REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Doctor Manuel Larios

Doctor Manuel Cáceres Vijil

Doctor José R. Durón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Doctor Humberto Díaz

Doctor Henry D. **Guilbert**

Año V | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Abril de 1935 N° 54

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Bendito seas Dolor, exclamaba Santa Teresa de Jesús, que has calcinado la mala levadura de mi alma! Bendito seas Dolor, exclamamos los médicos, porque tú nos orientas y enseñas el camino hacia el fácil diagnóstico; porque tú iluminas las oscuridades de la clínica; porque tú empujas los pacientes en busca de alivio y porque tú despiertas, exacerbándote, el recuerdo de Dios.

Cuantas veces en el ejercicio de la profesión nos lamentamos de la ausencia de tan precioso síntoma, cuantas dudas, cuantas vacilaciones y cuantos errores nos evitaría su presencia! La medicina que practicaban en los primitivos tiempos se reducía a sobre todas las cosas a calmar el dolor, medida excusable si se considera la ignorancia absoluta no digamos de la patología y la terapéutica sino de los elementales conocimientos de la anatomía y la fisiología. Pero en estos tiempos no de oro sino de luz, el concepto del dolor ha cambiado; de verdugo de la humanidad ha pasado a ser valioso ayudante del médico para aclarar las cuestiones intrincadas de multitud de enfermedades a tal grado que sólo estando desprovisto de los mínimos conocimientos indispensables en la práctica médica, se interviene a su curación sin antes haber formulado su diagnóstico exacto.

El 90 % de los cánceres uterinos son curables quirúrgicamente, dice el Profesor Faure, cuando se interviene al principio. En países civilizados los pacientes acuden por esa enfermedad en busca de tratamiento cuando empiezan las hemorragias, o la fetidez del flujo, excepcionalmente en el último período, el doloroso. Entre nosotros por el contrario, el 90 % de cánceres llega sólo cuando aparecen los dolores es decir cuando la neoplasia ha invadido el perimetrio y ramas nerviosas que causan aquéllos, época en

INFECCIÓN URINARIA

La infección urinaria se caracteriza no sólo por una septicemia y una toxemia que parte del árbol urinario, sino también por una auto-intoxicación derivada de lesiones renales concomitantes o consecutivas a *la* septicemia.

Se distingue un infectado urinario de un septicémico puro en que las alteraciones renales que agravan su situación, provocan una insuficiencia de eliminación de toxinas del organismo, estableciendo un círculo vicioso: la septicemia y la toxemia aumentan las lesiones del riñon y éstas agravan las primeras.

La infección urinaria puede presentarse espontáneamente en los grandes infectados urinarios crónicos: hipertrofiados de la próstata, estrechos de la uretra y los calculosos; pero lo más frecuente es que aparezca después de intervención sobre las vías urinarias: sonda je, dilatación de la uretra, uretrotomía interna, litotricia, cateterismo de los uréteres.

En la clínica se presenta bajo tres tipos: acceso de fiebre urinosa, infección aguda prolongada y fiebre urinosa crónica.

I.—El acceso de fiebre urinosa excepcionalmente termina por la muerte: bruscamente el individuo es atacado de un violento escalofrío que lo agita en la cama, facies impresionante, violáceo, ojos hundidos, respiración jadeante; vómitos, delirio; fiebre hasta 41 a veces, pul-

so pequeño, imperceptible; este cuadro dura desde 25 minutos a 3 o 4 horas; cuando la muerte llega es en ese estado.

Al frío sigue el calor; al violeta del rostro sucede la rubicundez; cara abultada; los ojos brillan anormalmente; la lengua y la piel secas y ardientes; el pulso se vuelve lleno y frecuente; después una transpiración abundante. Experimenta un bienestar, el sudor inunda el lecho. El paciente deprimido se duerme y el acceso ha terminado. Por excepción la crisis no evoluciona así: escalofrío, calor y sudor. Cuando falta el último el pronóstico debe considerarse malo.

II.—En la infección prolongada aguda los accidentes evolucionan de manera imprecisa y por largo tiempo: el escalofrío inicia el cuadro pero menos intenso y más largo; el calor y sudor sin caracteres claros, poco marcados o ausentes; la temperatura elevada durante el escalofrío no cae a la normal después del acceso y sube bruscamente en ganchos a cada nueva crisis; fiebre intermitente a grandes oscilaciones irregulares.

Los accesos se repiten variablemente según los individuos, aparecen varias veces en 24 horas o cada 2 o 3 días; dura esta forma de varios días a varias semanas. Trastornos generales y locales acompañan la hipertermia, como consecuencia de la septicemia y la auto-intoxicación. Hay anorexia, náuseas, vómitos, constipación o diarrea

fétida; lengua **seca**, pastosa, blanca en el centro y roja en la periferia; la mucosa bucal tapizada de mucosidades, con frecuencia muguet; abdomen meteorizado. Congestiones pulmonares tórpidas o graves.

La insuficiencia renal *que* agrava la septicemia y la toxemia se traduce por oliguria marcada; los riñones sensibles y palpables por la formación de focos inflamatorios en el parénquima.

Los accesos repetidos de esta forma son de pronóstico más oscuro que la anterior; destruido por las descargas microbianas y tóxicas en la sangre y por una insuficiencia renal que impide su eliminación, después de algunos accesos el paciente muere. Complicaciones metastásicas aceleran el proceso fatal; abscesos **celulo-adiposos**, supuraciones musculares, artritis, abscesos del parénquima renal, etc.

III.—La fiebre urinosa crónica se instala de una vez o sucede a una aguda; el cuadro clínico se parece más a la retención azoada que a la septicemia. Generalmente no hay elevación de temperatura, pero el estado general seriamente afectado; la insuficiencia renal repercute en

todos los órganos; Guyon llamaba ese estado caquexia urinosa: inapetencia, digestiones difíciles, constipación, diarrea fétida, lengua seca, pastosa, piel arrugada de tinte amarillento, enflaquecimiento; la muerte termina con los pacientes, más segura cuanto más viejas son las lesiones. A veces son las complicaciones las responsables de ella, precipitándola.

El diagnóstico de la infección urinaria transitoria se hace por sus caracteres, no confundirla con la fiebre biliar de los calculos del colédoco.

Los accidentes repetidos pueden confundirse con el paludismo.

Error frecuente es atribuir en los urinarios toda elevación térmica a la infección urinosa; sólo hay derecho de pensar así cuando se han descartado todas las supuraciones de las vías urinarias: absceso de la próstata, pericistitis, absceso urinoso. Infecciones renales.

La infección urinaria crónica puede pasar desapercibida cuando el médico desconoce su cuadro clínico dando lugar a que la enfermedad se desarrolle libremente sin ningún tratamiento.

O. M.

Escala general de los valores nipiológicos

Por el Dr. José María Estapé,

Profesor de la Facultad de Medicina de Montevideo. Director de la Penitenciaría Nacional.

SUMARIO:—1°. —Escala de los valores de la serie trófica en el niño. — 2°. —Escala de los de la serie plásica en el niño. — 3°. —Escala de los valores de la serie rítmica en el niño. — 4°. —Escala de los valores de la serie frénica en el niño. — 5°. —Escala de los valores de la serie tímica en el niño. — 6°. —Escala de los valores de la serie ética en el niño.

I—Escala de los valores de la serie trófica en el niño

Comprende 3 grados: 19—Niño eutrófico; 29—Niño hipotrófico; y 39—Niño distrófico.

El trofismo es el estado de nutrición de los tejidos, llamado también metabolismo, con sus procesos de asimilación y desasimilación (anabolismo y catabolismo).

El niño eutrófico posee un metabolismo basal e intermedio normal.

El niño hipotrófico posee un trastorno cuantitativo de este mismo metabolismo que comprende 3 grados; 19—Hipotrofia de primer grado; 29—Hipotrofia de segundo grado, y 39 — Hipotrofia de tercer grado (Profiador Marfan) o Atrepsia (Profesor Parrot).

El niño distrófico o diatéxico posee un trastorno cualitativo del metabolismo, caracterizado por el predominio de la asimilación sobre la desasimilación, del anabolismo sobre el catabolismo (diátesis artrítica o exudativa) o sino por el predominio de la desasimilación sobre la asimilación (diátesis consuntiva).

II.—Escala de los valores de la serie plásica en el niño

Comprende tres grados: 19—Niño euplásico; 29—Niño hipoplásico, y 39—Niño displásico.

La serie trófica es al estado de nutrición de los tejidos lo que la serie plásica es al desarrollo del niño.

Los valores tróficos son pues valores fisiológicos estáticos, mientras que los valores plásicos son valores fisiológicos dinámicos.

El niño euplásico posee un desarrollo normal, esto es, su peso y su talla corresponden entre sí (edad fisiológica).

El niño hipoplásico presenta un trastorno cuantitativo en su desarrollo, de modo que su peso y talla no corresponden entre sí.

El niño displásico presenta un trastorno cualitativo en su desarrollo, que se puede extender

desde una simple simetría craneana o cráneo-facial, hasta una verdadera monstruosidad biológica.

III.—Escala de los valores de la serie rítmica en el niño

Comprende tres grados: 1?—Niño eurítmico; 2?—Niño hiporítmico, y 3?—Niño disrítmico.

La serie rítmica corresponde al dinamismo del niño en sus tres aspectos psicodinámicos: de la vida pasiva, de la vida espontánea y de la vida reflexiva.

El niño eurítmico presenta una armonía o equilibrio cinético entre los tres aspectos psicodinámicos de su personalidad evolutiva: la vida pasiva caracterizada por la influencia preponderante del medio ambiente psico-físico-social y condicionada por la emotividad; la vida espontánea caracterizada por la emancipación del individuo del medio ambiente y condicionada por la sociabilidad; y por último, la vida reflexiva caracterizada por la adaptación del individuo al medio ambiente y condicionada por la actividad.

El niño hiporítmico presenta un trastorno cuantitativo en la esfera psicodinámica de su personalidad como ser el "niño turbulento" y el "niño apático."

El niño disrítmico presenta un trastorno cualitativo de ese mismo equilibrio psicodinámico, caracterizado por el predominio total o parcial de uno o varios aspectos de la vida psicodinámica evolutiva (pasiva, espontánea y reflexiva).

Así, si predomina la vida pasiva, tenemos e? "niño vegetativo" con tendencia a la inercia y con movimientos torpes: si predomina la vida espontánea, tenemos al "niño inestable e indisciplinado," y si predomina la vida reflexiva tenemos al "niño precoz," cuya edad mental está por encima de su edad fisiológica y de su edad cronológica.

