso para una zona.

Pnl' tari e> ni crin ó 1-1/11-1 miinfn

maravilloso mecanismo, es como se perpetúa el parásito en la Naturaleza y se mantiene, perenne, la Malaria en una comarca, convirtiéndose en esa plaga maldita que destruye la vida social y perturba el trabajo agrícola, cuando el hombre no le opone resistencia, ni lucha contra tan implacable elemento destructor de su sangre y con ella, de la salud, de la felicidad y de la riqueza colectivas.

IV.~Como se producen las epidemias de Malaria

La Malaria se trasmite exclusivamente en la Naturaleza por intermedio de un grupo de zancudos, llamados científicamente Anofeles — palabra que significa sufrimiento, en griego.— El descubrimiento de este hecho se debió a dos sabios: Giambattista Grassí, italiano, y Ronald Ross, inglés, lo que permitió, a partir de 1897, colocar la lucha contra la Malaria en un terreno firme y fecundo.

Ísteta necesaria intervención de los Anofeles explica la apari-

ción violenta y periódica de las epidemias de Malaria. Es el zancudo hembra el que pica al hombre chupándole la sangre, que es elemento esencial no sólo para la nutrición del insecto sino para la maduración de sus huevos, después de fecundadas. Cuando la sangre nutricia está cargada de gametos, el zancudo se infecta a su vez.

Estos gametos, que son como ya dijimos, formas sexuales y resistentes del hematozoario, evolucionan entonces en el estómago del zancudo y luego, por un mecanismo perfectamente estudiado y comprobado, se transforman en hematozoarios jóvenes *los esporozoitos*, que migran a las glándulas salivares, del zancudo y penetran en el organismo humano cuando el zancudo hunde su trompa e inyecta su saliva en el individuo cuya sangre le sirve de alimento.

No son, pues, los zancudos que se alimentan por primera vez los que transmiten la infección malarica, sino los que ya han chupado sangre infectada. Este mecanismo en sus fases múltiples, ofrece singular importancia; y solo por su conocimiento es como se ha podido explicar la difusión de la Malaria, sus epidemias periódicas y estacionales y fijar las líneas de la acción sanitaria.

En síntesis: una persona con gametos en su sangre — los niños son los grandes depositarios de esta forma de hematozoario; — un zancudo que se alimenta con esta sangre *gametófera* (cargada de gametos) y una persona sana que luego sea

picada por el zancudo previamente infectado una semana y media antes, representan los tres términos esenciales que, al enlazarse en la Naturaleza, determinan la propagación y con ella, las epidemias de Malaria. Según esto, la Malaria aparece como la resultante 'fatal del conflicto que por su perpetuación sostiene tres especies vivas: el hombre, el zancudo y el hematozoario.

No todos los zancudos se infectan, a pesar de picar a malaricos crónicos. Pero cuando en alguno evolucionan los gametos hasta convertirse en esporozoitos, su capacidad infectante se mantiene durante todo el período de su existencia. Cada alimentación de estos zancudos infectados, crea entonces, un malarico más!

Los zancudos infectados pierden a menudo la facultad de abandonar las casas a donde fueron en busca de su alimento sanguíneo. Se tornan, en cierto modo, estériles. Tal domesticidad los hace más peligrosos.

Con fundamento ha dicho Clayton LANÉ, condensando la opinión científica hoy dominante: "la habitación es un factor de primera importancia en la propagación de la Malaria." La vivienda es, efectivamente, el sitio donde el hombre adquiere la enfermedad. Y como los niños, principalmente los más tiernos, muy poco abandonan las habitaciones rurales, en que a menudo se les deja encerrados durante las faenas de sus padres en el campo, son los que pagan más alto tributo a la in-

fección. "La Malaria, ha escrito el eminente médico Peter Muihens es una enfermedad de ía infancia."

Estas nociones son fundamentales para comprender bien cómo se originan las epidemias de Malaria. Niños infectados crónicos, gametóforos, con grandes bazos hipertrofiados, y habitaciones colmadas de anofeliñas, he ahí losi dos elementos que actúan como los brazos de una tenaza implacable que ajusta a los trabajadores rurales bajo la opresión de la Malaria.

Como los zancudos sólo se alimentan a la hora del crepúsculo — llamado por tal motivo, por *los* higienistas, el crepúsculo anofelino — o en las noches y horas del amanecer, es durante el reposo y el sueño cuando se efectúa la infección de los habitantes de ice zonas atacadas por la Malaria. *La malarización rural*, de que hablamos más adelante.

En la Costa del Perú el único zancudo hasta ahora identificado como trasmisor de la Malaria es un anofeles de alas ligeramente amarillentas, manchadas en sus bordes con puntos negros, con las patas brumas, con el cuello corto y provista su cabeza de un poderoso punzón

para perforar la piel de sus víctimas. Su nombre técnico es *Anofeles pseudopunctipennis*.