IV.—Escala de los valores de la serie frénica en el niño

Comprende tres grados: 1¹?—Niño eufrénico; 2?—Niño oligofrénico, y 3¹?—Niño disfrénico o frenasténico.

El niño eufrénico presenta un desarrollo armónico de sus funciones psíquicas que pasan por tres etapas: primera etapa o instintiva, donde se revelan las tendencias afectivo-activas de la personalidad innata; segunda etapa o del automatismo psíquico (actividad psíquica poligonal del profesor Grasset), donde se revelan los hábitos mentales adquiridos que integran los estratos más profundos de la personalidad adquirida (estratificación psico-biológica de la personalidad, según Sanctí de Santis); y tercera etapa o del psiquismo discriminativo (psiquismo superior o centro O del profesor Grasset), y caracterizado por la actividad lógica, racional y efectiva.

El niño oligofrénico presenta una alteración cuantitativa de sus funciones psíquicas, escalonada desde la Idiocia profunda a la Debilidad Mental de primer grado.

El niño disfrénico o frenasténico presenta una alteración cualitativa de sus funciones psíquicas, escalonada desde la **Psiconeurosis** obsesiva a la Demencia Precocísima.

y.—*Escala de los valores de la serie tímica en el niño*

Comprende tres grados: 19—El niño eutímico o eufórico; 29—El niño hipotímico o triste, y 30—El niño distímico o ciclotímico.

El niño eutímico o eufórico es el niño normal que presenta en grado superlativo la "*alegría de vivir*," exteriorización inequívoca de una salud integral, de acuerdo con el conocido aforismo "*Mens Sana in Corpore Sano*."

El niño hipotímico o triste que exterioriza el "*dolor de vivir*" y la "*desesperación de existir*," con tendencia marcada a aislarse de los demás, a replegarse sobre sí mismo, a cultivar su propio dolor moral, de acuerdo con el poeta: "*nació, sufrió y murió*."

El niño distímico o **ciclotímico**, cuyo "tono neuro-psíquico" puede oscilar entre la excitación maníaca y la depresión melancólica, con periodos intercámbios normales o sub-normales; constituyen los predispuestos, en la edad adulta, a la psicosis maníaco-depresiva de Kraepelin (**neuro-psiquiatría** evolutiva).

VI.—*Escala de los valores de la serie ética en el niño*

Comprende tres grados: 19—Niño moral; 29—Niño inmoral,

y 39—Niño amoral.

El niño moral se caracteriza por su adaptabilidad al medio ambiente psico-físico-social que lo rodea; ambiente familiar, ambiente escolar, ambiente profesional y ambiente social.

El niño inmoral, en la gran mayoría de los casos por fallas fundamentales de la educación en el hogar, se adapta difícilmente y entra a menudo en conflicto con el ambiente.

El niño amoral es un ser constitucionalmente tarado, cuya anestesia moral y atrofia del sentido moral lo hace un inadaptable y un ser anti-social, cuyos tipos más conocidos son: "el amoral constitucional," "el maligno constitucional," "el perverso instintivo" y "el loco moral" que alimentan incesantemente la falange proterva y trágica del vagabundaje, de la mendicidad, de la prostitución y del crimen.

Resumiendo: así tenemos los seis aspectos trófico, plásico, rítmico, frénico, tímico y ético en el estudio psico-bioantropológico-social del niño y su expresión culminante sería el *Niño angélico*, síntesis humana y viviente de estos seis aspectos.

El *Niño angélico* es a la **Nipología**, lo que el *Hombre Eterno* de Vicio es a la Sociología Criminal.

La Nipología, cuyo cometido es el estudio integral del niño en su primera edad, desde el punto de vista médico-psico-biotipológico-social, perseguirá el perfeccionamiento del ser humano, vigilando, orientando y dirigiendo la educación física, intelectual y moral del niño en

la edad pre-lógica y pre-fásica (anterior a la aparición de la palabra hablada y de la lógica inductiva-deductiva) y su aspiración suprema es llegar al niño angélico.

Así, luchando la Nipiología en el mismo sentido que la Eugenia, para perfeccionar el tipo humano indefinidamente, a fin de que la sociedad pueda combatir eficazmente —haciendo obra fecunda de profilaxia y preservación social—, ese "cáncer social" representado por el vagabundaje, la mendicidad, la

prostitución y la delincuencia infantil.

De este modo la Nipiología será el primer esfuerzo para combatir la "Trágica cadena del vicio," cuyos eslabones malditos son, en orden ascendente de la peligrosidad o nocividad: 1^o—La infancia abandonada; 2^o—La infancia anormal; 3^o—La delincuencia juvenil, y 4^o—La criminalidad.

(De Revista Médica Latino-Americana).

Lo que el Médico no debe Hacer

Delirio.

NO dejéis de tomar la temperatura y de examinar la orina de un delirante.

NO dejéis de examinar la piel, para ver si hay melanodermia palúdica, erisipela o alguna fiebre eruptiva.

NO olvidéis la auscultación, que permite descubrir una pneumonía o un ruido de galope.

NO dejéis de palpar las articulaciones, que son muy dolorosas en el reumatismo cerebral; y el bazo, cuya hipertrofia debe hacer pensar en un acceso pernicioso.

NO dejéis de examinar las pupilas, que están dilatadas en el envenenamiento por la belladona, contraídas en la uremia y el envenenamiento por el opio y desiguales en la parálisis general y la meningitis, y al-

gunas veces en la histeria.

NO hagáis pronóstico benigno en el delirio de la uremia, del coma diabético, de las septicemias y del reumatismo cerebral.

NO olvidéis que si, en lo general, los delirios infecciosos son benignos, pueden transformarse en locuras definitivas en los individuos pre-dispuestos.

NO hagáis pronóstico benigno, desde el punto de vista mental, en los epilépticos y paralíticos generales.

NO olvidéis que el delirio sistematizado es de pronóstico menos grave que el generalizado.

NO olvidéis que, generalmente, el delirio de los pneumónicos es de origen alcohólico.

NO pongáis camisa de fuerza a los delirantes.

NO prescribáis el opio, que a

débiles dosis es excitante y a dosis fuerte constipa, disminuye la secreción urinaria y favorece el coma; preferid el luminal.

NO olvidéis que la mayor parte de los delirios de los viejos son de origen urémico.

NO tratéis el delirio urémico con medicamentos; haced la sangría y la punción raquídea.

NO déis digital en el delirio cardíaco sin asegurarnos de que el enfermo no la ha tomado a dosis que, sumadas a la que prescribáis, puedan provocar un envenenamiento.

NO déis ciegamente el clorhidrato de hioscina que tiene una acción depresora.

NO déis alcohol en el delirio alcohólico.

NO déis opio en el delirio alcohólico, sino cuando el delirio no aparece en el curso de una infección y cuando el corazón y los riñones están indemnes.

NO déis baños fríos a los alcohólicos, sino cuando estéis seguros de la integridad del corazón; preferid el baño tibio.

NO déis salicilato de sodio a grandes dosis en el delirio hepático, porque dicho medicamento provoca delirio.

Desgarradura del cuello

NO maniobréis intempestivamente sobre un cuello insuficientemente dilatado; no apliquéis forceps ni hagáis la versión.

NO apliquéis la pituitrina cie-

gamente; ha provocado muchas desgarraduras del cuello.

NO dejéis que el encajamiento se haga en el plano menos favorable.

NO dejéis que pase el período de granulación para hacer la sutura.

Desgarradura del periné.

NO dejéis pasar la anestesia del parto sin hacer la sutura del periné.

NO dejéis que la cabeza se desprenda antes de que se hayan distendido las partes blandas.

NO dejéis que los hombros se desprendan al mismo tiempo, ni que el posterior distienda con brusquedad el periné.

NO hagáis suturas perforantes del recto.

NO constipéis en las desgarraduras ligeras, ni dejéis de hacerlo durante ocho días en las desgarraduras complicadas.

NO olvidéis que las operaciones obstétricas provocan más desgarraduras que los partos normales.

Diabetes.

NO esperéis que el enfermo os señale la existencia de la diabetes; estáis obligado a buscarla.

NO confundáis la diabetes con la peptonuria de los frugívoros y bebedores de cerveza ni con la lactosuria y la galactosuria de los niños de pecho enfermos.

- NO olvidéis que en las mujeres embarazadas pueden presentarse glucosuria y lactosuria que son transitorias.
- NO consideréis como diabética la glucosuria que se observa algunas veces en los traumatismos cerebrales.
- NO olvidéis que en la apoplejía puede aparecer una glucosuria importante en individuos que no son diabéticos, y que algunas veces desaparece en individuos francamente diabéticos.
- NO olvidéis que algunas enfermedades infecciosas, difteria, escarlatina, sarampión, grippe, etc., provocan a veces glucosuria.
- NO olvidéis que una emoción intensa puede producir una glucosuria transitoria.
- NO creáis que toda poliuria es diabética; puede ser esencial, tuberculosa o sintomática de una afección cerebral, renal, etc.
- NO hagáis el diagnóstico de diabetes sin haber comprobado la glucosuria verdadera permanente.
- NO os limitéis a diagnosticar diabetes; determinad su forma, la influencia del régimen, la acetonuria.
- NO dejéis de investigar la glucosuria en las supuraciones crónicas, neuralgias rebeldes, cataratas, dermatosis crónicas, gingivitis expulsiva, impotencia.
- NO os conforméis con hacer el examen de la orina total; haced examinar varias muestras, lo que os permitirá descubrir las glucosurias intermitentes.
- NO consideréis como gotosa una glucosuria si no os habéis convencido de que es intermitente y de que tiende a gravarse.
- NO diagnosticuéis coma diabético si no habéis comprobado la reacción de la acidosis.
- NO busquéis el ácido diabético con la reacción de Gerhardt sino con orinas que no tengan mas de una hora de haber sido emitidas y en individuos que no hayan ingerido recientemente antipirina, ácido salicílico, fenol, etc.
- NO baséis el pronóstico de la diabetes en la cantidad de glucosa que hay en la orina, sino en la cantidad de hidratos de carbono que puede ingerir el enfermo sin presentar glucosuria y en la dificultad con que ésta cede al régimen.
- NO seáis despótico con el diabético; no cambiéis bruscamente un régimen, ni reduzcáis bruscamente la glucosuria.
- NO creáis que el fin principal que debe perseguir un médico consiste en suprimir la glucosuria.
- NO olvidéis que en la diabetes grave el peligro está en la acidosis y no en la glucosuria.
- NO impongáis la restricción Hidrocarbonada a ningún individuo que presente reacción de Gerhardt positiva.
- NO tratéis de suprimir la glu-

- cosuria en la diabetes mixta grave, si la orina contiene cuerpos cetónicos o si el enflaquecimiento es intenso.
- NO abuséis de la carne; podéis provocar el coma diabético.
- NO permitáis la ingestión de la carne ni de ninguna sustancia nociva, si hay acidosis.
- NO enviéis a tomar aguas minerales a los diabéticos con mal estado general, con lesiones tuberculosas, acidosis, cirrosis o azotemia.
- NO permitáis el abuso del automóvil que impide el ejercicio necesario.
- NO prescribáis las aguas alcalinas a los diabéticos asténicos, enflaquecidos, con agotamiento nervioso y que presentan la reacción de la acidosis.
- NO inyectéis jamás insulina a un diabético aglucosúrico.
- NO déis nunca insulina por la boca.
- NO inyectéis sólo una dosis de insulina al día; inyectadla varias veces porque su acción se agota en 5 horas.
- NO dejéis de dar hidratos de carbono al enfermo después de cada inyección de insulina.
- NO prescribáis insulina a un enfermo que puede hacer desaparecer su glucosuria con sólo el régimen.
- NO olvidéis que la insulina provoca hipoglicemia durante el sueño.
- NO apliquéis la insulina a un diabético tuberculoso, salvo cuando la acidosis sea un peligro inmediato.
- NO dejéis de aplicar la insulina para hacer desaparecer la glucosuria si hay gangrena.
- NO operéis nunca a un diabético sin haberle hecho desaparecer la glucosuria con la insulina.
- NO dejéis de inyectar la insulina antes, durante, y después de la operación.
- NO operéis nunca a un diabético en estado de acidosis.
- NO apliquéis nunca el cloroformo a un diabético.
- NO déis éter si es de temerse una complicación pulmonar.
- NO déis piramidón ni bromuro de potasio a los diabéticos.
- NO déis sustancias reductoras ni opio, si hay acetonemia.
- NO déis bicarbonato en los estados tuberculosos ni en la diabetes flaca.
- NO inyectéis sustancias cáusticas en la diabetes sifilitica, ni inyectéis en la vena cianuro de mercurio ni 914; preferid el bismuto.

R. D. Alduvín.

(Continuará)

LA PESTE VERDE

*(Continúa)*VIII. — *Las aguas anofeligenas del campo*

Las reglas anteriores fruto de las observaciones efectuadas hasta ahora entre nosotros, se aplican a los manantiales, acequias y cursos de agua que discurren por los campos.

En estas aguas, por orden de importancia como factores de larvigénesis, señalaron las siguientes:

a).—Las de las sangraderas y los canales de irrigación que parten de los manantiales que afloran del suelo, cuando no las protegen los carrizales u otro tipo semejante de plantas contra la insolación, y siempre que estén cubiertos de vegetación horizontal.

b).—Las acequias de riego cuando tienen bordes irregulares y están abiertas al sol, en los remansos que entonces se forman, cargados de flora flotante.

c).—Las aguas de alumbramiento —puquiales— cuando se les desbroza de la vegetación que sombrea su superficie, el monte, que no sólo impide la evaporación de estas aguas, sino que las torna impropias para la íarvación anofelina:

d). —Las sabanas de regadío que inundan por largo tiempo los terrenos para determinados cultivos, el arrozal, a pesar de que estén en movimiento, siempre que se sedimenten y clarifiquen y hasta tanto no hayan

crecido las espigas del arroz en forma que impidan la insolación directa de la capa superficial del agua;

e).—Los tanques, embalses y demás reservorios de agua que se utilizan para fines industriales o para la provisión de aguas de bebida, cuando no están cubiertos y por abandono, permiten la formación de una vegetación flotante y de cara al sol.

Tales son los criterios sanitarios, hasta ahora fundados, con que hay que considerar las superficies de agua que en nuestro litoral sirven o pueden servir para el desarrollo del anofeles vector de la Malaria.

IX.—*La cuantía de lar-vas y zancudos: La onda anofelina anual*

Sin zancudos que trasmitan la Malaria es imposible la producción de epidemias. En otros términos, sin zancudos vectores no hay Malaria. Es la regla general universalmente confirmada. De ahí que el conocimiento de la forma como nacen y se desarrollan estos insectos ocupe la atención preferente de los Malariólogos del mundo entero.

Qué cantidad de zancudos invaden nuestros valles litoráneos, sembrando a su paso las tercianas? La pregunta vale la pena que tratemos de responderla.

El número de zancudos adultos que puede existir en deter-

minada región está estrechamente en relación con las aguas anceligenas. Es difícil señalar reglas, pero hay que recordar siempre que un larvario apropiado puede servir para el desarrollo de millares de zancudos.

En la Costa peruana, dado el régimen periódico de sus ríos, cuyas superficies inestables favorecen, enormemente, el desarrollo de las larvas del anofeles vector de la Malaria, estos anofelinos pueden llegar a sumar cantidades fabulosas, y tiene en cuenta los millones de metros cuadrados de superficie hidrica utilizable para la cría y multiplicación de los zancudos. Aceptando el índice de Van Breemen, estudiando las Indias Neerlandesas y sólo tenemos un título de información para darnos una idea siquiera aproximada, de que por cada metro cuadrado de agua propicia a la larvación, diariamente surgen, en la estación oportuna, 5,000 zancudos alados, se puede vislumbrar la cantidad innumera de anofeles que de marzo a junio cruzan, como verdaderas nubes, por sobre nuestras desamparadas rancherías rurales, constituyendo lo que llamamos la ONDA ANO FELINA ANUAL: sudario de fiebre que cubre a los trabajadores de la tierra como una maldición bíblica, que no se detiene en este o en aquel fundo, ni en esta o en aquella habitación, sino que ataca a todos, los poblados creando la *unidad del valle frente a la Malaria*.

X.—*El anofeles pseudopunctipennis* vector de la Malaria en la costa peruana y sus hábitos de vida

Poco se sabe todavía en el Perú sobre los hábitos de vida del zancudo vector de las epidemias de Malaria. Apenas las cuantas observaciones que hemos recojido y que aquí ofrecemos por su enorme importancia práctica.

El *Anofeles pseudopunctipennis* el trasmisor principal, tal vez el único, de la Malaria en nuestras Costa. En la región amazónica se ha descrito otro zancudo que por tener las extremidades brillantes como si fuera de plata, se le ha bautizando con el nombre técnico de anofeles *mes argiritarsis*.

Conocemos dónde se efectúa el ciclo acuático del *A. pseudopunctipennis*: sigámosle ahora en su carrera del lecho larvario hacia la vivienda humana, donde encontrará lo necesario para su perpetuación: alimento y fecundación.

Son las hembras las que han menester de la sangre humana; los machos van a los frutales y a las cañas dulces. Las nupcias entre ambos sexos se verifican al aire libre y excepcionalmente en las mismas habitaciones, cuando los criaderos o larvarios están próximos a ellas.

Las anofelinas hembras fecundas necesitan chupar sangre caliente para que en su vientre maduren los huevecillos que aseguren la eternidad de la especie. En esta tarea vital, si la sangre de que se alimentan

está cargada de gametos, el zancudo necesariamente se infecta. En el estómago primero, en las glándulas salivares después, los gametos se transforman en esporozoitos, convirtiendo al zancudo en propagador de la Malaria.

Es así: como sólo los zancudos que se han alimentado anteriormente con sangre infectante, al volver a alimentarse de nuevo, se tornan peligrosos difusores de la Malaria. El período para que evolucionen en el cuerpo del zancudo los hematozoarios, transformándose de gametos en esporozoitos, es de una a dos semanas, según la temperatura y la humedad atmosféricas.

Un zancudo infectante trasmite el mal durante todo su período de vida. Y como a menudo, por esta causa que lo afecta, pierde la capacidad de poner sus huevos, queda en las habitaciones, se domestica, convive con sus víctimas, chupándoles insaciable la sangre y al mismo tiempo infectándolas y re infectándolas con su saliva cargada de parásitos que darán más tarde la Malaria. Esta incapacidad de la hembra para la *ovoposición* ha sido muy bien estudiada para algunas especies trasmisoras. (Disociación genotrópica, de Swellengrebel; Astenobiosis, de Roubaud)³.

El zancudo en la búsqueda de su alimento puede recorrer grandes distancias. Hasta siete kilómetros! Uno o dos kilómetros se estima su radio de vuelo más frecuente. La extensión del recorrido está condicionada por la necesidad de ali-

mentarse. El viento puede arrojarlo, sobre todo cuando es caliente, pero esta influencia del viento puede decirse nula en nuestro litoral.

Las lluvias alejan al *Anopheles pseudopunctipennis*, pero hay especies que aman el agua, se les denomina por esto hidrófilas, tal acontece con el *Anopheles argiritarsis* de nuestras selvas de Oriente.

En sus andanzas aéreas, en acecho de la sangre necesaria, los zancudos tropiezan con las chozas dispersas de los yanacunas, realizando ahí sus primeras comidas sangrientas. No es improbable que cuando las nubes anofelinas llegan a las "rancherías" principales que concentran la población rural, muchos zancudos ya se han alimentado en el trayecto del lecho larvario a la vivienda humana con la sangre infectada, gametófora, de estos yanacunas, tornándose maláricos y por tanto elementos determinantes de las epidemias.

La intemperie es poco grata a los anofeles. Las altas temperaturas y la sequedad atmosféricas les son nocivas. El frío intenso actúa en forma semejante y más decisivamente.

XI.—*La vivienda humana teatro de la infección malárica*

Esta necesidad de buscar refugio, más importante todavía que la necesidad de alimento, hace que el zancudo ame la vivienda del hombre. En ella le esperan una temperatura uniforme y apropiada, la oscuridad que le es grata, la certeza

de nutrirse y de cumplir sus funciones reproductoras y la humedad que necesita su organismo. Todas estas comodidades atraen a los anofeles, tornándoles huéspedes de las "rancherías," en estrecha convivencia con las masas rurales, de donde la malarización intensa que éstas sufren.