V.~Cómo se desarrolla el zancudo trasmisor ele la Malaria en la costa del Perú

El *Anofeles psceudopunctipennis*, como todos los zancudos, tiene dos períodos distintos de desarrollo: uno acuático y otro aéreo. Huevos, larvas y ninfas, han menester del medio acuoso; el insecto llegado a su completo desarrollo vuela y se refugia contra la intemperie en *las* viviendas humanas. Sólo en este momento ofrece peligro como trasmisor de la Malaria, pero durante su vida larvaria es cuando su destrucción, en vasta escala, es relativamente sencilla.

Los huevos desarrollan en un tiempo variable, según la temperatura de ambiente. Dos o tres días es lo usual en las condiciones propicias. Las larvas demoran una o dos semanas en la estación oportuna, pudiendo resistir por largo tiempo en los meses, de invierno, asegurando así la perpetuación de la especie contra- la destrucción de ios fríos. Las ninfas completan su desarrollo en dos o tres días, al

cabo de los cuales, del ninfario o caparazón, emerge el insecto alado.

Las larvas del anofeles *pseudopunctipennis* necesitan para cumplir su ciclo de vida que las charcas donde evolucionan sean límpidas, con plantas acuáticas flotantes, que al par que les dan el oxígeno necesario a su respiración, las protegen contra la voracidad de las demás especies animales que pueblan las aguas, y que estén abiertas al Sol.

VI.—Los ríos del litoral peruano y su papel en la larvigenesis

En la costa del Perú las aguas que reúnen las condiciones favorables para el desarrollo de las larvas de anofeles' *pseudopunctipennis*, provienen del estiaje de los ríos, concluidas las crecientes del verano. En marzo, cuando las avenidas fluviales llegan a su término, las aguas; aprisionadas o poco más o menos por los márgenes inseguros que las bordean, se clarifican por sedimentación. Es el momento más favorable para la rápida evolución del anofeles vector: de larva y ninfa a insecto alado.

Como las caídas de estas aguas están condicionadas por la temperatura, las lluvias, los deshielos, la inclinación del suelo, etc., las epidemias de Malaria, por la influencia de estos; factores en la iarvación anofelina, guardan estrecha relación con las estaciones. Por algo a las fiebres palúdicas se les conoce con el nombre de "Fiebr's estivo-otoñal es."

Se puede afirmar con certidumbre que los ríos son en nuestro litoral los más importantes lechos larvarios. En su superficie es donde los anofeles *pseudopunctipennis* ponen, a millones, sus huevos, en cumplimiento de su destino como especie. Las leyes que regulan esta procreación de los zancudos en la superficie hídrica de los ríos, por mucho que no sean bien conocidas ofrecen inmenso interés práctico. Por ahora, hasta nuevos y más completos estudios, las enunciamos así.

VII.—Las leyes de la larvigenesis fluvial

Como hipótesis fundadas en nuestras observaciones, suscitadores de nuevos y más completos estudios, 'he aquí cómo los ríos presiden la evolución acuática de los anofeles transmisores de la Malaria en nuestro litoral.

I.—*La larvigenesis*, — facilidad para el desarrollo de las larvas del anofeles *pseudopunctipennis*, vector de 'la Malaria — en la superficie de los ríos de la Costa del Perú está en razón inversa del caudal de sus aguas. A mayor caudal, disminución de larvas. La sequía de los lechos, permite intensa iarvación. Este caudal, por depender a su vez de las estaciones del año, con sus cambios climatéricos, torna a la Malaria en una epidemia del otoño.

II.—*La larvigenesis* está, asimismo, en razón inversa de la declividad de los lechos fluviales. En los cursos inclinados, torrentosos por consiguiente, es-

casas posibilidades de larvación. Es en las divagaciones horizontales de las aguas hacia los márgenes inciertos, donde el río crea los más peligrosos focos larvarios. Las corrientes no siempre son hostiles a la larvación.

III.—Toda la superficie del río es, potencialmente, larvigena; es decir, puede favorecer el desarrollo de las larvas de anofeles., pero su capacidad efectiva en este particular guarda relación directa con los múltiples accidentes que en el curso de sus aguas origina la mano del hombre, por las necesidades del regadío. El aumento de las capas isemiquietas de estas aguas, por embalses, compuertas y tomas, aumenta las posibilidades de la larvación.

IV.—La larvigenesis está estrechamente condicionada por el desarrollo de la vegetación acuática horizontal flotante: algas, lemmas, espigas tiernas, etc.. las que al par que abrigan

a las larvas contra la voracidad de sus enemigos naturales, les dan el oxígeno indispensable para su transformación en insectos alados.