La casa rural es el escenario donde el anofeles se infecta y donde transmite a su vez la infección. Este mecanismo de la epidemiogénesis malárica es dogma hoy en la Malariología. De aquí la importancia de conocer la cantidad de zancudos que usualmente se albergan en las viviendas. Es lo que se conoce con el nombre de "densidad anofelina," es decir, la cantidad de zancudos que en un momento dado se encuentra en cada vivienda humana. Esta densidad guarda estrecha relación con las epidemias.

En nuestras rancherías, es en los techos de cañas donde los anofeles hallan seguro refugio y donde hay que ir a buscarlos para medir su densidad. En veces se cuentan por centenares los anofeles residentes en una sola vivienda.

La migración cotidiana de los zancudos — ir y venir incesante de las hembras para su postura, su fecundación y su alimentación — es activísima. Del lecho larvario al lecho humano. Tal fenómeno, poco estudiado aún entre nosotros, juega un papel en la génesis de las epidemias de Malaria.

XII.—*La malarización anual de los trabajadores agrarios*

Hemos dicho, y lo repetimos, que la transmisión epidémica de la Malaria exige obligadamente la intervención del zancudo vector. Sin zancudos - adultos infectantes no es posible la primo-infección malárica. En los valles peruanos que miran al Océano Pacífico, el *Anopheles pseudopuntipennis* adulto sólo vive, por un período máximo de cinco meses: de febrero o marzo a julio. En el resto del año, los valles están libres de esta anofelina, a la que sólo se la encuentra en estado de larvas y por lo tanto incapaz de propagar la epidemia.

Este reposo periódico en la producción de enfermos, en la MALARIZACIÓN RURAL, tiene enorme interés práctico para la organización conveniente de la lucha contra la enfermedad; y obliga a examinar el por qué las tercianas, con todo el año como si en realidad pudieran transmitirse a la manera de las endemias verdaderas.

La explicación está en que la *Malarización rural* depende de la acción de dos epidemias que se entrecruzan y mutuamente se influyen, dando una resultante que a primera vista dá la impresión de la unidad y continuidad del proceso epidémico. Y estas dos epidemias que así se unifican en sus daños se distinguen en que la una, impera de abril a julio, es *la epidemia activa*; y la otra, se manifiesta por los casos recidivantes que se presentan durante el resto del año, constituyendo la *epi-*

demia residual derivada de la epidemia activa anterior.

La epidemia activa, en relación directa con la *Onda Anofelina*, se inicia en abril con numerosos casos de primo-infección o de reinfección. Los zancudos encuentran a los enfermos crónicos de la epidemia residual, se infectan y determinan esta elevación de la Malaria.

La epidemia residual, es la que queda en el resto del año, ausentes ya los zancudos transmisores, y deriva de la epidemia activa por la naturaleza propia de la Malaria, enfermedad crónica y de larga duración.

Cada año con mayor o menor intensidad, según los efectos del clima sobre los factores que condicionan la Onda Anofelina, se repite el mismo fenómeno, cuyo resultado es la elevación constante de la epidemia residual, con esos' enormes bazos de sus víctimas, que anémicos y abúlicos, gentes de sangre empobrecida y cargada de gametos, pobres masas humanas, jamás podrán por sí mismas libertarse de este pesado tributo que les cobra implacable el zancudo y que abonan en glóbulos rojos, la moneda del honor, de la felicidad y del trabajo.

XIII.—*Las consecuencias sanitarias de la malarización*

Para apreciar en toda su magnitud lo que significa esta malarización repetida y en vasta escala de las masas rurales examinemos sus consecuencias más inmediatas.

Veamos qué otros fenómenos ocurren en los campos cuando los cruza la Onda Anofelina, di'usora de la Malaria. En primer lugar el recojo del algodón, riqueza actual de nuestra Agricultura, que atrae a los fundes dedicados a este cultivo a numerosos trabajadores de fuera por el enganche, los que vienen a menudo con sus mujeres y sus hijos, mano de obra cotizable en las faenas de las cosechas, los que sucumbirán a las picadas infectantes del anofeles **pseudopunctipennis**.

La Onda anofelina coincide, además, con temperatura nocturna de 18 grados, la más favorable para la evolución de los parásitos en el cuerpo de los anofeles y por tanto, propicia para la trasmisión de la epidemia.

El tercer elemento que se conjura para tornar más grave la malarización activa, viene del estado de saturación de la atmósfera por el agua. Es el otoño, que entre nosotros se caracteriza por el enorme grado de humedad nocturna, elemento precioso para la vida de las anofelinas.

Por último, los días de abril y mayo, días variados y de clima inestable son predisponentes para -los enfriamientos del organismo humano, factor que lo torna más vulnerable a las tercianas. A menudo, las recidivas se verifican con estos primeros fríos nocturnos, que encuentran a nuestros trabajadores rurales sin el menor abrigo.

Los índices técnicos que se utilizan para medir la malarización de los tróbalos rurales—

índice esplénico, índice parasitario, etc. — muestran que después del paso de la Onda anofelina generadora de la epidemia activa, hay un aumento que va de uno a dos. Es decir, la epidemia activa, derivada de la epidemia residual preanofelínica, duplica la epidemia residual postanofelínica, creándose así un trágico círculo dantesco que oprime, entre nosotros, a cuantos trabajan en las faenas benditas del cultivo de la tierra. Sin el amparo de la Higiene, nadie escaparía a tan nefasta opresión. Es por la huida, casi siempre, como nuestras inermes legiones de braceros agrícolas, se ilusionan de librarse de esta funesta malarización que sin embargo les acompañará por mucho tiempo, como una triste sombra destructora.

Este éxodo de los braceros que laboran la tierra costeña, y que constituye el NOMADISMO RURAL, es otro de los graves fenómenos que influyen en la propagación y extensión creciente de la Malaria en nuestra Costa. Cuántos vinieron atraídos por las posibilidades de trabajo, apenas concluye éste, abandonan los parajes engañosos donde dejaron lo mejor de su sangre; y como la Malaria no abandona a sus víctimas, esta marea humana que va de la ciudad al campo y del campo a la ciudad, acaba por constituir un peligrosísimo medio de perduración de las epidemias y de aumento de las zonas malarizadas. Hasta ahora, muy poco se ha tenido en cuenta este fenómeno, al estudiar

las realidades que brinda esta plaga.

XIV.—*Los factores sociales de la malarización de los obreros rurales*

En la malarización intensa de los trabajadores de nuestras campiñas costeñas influyen, además de los factores ya mencionados, otros de no menor importancia y complejidad y que derivan de causas sociales. Enunciarlos, aún cuando sea someramente, permitirá completar el conocimiento de la Malaria.

Por', -orden de influencia he aquí cuáles son estos factores:

a).—Líj!l miseria, compañera de nuestros jornaleros rurales y de sus /amilias;

b).—La ignorancia casi absoluta en que viven sepultos, la que, bien consideradas las cosas, es apenas otra forma más dolorosa de la miseria;

c).—La alimentación insuficiente, pese al contacto que tienen con la tierra, nutricia por excelencia, olvidando que como lo dice un viejo refrán: la malaria está en la olla.

d).—La falta de abrigo conveniente, principalmente nocturno, que defienda los cuerpos durante el sueño, la hora de la infección malárica;

e).—El horror que sienten, incluso gentes de cierta condición social, por la quinina, la heroica droga salvadora, prefiriendo las prácticas charlatanescas y recurriendo a los brebajes y pócimas caseros;

f).—El olvido" en que se tiene a la infancia rural, privada de

todo amparo y de toda piedad, niños entregados inocentes a la malarización por los zancudos, creándose, con ello, los más peligrosos reservorios de parásitos, en la forma de gametos, que es más frecuente que existan en los niños que en los adultos;

g).—Las intoxicaciones por el alcohol y la coca, venenos raciales, los mayores enemigos que cuenta en su seno la República.

h).—La inmundicia en que viven estas legiones de obremos.

Para concluir, recordemos estas palabras del profesor Sergeant, que ha vivido con amor y saber las realidades coloniales africanas: "La Malaria, es, dice, la enfermedad de las poblaciones paupérrimas." Iguales los demás factores, la miseria condiciona fundamentalmente la intensidad de las epidemias." Bellas palabras que pueden ser repetidas al hablarse de la Malaria en la Costa del Perú.

XV.—Valoración económica de los daños que ocasiona la malaria a la Agricultura de la costa peruana

Para concluir con esta primera parte, examinemos lo que la Malaria representa, económicamente, para la Agricultura peruana del litoral.

100,000 jornaleros, dice la estadística oficial del Perú, entregan a las faenas agrícolas de la Costa, sus brazos para la obtención de los productos que rinde esta porción del suelo patrio: algodón,, azúcar, arroz y

aguardiente, las cuatro AAAA que dan tono y firmeza a la economía nacional y sustento a las masas rurales. 7,500 mujeres ayudan, con sus manos, en el laboreo de la tierra, 6,500 en el recojo del algodón. El hecho tiene importancia sanitaria por el cortejo familiar, con ios niños, que estas mujeres llevan consigo.

30,000 niños crecen a la sombra de esta masa trabajadora, es la evaluación que permiten hacer los datos demográficos que se conocen. Agregando el número de yanacunas y de las gentes nómades, se puede afirmar con seguridad que en los valles agrícolas de la Costa del Perú, entregada a las faenas del cultivo hay una población trabajadora que oscila alrededor de 200.000 almas. Tal el volumen de masa obrera que demanda, por ahora, la tierra bajo explotación agraria con que contamos en el litoral. La cifra no varía, si bien constantemente cambia su composición humana, por razón del intenso movimiento migratorio que esta masa mantiene entre las ciudades y los campos,

Sobre estos datos concretos, apreciemos el monto de los daños que ocasiona la Malaria, expresándolos en dinero.

30 % es el índice mínimo de la infección malárica que vemos comprobado entre los trabajadores rurales, en torno de Lima, no obstante de contarse con el poderoso auxilio de los recursos médicos y medicinales de la capital. En los otros valles de la Costa la cifra es más

elevada todavía. Aceptemos este 30 %.

Según tal índice, sobre los 200,000 braceros que trabajan los campos, la *malarización* producirá, en cada año, 60,000 enfermos — primo-infectados o infectados, además de los crónicos recidivantes.— La cifra no es exagerada, porque el consumo nacional, por año, de quinina, monta a 5,000 kilos, cantidad que presupone más de 500,000 enfermos asistidos entre la población del Perú que efectivamente se asiste de la Malaria.