V.—La larvigenesis anofelina no se produce en las aguas aluviosas; ni en las pútridas; ni en las cargadas con materias minerales. Por esta razón, las aguas de rebalse sólo en condiciones muy limitadas pueden ser anofeligenas, predominando en ellas otros tipos larvarios, las larvas de culex principalmente.

VI.—La influencia malarigénica de IOSÍ ríos, es decir su papel favorable al desarrollo larvario y por tanto al de la Malaria, está en razón inversa de la distancia que los separa *úe* los centros poblados, las "rancherías rurales." Los poblados; próximos a un curso de agua son los más vulnerables a las epidemias de Malaria.

(Continuará).

Pireterapia y enfermedades del sistema nervioso

El Dr. H. Roger, de Marsella, se ocupa en el *Concours Medical* del 4 de noviembre de .1934, de las diversas enfermedades nerviosas en-las que se han aplicado las diversas pireterapias (infecciosas, químicas, físicas).

La malarioterapia de la parálisis general tiene una acción preferente sobre el síndrome somático: hay aumento del peso; el síndrome psíquico está modificado sobre todo en sus síntomas de excitación, sus ac-

cesos delirantes, más tarde y en un grado menor en su fondo demencial. A veces psicosis del tipo no paralítico aparecen en el enfermo varios meses después de la cura. En el síndrome neurológico, los elementos más curables son la disartria y la disgrafia. El síndrome humoral continúa rebelde durante mucho tiempo. En el balance de los resultados, las remisiones completas son de 25 % por término medio; las remisiones

incompletas que libran a los enfermos de sus accesos agudos y prolongan su vida son de 25 a 30 %.

Junto a la malarioterapia, conviene indicar como otros métodos piretógenos en la parálisis general: las infecciones espirilares, como la fiebre recurrente o con gérmenes desconocidos, como la fiebre granulosa; los productos bacterianos diversos, como la vacuna antichancrosa, la vacuna antitífica, la tuberculina, las proteínas microbianas complejas; los métodos químicos como el nucleinato de sosa, las inyecciones de leche esterilizada, el aceite azufrado^ los procedimientos físicos, sobre todo las ondas cortas. Excepto en caso de malarioresistencia, de estar distante el enfermo de todo centro malarioterápico, estos diversos métodos deben, en la parálisis general, ceder el paso a la malarioterapia.

En la tabes, la cura piretógena sólo ejerce influencia contra algunos dolores fulgurantes rebeldes o las crisis gástricas recidivantes. Está también indicada cuando los signos clínicos y las reacciones humorales alcanzan una gravedad cada vez mayor a pesar de las curas específicas.

Mencionemos las tentativas verificadas en la atrofia óptica y las sífilis nerviosas tardías, en las que podría evitarse la parálisis general.

La epilepsia resiste a este modo de tratamiento. Obtiénense

resultados mejores en el síndrome parkinsoniano, algunas contracturas hemipléjicas, las esclerosis en placas (vacunas, ondas). Los resultados son muy precarios en la demencia precoz. En la psicosis maniaco-depresiva, los estados de excitación son, dentro de ciertos límites, influidos de un modo más intenso que los estados depresi-

Las conclusiones que formula el autor son las siguientes:

La piretoterapia obra más sobre los síndromes de excitación que sobre los trastornos por déficit las fases agudas de las enfermedades que sobre las evoluciones crónicas.

Puede ser aconsejada en algunos brotes dolorosos de los tabéticos, en la atrofia óptica, en las polineuritis, en algunas contracturas hemipléjicas. Debe ser intentada, en forma de aceite azufrado o de vacunas y a pesar de sus resultados muy inconstantes, en las formas iniciales de la demencia precoz.

La principal de sus indicaciones es la parálisis general. La impaludización proporciona en algunos casos excepcionales éxitos inesperados, provoca en un número mayor de casos remisiones importantes. Por desgracia, muchos son los enfermos que aun prolongándoseles la vida no consiguen obtener una recuperación social notable. La cura malárica debe ser muy vigilada, irá seguida de varias curas intensivas con estovarsoL

El tratamiento de las heridas con el aceite de Bacalao

Leyendo al Profesor J. Loehr en el Deutsche Med. Wshcr. nos encontramos con los resultados maravillosos que el profesor ha encontrado siguiendo este tratamiento. Este le fue inspirado por *los* resultados tan beneficiosos que se obtienen dando a los niños este aceite durante las infecciones. Demuestra que el aceite de bacalao, como los demás aceites, es estéril y hasta tiene capacidad para matar bacterias, esto sí, mucho más despacio que los desinfectantes comunes. El aceite de bacalao se aplica habiendo mesclado con algún unguento que le dé una consistencia semi-sólida a la temperatura ordinaria (Unguentolan) Hely & Co. de Berlín. Al calor del cuerpo la sustancia así preparada se derrite e infiltra las heridas o úlceras

a las que se les ha aplicado *este* medicamento y se ve cómo el tejido necrótico se funde bajo la influencia y se regenera en tal forma que se hace innecesario hacer injertos de tejido que después de ser una cosa complicada podía no resultar buena. *Este tratamiento no es bueno para casos agudos*, puesto que aumentaría el proceso inflamatorio estimulando la circulación. Una indicación para este tratamiento son *las* quemadas de segundo y tercer grado y muy especialmente en el cuero cabelludo en donde el tratamiento con ácido tánico y que tan buenos resultados da es difícil aquí de aplicar.