Cada enfermo de Malaria tiene que sufrir no menos de 40 días de invalidez por año, a causa de la fiebre aguda repetida que tal infección determina. Hagamos una sencilla operación aritmética, multiplicando 40 por 60,000 y obtendremos la cifra de 2,400.000 días de trabajo perdidos por los obreros. Como el jornal oscila entre un sol y un sol cuarenta, esta pérdida de jornales puede calcularse en 2,500.000 soles anuales. Dupliquemos la cantidad para tener en cuenta la pérdida, por jornadas, que sufren los empresarios del trabajo, y llegaremos, sin arbitrariedad, a la cantidad de *cinco millones de soles*, impuesto que no por visible, dejan de pagar, sin compensación alguna, cuantos piden a la tierra y a su cultivo el pan de cada día y la riqueza para la Nación.

Hay aún mayor daño. Qué calidad de trabajo podrán rendir obreros que sólo disponen de una sangre reducida en un tercio? Qué alegría puede ha-

ber en estos trabajadores, sumidos en miseria física, con sus órganos vitales en déficit? Cómo obtener, con estos deteriorados instrumentos de trabajo y de producción, la riqueza que la tierra promete a cuantos le entregan el sudor de cada día, si este sudor han de consumirlo en librarse de la fiebre que agota sus mejores energías? El monto de tales pérdidas escapa a los cálculos más atrevidos, sin dejar de ser efectivas, siendo además, grave factor que pesa lúgubrementemente sobre la obtención de los frutos. Si a los 5,000.000 de soles sustraídos al trabajo de obreros y patronos por jornales y jornadas, se agregara el costo de la asistencia de estos 60,000 enfermos y se valorara lo que ocasiona como pérdida definitiva la muerte de 1,500 personas por Malaria llegaríamos a tener el balance casi completo, desde el punto de vista económico, de lo que esta plaga significa en la economía del Perú.

Detengámonos aquí. Una conclusión final inobjetable se desprende de esta demostración: Que la Malaria, sin contar las terribles tragedias domésticas, ni los invaluable daños que origina a la Raza y por lo tanto a lo íntimo de la vida de la Nación, hace perder efectivamente al trabajo agrícola, cada año, la enorme cifra de CINCO MILLONES DE SOLES ORO. No hay tributo más oneroso, estéril y fatídico para la Agricultura Nacional.

Dr. Carlos Enrique Paz Soldán.

(Continuará).

APENDICITIS DEL LACTANTE

Por los doctores R. LIEGE, Jefe de clínica médica infantil de la Facultad de Medicina de París, y M. GOLDSTEIN, ex Interno del Hospital Rotchschild

Por regla general, los tratados clásicos sólo reservan en el cuadro de las apendicitis un lugar modesto a la apendicitis del lactante.

Esta afección, bastante mal individualizada, es muy grave, enseñándonos la práctica diaria de la medicina infantil que es menos excepcional de lo que se tiene tendencia a creer.

Habiendo uno de nosotros tenido ocasión de observar un caso de perforación apendicular en un niño muy pequeño, hemos creído que podría ser interesante, desde el punto de vista práctico, hacer un estudio de conjunto de la apendicitis del lactante.

La noción de la existencia de la apendicitis en los niños muy pequeños data de unos cincuenta años.

Betz, en 1870, refiere la observación de un niño de siete meses, que murió de perforación apendicular. Algunos años después, Tordéus, Holmes, Griffithli, publicaron casos análogos. En 1906, Kirmisson y Guimbellot reunieron veintiséis casos, y Stéphan incluye treinta y tres observaciones en su tesis, publicada en 1907.

M. Févre, en su hermoso libro, recientemente publicado, hace un estudio de la apendicitis de! lactante, fundado en ocho

casos observados en el servicio del profesor Ombredanne.

Habiendo uno de nosotros efectuado investigaciones en los principales servicios hospitalarios de cirugía infantil de París, ha encontrado veintiuna observaciones idénticas e incluido en su tesis cuarenta y cinco casos de apendicitis del lactante publicados en diferentes revistas desde que apareció el trabajo de Stéphan.

Etiología.—Es indudable que la primera edad es el período de la vida en que la apendicitis se observa con menor frecuencia.

Se acostumbra invocar, como causa de esta rareza, algunas particularidades anatómicas de la región ileocecal del lactante, tales como el gran desarrollo de la válvula de G-erlach, la anchura de la luz apendicular, etc.

Si bien estos factores deben muy probablemente ser tenidos en cuenta, parece también, conforme cree Peterson, que si nuestra atención estuviera a menudo dirigida en este sentido, la afección sería quizás considerada como menos excepcional, tendiendo la cronología de las estadísticas a probar que el número de las apendicitis del lactante va en aumento desde que conocemos mejor su semiología.

Los casos de apendicitis intrauterina, como el referido por Jackson, o los que se presentan durante la primera semana de la vida, sólo tienen un interés científico; las apendicitis de los recién nacidos, por intere-

santes que sean, no pasan de ser casos sumamente raros. En nuestra estadística, el niño más joven tenía doce días, pero por cada catorce apendicitis que se observan durante el primer año de la vida, han habido treinta y una durante el segundo año. La afección es, pues, unas dos veces más frecuente durante el segundo año que en el primero.

Durante el primer año, el máximo se encuentra entre seis y nueve meses (nueve casos entre catorce), en el período que el niño toma las primeras papillas. Durante el segundo año, vense veinticinco casos entre treinta y uno, entre los diez y siete meses y los dos años, en el período en que la alimentación va siendo cada vez más variada.

Entre cuarenta y cinco casos, treinta y una veces se trataba de niños, catorce de niñas. El sexo masculino parece, pues, más a menudo afectado (68'9 por 100 contra 31'1 por 100), cifra sensiblemente igual a la de los niños ya más crecidos.

Favorecen la aparición de la apendicitis en el lactante algunas predisposiciones congénitas del apéndice, la herencia, la lactancia artificial y sobre todo los cambios introducidos en la alimentación.

La apendicitis es rara en el niño criado exclusivamente al pecho; en cambio, la alimentación defectuosa, el empleo de una leche mal preparada o fermentada, de papillas indigestas son la causa de trastornos digestivos y de apendicitis.

En efecto, el mayor número de apendicitis obsérvase entre

seis y nueve meses, período de las primeras papillas, y un recrudescimiento entre diez y siete meses y dos años, cuando la alimentación del niño es ya más parecida a la del adulto, cuando empieza a comer carne. "

Según Kirmisson y Guimbellot y Bérard, los trastornos digestivos constituyen el factor etiológico más importante de las apendicitis del lactante. Mayet sostiene incluso que la enteritis precede constantemente a la crisis apendicular, opinión demasiado categórica, porque la crisis puede comenzar en plena salud.

Tanto en el lactante como en el niño más crecido, el apéndice puede estar interesado en el curso de enfermedades infecciosas, tales como: sarampión, escarlatina, erisipela, etc. La infección primitiva radica muchas veces al nivel de la faringe, y en algunos lactantes afectos de rinofaringitis, de adenoiditis, de angina, vemos presentarse una crisis apendicular; pero este factor etiológico no viene a ser muy importante, dada la frecuencia de las infecciones rinofaríngeas del lactante y la escasa frecuencia de la apendicitis.

Sintonías. — Es muchas veces difícil encontrar en la crisis apendicular del lactante los signos cardinales de la apendicitis del niño ya crecido. La rareza de la afección, el carácter de los dolores, la dificultad de investigar los signos físicos; contribuye a alejar del ánimo un diagnóstico poco corriente.

El dolor es uno de los signos más importantes; casi siempre

es el que llama la atención de la madre: el niño grita de un modo desacostumbrado, parece sufrir, "tener cólicos." Estos dolores, a veces ligeros al principio, aumentan progresivamente de intensidad, duran más o menos tiempo y después se atenúan en tanto que el niño se duerme, dejando creer que carecen de gravedad. Otras veces, los dolores pasan casi desapercibidos, incluso faltan por completo.

Los vómitos son bastante frecuentes. Al principio son alimenticios, después mucosos y biliosos. Pueden faltar y ser substituidos por un simple estado nauseoso.

El estreñimiento en la apendicitis del lactante ha sido considerado como un síntoma bastante constante y dotado de un cierto valor; en realidad, la diarrea, tan frecuente en los trastornos digestivos del lactante, la encontramos también en la apenaicitis. Entre veintitrés casos, nueve veces tan sólo había

estreñimiento, once veces diarrea y tres veces deposiciones normales, habiendo a este propósito dicho Fèvre: "La diarrea, en un niño, no es un signo que deba hacer descartar la idea de apendicitis, sino que, por el contrario, es un signo de alarma."

En algunos casos podrán llamarnos la atención síntomas pélvicos, haciéndonos observar la madre que los pañales no están mojados, que el niño parece no orinar, o, por el contrario, que orina poco, pero a menudo, y que parece sufrir cuando orina.

El estudio de la temperatura no puede proporcionarnos un dato de valor para el diagnóstico, dada la frecuencia de temperaturas muchas veces sumamente elevadas, aun tratándose de infecciones verdaderamente insignificantes en los niños pequeños; unas veces sube inmediatamente hasta 39-40, otras se mantiene moderada, alrededor de 38°, o hasta casi próxi-

ma a la normal.

El estudio del pulso tiene mayor interés, por cuanto se acelera rápidamente, aun siendo la fiebre moderada.

Todos estos síntomas, que incluso agrupados nada tienen de característico, deben, en ausencia de una causa bien reconocida, llamar la atención hacia la posibilidad de una apendicitis. Reclaman el examen físico del niño, siendo el único susceptible a condición de ser practicado de un modo minucioso y preciso, de dar la nota de seguridad.

Este examen es difícil; es, propiamente hablando, un examen veterinario. El abdomen está a veces retraído o tirapaneado. La palpación es el "tiempo capital del examen. Debe ser sistemática, persistente y repetida si queremos obtener de ella datos precisos. Es preferible empezar por palpar la parte izquierda del abdomen, en la que el niño no siente probablemente dolor alguno, remontar luego suavemente a lo largo del colon y descender hacia la fosa ilíaca derecha, donde radica casi siempre el dolor. El lactante no nos ayuda para nada a precisar la localización objetiva del dolor; es, pues, necesario precisar su realidad y su intensidad fundándonos en otros signos. Aquí, más que en otros procesos, el signo de la flexión del muslo derecho sobre la pelvis y de la pierna sobre el muslo tiene valor; esta flexión de la pierna derecha puede ser espontánea, ser perceptible a simple vista, y en ocasiones esta anomalía llamada ya la

atención de los padres.

Durante la palpación de la fosa ilíaca derecha nos fijaremos en la cara del niño. Obsérvese a veces una mueca dolorosa y otras el niño, tranquilo antes del examen de la pared, rompe súbitamente a llorar.

Además de la localización del punto doloroso, la palpación permite apreciar el estado de la pared abdominal. La simple defensa muscular es un signo de presunción que reclama la observación atenta y repetida en cortos intervalos del enfermo; la contractura bien marcada y localizada en el lado derecho constituye uno de los mejores "signos de certidumbre. Deberemos, pues, buscarla minuciosamente y comparar la parte derecha con la izquierda del abdomen.

El examen de un lactante en el que sospechamos la apendicitis, es delicado; el niño sufre, grita al sentir la más insignificante presión; protesta y contrae toda la pared abdominal, sin que sea posible precisar el punto doloroso ni percibir diferencia alguna de flexibilidad en los dos lados del abdomen. Precisa, pues, ante todo, tranquilizar al niño, y para ello lo mejor es administrarle, durante el examen, un biberón de agua azucarada. Obtiene casi siempre el resultado deseado, pero a veces la ingestión de líquido puede provocar un recrudecimiento de los vómitos.

Los alemanes aconsejan emplear los hipnóticos en forma de supositorios de veronal o de otro producto de la serie barbitúrica y examinar el abdomen

cuando el niño está dormido; vése entonces que no reacciona cuando se explora el lado izquierdo del abdomen y, en cambio, se despierta en cuanto se comprime el lado derecho.

Los otros signos, tales como hiperestesia cutánea predominando en el lado derecho, abolición del reflejo cutáneo abdominal derecho, etc., tienen con relación a los síntomas precedentes un valor análogo al que se les atribuye en la apendicitis de los adultos.

Completaremos el examen de la fosa ilíaca derecha con el examen de las regiones lumbares en las que cabe encontrar el máximo de dolor en los casos de apendicitis retrocecales.

El tacto rectal, practicado con mucha suavidad, puede suministrar datos interesantes, de los que no deberemos privarnos a pesar de la corta edad del niño; cuando se apoya el dedo en el lado izquierdo, el niño permanece tranquilo, reaccionando, en cambio; cuando la presión se ejerce sobre el lado derecho. Esta exploración puede ser sumamente útil en casos

de apendicitis pélvica, por cierto muy rara en el lactante.

Siempre que sea posible practicaremos una radioscopia del tórax, que viene a ser un seguro contra el error de diagnóstico a que puede conducirnos una neumonía silenciosa.

Formas clínicas. — Junto a la forma habitual, que se presenta bruscamente en un lactante sano, existen numerosas formas en las que el cuadro clínico difiere notablemente de este esquema clásico.

La diarrea puede dominar el cuadro clínico y hacer pensar en una forma grave de gastroenteritis; el error no es muchas veces reconocido sino cuando el niño está en plena peritonitis. Tanto en el niño muy pequeño como en el más crecido, la apendicitis puede revestir el aspecto de la peritonitis neumoecica.

Vense también formas tóxicas de determinación fatal, formas insidiosas en las que, por no haber sido practicado un examen minucioso del abdomen, el niño muere de perforación apendicular, que ha evolu-

cionado solapadamente.

Las formas subhepáticas y pélvicas son consideradas como excepcionales; en cambio, la apendicitis hemiarria es frecuente. Según Estor, constituye el 5 por 100 de las hernias estranguladas del lactante, cifra confirmada por Févre en su estadística trazada en el servicio del profesor Ombredanne.

Anatomía patológica. — Las lesiones apendiculares encontradas durante la intervención o en la autopsia son siempre importantes.

He aquí las lesiones encontradas en cuarenta y dos casos:

	casos
1° Perforación sola ...	9
2° Gangrena sola	8
3° Perforación y gan greña.....	3
4° Apéndice seccionado	2
5° Inflamación simple.	20

De modo que entre cuarenta y dos piezas operatorias se encuentran: veintidós veces lesiones apendiculares muy graves y veinte veces inflamación del órgano, que va desde la simple foliculitis hasta el apéndice de color rojo oscuro, sumamente grueso y lleno de pus.

Esta frecuencia de la gravedad de las lesiones tiene como corolario inmediato la frecuencia de las lesiones del peritoneo. En cuarenta y dos casos de la estadística anterior encontróse al abrir al abdomen:

Cuatro veces serosidad clara.

Tres veces serosidad turbia.

Catorce veces peritonitis purulenta generalizada.

Una vez una peritonitis con focos múltiples.

Seis veces una peritonitis supurada enquistada.

Una vez una peritonitis plástica fibrinosa.

En definitiva, de cuarenta y dos veces, veintinueve, o sea en casi el 70 por 100 de los casos, el peritoneo está interesado. Casi siempre se trata de peritonitis generalizada; en los veintinueve casos con lesiones peritoneales, siete veces tan sólo la reacción estaba localizada; la tendencia a la localización y al enquistamiento es rara en el lactante.

Evolución, diagnóstico y pronóstico. — La crisis apendicular del lactante pocas veces evoluciona hacia la resolución, y por regla general si la intervención quirúrgica es aplazada, la apendicitis conduce casi siempre y muy rápidamente a la perforación y a la peritonitis generalizada. Esta queda constituida en pocas horas, y con sobrada frecuencia aún, es en este período tan sólo que son operadas las apendicitis del lactante, lo cual es en buena parte uno de los factores de la mortalidad postoperatoria.

No obstante, a partir del segundo año, el peritoneo se defiende a veces mejor, pudiendo formarse adherencias y quedar enquistado el proceso inflamatorio.

El problema del diagnóstico es sumamente difícil, procediendo la dificultad principal de no pensar con la frecuencia debida en la apendicitis del lactante. Los signos funcionales y generales son muchas veces de

orden trivial, siendo preciso fundarnos en el examen físico. Conviene explorar el apéndice del lactante de la misma manera que se examinan sus pulmones, su garganta, sus oídos; no nos cansaremos de recomendar el consejo que da el profesor Marfan: "En presencia de un niño que tiene dolores de vientre, vómitos y fiebre, deberemos explorar sistemáticamente el apéndice aun cuando el niño sea muy joven, incluso si tiene diarrea."

El diagnóstico de la apendicitis del lactante es casi siempre posible, habiendo por fortuna pasado ya la época en que Kirmisson y Guimbellot pudieron escribir que "durante el primer año casi no es posible hacer el diagnóstico sino en la autopsia."

Por más que la apendicitis del lactante continúa siendo aún hoy una afección grave, parece serlo menos que hace unos treinta años. Stéphan, en 1907, señalaba una mortalidad de cerca de 90 por 100. La estadística presentada por uno de nosotros, en su tesis, acusa trece defunciones entre cuarenta

y cinco casos, o sea una mortalidad de 29 por 100.

El pronóstico de la apendicitis del lactante depende, sobre todo, de la precocidad del diagnóstico y de la intervención quirúrgica. En cuanto pensemos más a menudo en la posibilidad de la apendicitis en niños muy pequeños, en cuanto examinemos minuciosa y sistemáticamente el abdomen de los lactantes, veremos disminuir su mortalidad, no excediendo quizá de la que presentan los niños ya mayores.

Tratamiento. — La apendicitis del lactante evoluciona casi siempre con una rapidez fulminante hacia la perforación y la peritonitis generalizada; tiene poca tendencia a la reabsorción o a la localización. En la práctica no deberemos contar con la curación espontánea, ni con los buenos efectos posibles del enfriamiento, no pudiendo la contemporalización sino producir desastres, siendo tan sólo recomendable la intervención quirúrgica de urgencia.

R. Liége y M. Goldstein.
(De Le Monde Medical)

REVISTA QUIRÚRGICA

Tratamiento de las heridas del cerebro

Wankel de Kiel en *Zentralblatt für Chirurgie* trata la cuestión de heridas del cerebro no siguiendo un método invariable sino según las circunstancias, ni taponamiento sistemático ni sutura primitiva. Su estadística es bastante demostrativa por la riqueza y cuidados al confeccionarla.

De 1909 a 1932 se presentaron a la clínica de Kiel en tiempo de paz 59 casos.

27 heridos (45%) presentaban lesiones de contusión cerebral tan extendidas que la muerte era fatal; 7 de ellos no fueron operados, los otros sí; todos murieron en los 4 primeros días.

32 heridas eran operables. 8 murieron, 7 de meningitis y 1 de neumonía. De las 7 meningitis mortales 4 se debían a coexistencia de fracturas de la base, en las otras 3 puede discutirse la influencia del tratamiento; de estas 2 se trataron por sutura primitiva, después de las doce horas, la otra por taponamiento. Total de mortalidad 60 %.

24 heridos curaron; 18 revisados: 11 están en perfecto estado, sin secuelas; 2 con trastornos insignificantes que no les impiden trabajar; 3 con crisis convulsivas e incapacidad valuada en 25 %; 2 han tenido complicaciones tardías graves: una tratada por taponamiento tubo un absceso a los 4 años y

.vive; el otro suturado primitivamente murió en una crisis epiléptica a los 8 años.

Estudio sobre 97 V'entriculogramas de tumores intracraneales verificados

G. Filcher de Nasvüie y H. M. Wilson de Saint Louis en *Surgery, Gynecology and Obstetrics* publican el resultado de su encuesta.

En 97 ventriculogramas sólo 18 no indicaron el sitio exacto de la lesión.

En los hemisferios cerebrales el desplazamiento del sistema ventricular comprendido el tercer ventrículo del lado opuesto es el signo más claro e importante, sólo con él tienen valor las faltas de relleno.

Las lesiones del lóbulo frontal determinan rechazamiento del vértice del cuerno anterior. Las del lóbulo parietal dan un desplazamiento de los ventrículos laterales con colapso o deformación del cuerpo del ventrículo del lado de la lesión. Los tumores del lóbulo temporal dan casi constantemente un desplazamiento del ventrículo lateral con aplastamiento del cuerpo del ventrículo homolateral.

La invisibilidad de todo el cuerpo es debida a defecto de relleno de ventrículo por el aire; tiene valor si va acompañada de una deformación permanente por compresión. En general las modificaciones de los cuernos posteriores no tienen

importancia. El desplazamiento de los ventrículos tiene más que sus variaciones morfológicas.

Los tumores del lóbulo temporal dan sobretodo desplazamientos; las del parietal y un poco del frontal, deformaciones; las del frontal dan mejor ausencia de claridad de un ventrículo por obstrucción del orificio de Monro.