J. R. D.

DIAGNOSTICO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL

Barthelemy, en un importante artículo de la *Revue Medicale de l'Est* (15 de junio de 1934), define la oclusión intestinal como un síndrome de origen mecánico determinado por un paro completo del tránsito de los excrementos y cíe los gases. Este paro puede obedecer a dos causas: supresión de la luz del canal digestivo, por lo menos en un punto de su trayecto, por compresión, acodadura, vicio de posición, o por un obstáculo interno, en forma de lesión parietal obliterante, inflamatoria, cicatricial o neoplásica, y, en segundo lugar, supresión del peristaltismo en un segmento del tubo digestivo (íleus paralítico).

El resultado es que el contenido intestinal no sigue su curso, los fenómenos de la digestión están detenidos y la circulación sanguínea y quilífera está retenida en el segmento interesado. De dónde la elaboración intensa de productos tóxicos, intoxicación copiosa del organismo, que produce el cuadro clínico siguiente: estado general sumamente afectado, pulso blando, color terreo, rasgos desencajados, lengua seca, extremidades frías y cianóticas, temperatura normal o hipotermia. Al principio, estado nauseoso, hipo, después vómitos alimenticios seguidos de otros biliosos, amarillos, verdes, porráceos, y, finalmente, fecaloides. Sed ar-

diente, orina de color rojo ne-gruzco. Vientre timpanizado, después meteorizado, los tegumentos parecen adelgazados, presión no dolorosa, palpación profunda imposible. De vez en cuando, las asas intestinales se dibujan debajo de la piel, en tanto que se perciben gorgoteos y el enfermo sufre intensamente del vientre.

La gran crisis de oclusión va a veces precedida de crisis de menor intensidad.

El diagnóstico diferencial debe hacerse ante todo con la obstrucción. Esta está caracterizada por un tránsito intestinal dificultado de un modo incompleto y por intervalos. Es debida a una compresión parcial e irregular o a la presencia de un obstáculo interno que oblitera incompletamente y en forma intermitente la luz del canal, o una lesión que estreche el tubo intestinal. Desde el punto de vista sintomático hay paro de las materias fecales, pero nunca de los gases, inapetencia, náuseas, vómitos, timpanismo y crisis de cólicos con hiperperistaltismo visible debajo de la pared, gorgoteos, ruidos musicales, despeño gaseoso y fecal (excrementos duros, después líquidos en gran abundancia, muchas veces mezclados con sangre). Todas las veces que un tratamiento curativo no ha podido intervenir en tiempo oportuno,

la obstrucción termina por una crisis de oclusión aguda.

Diagnóstico diferencial con la peritonitis aguda. Un síndrome inflamatorio no comienza como un síndrome mecánico. Dolores intensos abdominales, continuos, de intensidad progresiva, localizados al principio; contractura de la pared en el punto doloroso. Temperatura por encima de la normal, pulso frecuente. Si ha podido obtenerse una descripción exacta o bien observar el período de estado, no nos dejaremos engañar por las fases últimas de la peritonitis generalizada que, en su aspecto clínico, se aproximan mucho más a las últimas fases de la oclusión. Hay distensión paralítica de todo el abdomen, y el enfermo no sufre ya.

Una vez hecho el diagnóstico, hay que procurar precisar el asiento del obstáculo. En las oclusiones altas, estado agudo inmediato, vómitos muy precoces, que a poco van haciéndose menos frecuentes, deshidratación rápida y completa, sin tim-

panismo o todo lo más localizado en el epigastrio. En las formas bajas, ha habido casi siempre crisis de obstrucción. Los vómitos porráceos y fecaloides son sumamente abundantes, y la resistencia del enfermo es mayor.

El autor expone la manera como el tacto vaginal o rectal, la rectoscopia y la radioscopia (In comida opaca (con comida opaca en los casos crónicos, durante las remisiones), contribuyen a precisar el asiento del obstáculo y estudia, finalmente, ios casos en los que la naturaleza de éste puede ser reconocida, pero — dice— en muchos otros *no* cabe más que hipótesis. Debemos siempre pensar en las afecciones más frecuentes según la edad del individuo; en el niño, la invaginación; en un individuo de edad madura, un cáncer del colón; en un viejo no olvidaremos pensar en la trombosis mesentérica.

(Del Monde Medical)