Los tumores de la fosa posterior dan una dilatación simétrica de los dos ventrículos laterales y del tercer ventrículo con ausencia de relleno del tercero, pudiéndose diagnosticar un tumor supra-tentorial.

En los tumores medianos supratentoriales (de la glándula pineal, tubérculos quadrigéminos, o parte posterior del tercer ventrículo) se presenta una dilatación uniforme de los ventrículos laterales con ausencia de visibilidad del tercer ventrículo; pero a veces la parte anterior de este ventrículo está dilatada. En 5 tumores infratentoriales y 2 supra-tentoriales se realizó ese aspecto, de allí la gran prudencia a observarse para localizarlos.

Los tumores supra-selares determinan una obliteración y más raramente una deformación del tercer ventrículo. Rara vez la presencia de aire en

los ventrículos permite obtener una sombra positiva del tumor hasta entonces invisible en la placa. Error común es tomar por el vértice del cuerno anterior del ventrículo lateral, el vértice oscuro y bien limitado de la imagen triangular en ala de mariposa es la parte anterior del cuerpo del ventrículo; el vértice del cuerpo anterior aparece como una sombra redondeada, menos opaca, bien separada y situada más afuera.

5 casos *no* dieron ningún resultado: 3 veces el tumor estaba en la superficie del cerebro y 2 era muy pequeño.

No debe jamás olvidarse que la ventriculografía ayuda siempre al diagnóstico conservando la clínica sus derechos.

Heridas del abdomen por arma de fuego

D. Perey y J. M. Foster de Denver relatan en *Annals of Surgery* 22 casos de herida del abdomen en un mismo Hospital presentados de 1928 a 1933 con mortalidad de 68 %. Insisten en la operación precoz; el tiempo medio transcurrido entre el accidente y la operación fue de 113 minutos en los salvados y 191 en los muertos.

Operación corta, 55 minutos, en los vivos; 1 hora 10 minutos

en los muertos. Transfusión inmediata durante los preparativos de la operación. Laparotomía amplia. Un aparato de aspiración. En las heridas del hígado, taponamiento. En las anteroposteriores del estómago la sutura de la pared posterior se hace fácilmente por la cara mucosa después de amplia abertura de la herida anterior.

Mortalidad operatoria en la oclusión intestinal

F. Crístofer y W. K. Jennings de Evanston en *Annals of Surgery* refieren que en 127 casos de oclusión intestinal, operados en el mismo hospital de 1929 a 1932 hubo una mortalidad de 45 %. Reunidos a otras diferentes estadísticas dan en 2.345 casos 46.5 % de mortalidad.

En 46 se debió a adherencias (mortalidad 28 %) ; en 9 hernia (mortalidad 77.7%); en 9 investigación (22.2 %) ; en 32 un tumor maligno (59.8%); en 14 vólvulos (50 %). La duración de la operación no influyó sobre la mortalidad; los peores casos se operaron más rápidamente.

Las adherencias eran por operaciones apendiculares o pélvicas.

La mortalidad operatoria nula cuando se operó en las primeras 24 horas y más acentuada a medida que más se retardaba.

Análisis de 100 casos complicados de apendicitis aguda: cecostomía primitiva o enterostomía como procedimiento de salud vital E. R. Easton y W. J. Watson en *Surgery, Gynecology and*

Obstetrics, han escogido 100 casos graves de apendicitis: gangrenosas, perforantes, abscesos, peritonitis difusa aguda con 12 muertes. Insisten sobremanera en la oclusión intestinal precoz o tardía y la toxemia por absorción peritoneal e intestinal proponiendo como profiláctico la enterostomía en el curso de la operación. En 18 casos donde se practicó esa derivación o que espontáneamente se fistulizó sólo murió uno.

Esa práctica impide un ileus paralítico post-operatorio, una oclusión por adherencias manteniendo la movilidad del intestino y su pronta evacuación; no retarda la curación ni aumenta la gravedad de la operación. Nunca se han arrepentido los autores de haberla hecho y sí de no hacerla.

Técnica: por una pequeña incisión afuera de la herida operatoria, abajo y adentro de la espina ilíaca, a 2.5 c. m. arriba de la arcada de Falopio se exterioriza el ciego. Se introduce una sonda de Nelatón número 20 perforada en una extensión de 20 c.m. en el ciego y luego en el ileon por un orificio hecho en el centro de una sutura en bolsa; se anuda ésta y después se invagina por otras dos también en bolsa. El ciego es fijado al peritoneo parietal y la herida saturada por dos puntos de crin. A la semana es retirada la sonda.

5. *Paredes P,*

El uso racional de la digital (1)

Por el Doctor
FREDERICK A. WILLIUS

*Sección de Cardiología
La Clínica Mayo
Rochester, Minnesota.*

No obstante el hecho de que la digital ha sido usada por los médicos hace un siglo y medio, es probablemente la droga más mal manejada en la práctica de la medicina. Desde los días de William Withering se le ha concedido generalmente a la digital sei^ la más importante y la más valiosa droga en el tratamiento de las enfermedades del corazón. La principal razón para el mal uso que se hace de ella es probablemente que todavía no hemos abandonado los lazos del empirismo, hemos sido enseñados que la digital es el remedio soberano en las enfermedades del corazón y se nos ha enseñado también cuál es

f1) Leído ante la Asamblea Médica Internacional de Postgraduados de San Antonio, Tex. —Enero de 1935.

(De Archivos Latino Americanos de Cardiología y Hematología).

su acción, su método de administración y ciertos peligros referentes a su uso. Nuestra impresión principal sobre la digital está basada en la experiencia del gran beneficio que ciertos enfermos cardíacos han obtenido de la droga. Sin embargo, si analizamos más de lleno nuestras experiencias con la di-"gital, pronto recordaremos el hecho de que frecuentemente hemos quedado extrañados de no haber obtenido por su administración los buenos resultados que esperábamos.

Los efectos beneficiosos de la digital en enfermedades del corazón resultan de los cambios, que la droga produce en las distintas funciones del sistema cardio-vascular. A la digital se le han atribuido muchas acciones, y muchas de éstas no han resistido la prueba del tiempo y la experiencia, hecho que ha contribuido indudablemente a la confusión que existe sobre su acción e indicaciones. El efecto de la digital en el corazón enfermo se ha reducido a tres acciones definidas cuya comprensión simplifica mucho las indi-

caciones y contraindicaciones para su uso. Estas tres acciones son: 19—Deprime la función de los nodos senoauriculares y aurículoventriculares, cuya resultante es una tendencia a hacer lenta la frecuencia de las contracciones cardíacas. Esta es en parte una acción vagal. 29—Deprime la conductividad cardíaca en todo el músculo y aumenta el período refractario tanto en las aurículas como en los ventrículos. Ocurre una depresión de la conducción particularmente en el haz aurículoventricular de His; esto explica el efecto notable de la droga en muchos casos defibrilación auricular. 3°—Auménta la amplitud de la contracción cardíaca. Tiende a cambiar el estaturar el tono, aparentemente por acción directa sobre el músculo cardíaco.

La digital no tiene un efecto constante sobre la presión arterial; puede ocurrir una alza como parte de la mejoría de la función cardíaca y de la circulación general. Del mismo modo, su efecto sobre la producción de la diuresis no es el resultado de una estimulación del epitelio renal como antes se creía, sino también resultado de la mejoría de la circulación general y renal.

El efecto de la digital en el corazón enfermo es muy distinto de su acción sobre el corazón normal y también de su efecto sobre el corazón del animal en experiencia. Para comprender la acción de la digital en el corazón enfermo es necesario analizar críticamente las varias acciones que la droga puede

ejerer y también comprender de lleno los distintos trastornos que conducen a la insuficiencia cardíaca.

Se experimenta a veces una dificultad considerable al tratar de establecer definitivamente la base de la insuficiencia cardíaca, y suele la insuficiencia resultar de una combinación de condiciones que a la postre hay que relacionarlas entre sí. El médico a menudo se contenta con averiguar que el desfallecimiento cardíaco es la causa de los síntomas del enfermo y se toma poco o ningún Trabajo en tratar de identificar el tipo de lesión. Uno de los factores más importantes de incomprensión en las enfermedades Cardíacas y su tratamiento" ha sido aparente indiferencia para determinar el factor o los factores etiológicos de la -eárdiopatía.

Las preparaciones de digital más comúnmente usadas se derivan de las hojas de digitalis purpurea, aun cuando se han usado preparaciones de las hojas de digitalis lútea que algunos presumen que tienen menos tendencia para producir náuseas y vómitos.

Una tintura de digital de potencia conocida y de fecha sabida de manufactura constituye una preparación muy satisfactoria. Su administración es sencilla y permite los cambios convenientes de dosificación.

La infusión es la más antigua de las preparaciones de digital. Es una preparación que se ha encontrado poco digna de confianza, aun hecha por los métodos aceptados, debido a su

inestabilidad y a grandes variaciones en su potencia. Algunos farmacéuticos preparan la infusión con extracto fluido, lo que resulta un producto de potencia totalmente diferente de la infusión oficinal y que, por lo tanto, ya no es comparable a ella. Una infusión hecha con el extracto fluido tiene un contenido en digitoxina mayor que el de la infusión oficinal. Et valor relativo de la tintura y de la infusión ha sido investigado por Weiss y Hatcher. Por un método especial, prepararon una infusión de digital comparable favorablemente con la tintura standard, la que, conservada en botellas bien llenas y herméticamente selladas, quedó inalterada por dos años y medio.

El uso de polvo de hojas de digital en cápsulas y tabletas es también un método satisfactorio ele administrar la droga.

La digital puede ser administrada por vía intramuscular o intravenosa, aunque es poco frecuente encontrar calificación para el empleo de esta vía (19). Estos métodos de administra-

ción presuponen la urgencia del caso, en que el médico ha tenido poco tiempo para un análisis cuidadoso del enfermo. Es siempre posible en un caso de desfallecimiento agudo del corazón que la base de este síndrome pueda contraindicar definitivamente el uso de la digital. El método intramuscular e intravenoso puede emplearse con seguridad cuando se ha establecido bien el status clínico del caso, pero en la mayoría de las ocasiones tiene pocas ventajas sobre la administración oral. Pardee (15) ha señalado que la rapidez de acción de la inyección depende más de la dosis administrada que de la prontitud con que la droga llega a ponerse en contacto con el músculo cardíaco. Mi experiencia me ha hecho estar en completo acuerdo con esta opinión.

En un estudio comparativo basado en la acción retardante de la digital Clarke mostró que el efecto era evidente a las tres o cuatro horas después de administración intravenosa, como

a las cuatro horas después de administración intramuscular y a las seis horas después de administración oral.

No hay comprobación digna de confianza de que los preparados comerciales de digital tengan alguna ventaja sobre los preparados oficinales.

El uso de tabletas compuestas conteniendo digital en combinación con otras drogas debe ser condenado, pues un análisis de su contenido muy a menudo revela la presencia de estas drogas en cantidades tan ridículamente pequeñas que son farmacológicamente inactivas.

Se han llevado a cabo por varios investigadores, estudios sobre la absorción de la digital por el aparato digestivo del hombre. Se ha mostrado que las preparaciones galénicas de digital son absorbidas con uniformidad suficiente para permitir el establecimiento del requerimiento total de la droga, aun para muestras de distintos orígenes y de diferente actividad. Eggleston y Wyc-koff mostraron que una dosis total media satisfactoria, expresada en términos de "unidad de gato" para cada libra de peso del enfermo, era posible usando tinturas de alta calidad. La absorción de las tinturas corrientes era visible. Las tinturas de alta calidad en dosis suficientemente amplias revelaban una acción definida en el corazón dentro de las dos o cuatro horas de la administración oral. Las tinturas de menos actividad requerían cinco o más horas para que sus efectos fuesen manifiestos.

Debe entenderse claramente que la primera señal de acción de la digital no implica un efecto terapéutico completo, pues esto rara vez es obtenido en menos de 24 a 48 horas y sólo cuando se usan dosis mayores.

En la administración de la digital es bien sabida la dificultad que se presenta a veces para establecer un método que permita mantener la acción de la droga sin provocar síntomas tóxicos de sobredosificación. La velocidad de eliminación o el grado de destrucción han sido cantidades desconocidas.

Pardee al estudiar la velocidad de desaparición de la droga del organismo encontró que se pierde aproximadamente 0.1 a 0.2 grms. en 24 horas. Estos resultados implican que se necesitarían a lo menos 0.15 grms. de polvo o 1.5. ce. de tintura como dosis diaria para mantener un efecto digitálico después de obtenido el efecto terapéutico completo.

El hecho de formular un diagnóstico de enfermedad cardíaca es frecuentemente considerado como indicación para administrar la digital. Tal criterio, es absolutamente falaz y da origen frecuentemente a serias dificultades. Ningún método de tratamiento tiene tantos riesgos como la administración injustificada e impropia de la digital.

Las dos indicaciones mayores para el empleo de la digital son la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva y la de fibrilación auricular con taquicardia. Esta afirmación requiere una modificación ya que a

veces en la fibrilación auricular cor: taquicardia la administración de la droga debe ser cautelosa o tal vez no deba administrarse. Como se ha dicho, es de primera importancia establecer un diagnóstico definido del tipo de lesión.

En casos de desfallecimiento agudo del corazón, la administración de digital antes de determinar la causa exacta del desfallecimiento, no deja de tener peligro. Son claras contraindicaciones para su uso el bloqueo cardíaco, el desfallecimiento súbito por oclusión coronaria y el hipertiroidismo intenso, especialmente si la crisis es actual o amenazante.

La presencia de flutter auricular demanda invariablemente la digital y a menudo se necesitan dosis fuertes y períodos prolongados de administración que son bien tolerados. Estas observaciones sugieren que la eliminación de la digital es tal vez más rápida en el flutter que en otros trastornos de la acción cardíaca.

En general, puede decirse con ciertas restricciones que la di-

gital es más efectiva en los enfermos jóvenes y de edad media, especialmente aquellos con insuficiencia cardíaca por enfermedad hipertensiva o coronaria, o con sífilis cardiovascular.

No hay duda de que la digital puede ser útil en casos de insuficiencia cuando el ritmo cardíaco es regular. Este hecho ha sido puesto en evidencia por Christian y creo que tal ha sido la experiencia de todos los que han usado la digital.

Mi experiencia con la digital me ha llevado a ser cauteloso al administrarla a los enfermos de mayor edad, en los que empleo dosis moderadas y por períodos no muy prolongados.

Uno de los signos de administración excesiva de la digital es la aparición de contracciones prematuras o extrasístoles. Cuando son causadas por la digital ocurren generalmente apareadas con las pulsaciones normales dando el llamado ritmo bigeminado. La presencia de contracciones prematuras en casos en que el enfermo no ha recibido recientemente digital

no debe ser considerado como contraindicación de la droga.

La digital tiene poco o ningún valor en la taquicardia paroxística.

La digitalización preoperatoria de enfermos cardíacos debe ser condenada como práctica rutinaria. Varias objeciones para ella se hacen evidentes inmediatamente. En la mayoría de los casos la administración preoperatoria de la digital es innecesaria y entraña, por lo tanto, una pérdida inútil de tiempo para el enfermo con la consiguiente carga financiera. Como se ha dicho antes, muchos enfermos de edad no toleran bien la digital y si se da sin justificación pueden estar con condiciones menos favorables para la operación. Si se recuerda que excepto en casos en que la insuficiencia cardíaca es actual o reciente poco puede esperarse de la administración de digital, se hace evidente la principal contraindicación para este proceder. Si la insuficiencia cardíaca existe, la intervención operatoria queda contraindicada hasta que la función cardíaca se haya establecido por tratamientos adecuados.

Es mi convicción, por lo tanto, que las indicaciones para la digitalización preoperatoria rutinaria de los enfermos con cardiopatías carecen de confirmación clínica y científica y que esta rutina debe suprimirse.

Del mismo modo no debe aconsejarse la administración rutinaria de la droga en casos de neumonía. Estudios cuidadosos llevados a cabo no han

podido demostrar justificación alguna para continuar este procedimiento. Cuando la neumonía coexiste con una cardiopatía y la situación es tal que en condiciones ordinarias el corazón necesita digital o en el caso de que amenace una insuficiencia cardíaca por la carga adicional impuesta por la neumonía, debe emplearse inteligentemente la droga. No debemos perder de vista el hecho de que el enfermo neumónico puede estar profundamente intoxicado y que la adición de una droga tóxica en dosis terapéutica puede conducir al desastre.

Como se ha dicho antes, el método oral de administración de la digital es el de elección. Muchos enfermos no han recibido beneficio de ella porque se les ha dado demasiado poca; menos frecuentemente, la administración en dosis demasiado grandes ha causado daño.

Eggleston demostró la posibilidad de dar dosis relativamente amplias de la droga, y su método de administración es conocido como el método Eggleston. La potencia de la preparación empleada es determinada en unidades gato, y de ésta se calcula la dosis para el hombre. Cuando se usa la tintura standarizada, el requerimiento medio por vía oral para la producción del efecto terapéutico completo o acción tóxica mínima es como de 0.146 cc. por cada libra de peso del enfermo. Por ejemplo, un enfermo que pesa 150 libras (68.1 ks.) requiere 21.9 c. c. de tintura. La dosis total calculada se da en porciones divididas: la primera do-

sis, de la mitad de la total; la segunda, que se da seis horas más tarde, es la mitad del resto y la tercera y cuarta dosis, dadas a intervalos de seis horas, son la mitad de la segunda dosis.

El método de Eggleston ha sido modificado de varias maneras, aun cuando el principio del método ha sido mantenido.

Estos métodos de administrar grandes dosis de digital en cortos períodos de tiempo no dejan de presentar motivos de objeción.

Su justificación sólo se encuentra en casos en que el enfermo ha sido bien examinado y que la causa del desfallecimiento cardíaco ha sido bien determinada. Después de que la dosis total calculada se ha administrado, no existen medios por los cuales pueda modificarse la acción de la droga y no obstante varias opiniones, es indeseable y a veces peligrosa, la aparición de síntomas tóxicos.

En la mayoría de los casos de enfermedad cardíaca en que la digital está indicada, se cuenta con tiempo suficiente para administrar la droga en períodos más largos.

Se ha mostrado por estudios experimentales que puede obtenerse un efecto terapéutico completo, sin síntomas tóxicos, con preparaciones standard en dosis de 1.5 grs. (22 gramos) de la hoja, o 15 ce. (225 mínimas) con la tintura. Estos efectos terapéuticos pueden obtenerse aún si la digital ha sido empleada en el mismo caso; sin embargo, deben transcurrir a lo menos dos semanas entre dos períodos de administración de la droga. La administración de 1 a 1.5 gramos de la hoja o 1.5 a 2 ce. de la tintura tres veces al día es un método satisfactorio en la mayor parte de los casos.

Después del desarrollo del efecto terapéutico se presenta el problema de mantener la acción de la digital tóxica. Se han empleado numerosos métodos de administración, pero en general se adoptan dos planes. La digital puede darse diariamente en dosis suficientes para mantener su efecto por períodos relativamente largos; o pueden emplearse dosis mayores por pocos días consecutivos de cada semana, con períodos regulares de intervalo. Para obtener resultados

satisfactorios, el método de administración debe ser seleccionado para ajustarse al caso particular. La dosis individual, administrada tres veces al día durante el número necesario de días consecutivos en cada semana, es fácilmente adaptada a las distintas condiciones.

La administración diaria de cantidades de digital ridículamente pequeñas no tiene apoyo científico y no debe aconsejarse.

Es importante hacer hincapié en las grandes discrepancias de dosificación que ocurren por el uso de goteros ordinarios. Este método falto de precisión debe condenarse, pues ha sido un factor de significación en la administración inadecuada de la digital. Algunos médicos dan por hecho que una mínima de tintura de digital, medida en un frasco calibrado, corresponde a una gota de un gotero medio. Que este método no es digno de confianza, puede probarse por cualquiera que llene un frasco calibrado a una cierta capacidad en mínimas usando varios goteros. Se observan así discrepancias de cinco a quince gotas. La porción en que se mantiene el gotero vertical, oblicua u horizontalmente, también conduce a discrepancias. Fácilmente se obtienen frascos graduados y siempre debe prescribirle uso con la digital; es fácil dar instrucciones al enfermo para su uso.

Bajo ciertas condiciones la digital puede ser administrada satisfactoriamente por el recto. Este método de administración es particularmente apli-

cable en casos en que existen vómitos o náuseas por otras causas. Esencialmente se usan las mismas dosis que por vía oral. Para simplificar el procedimiento, la dosis diaria total puede darse en una sola vez con la adición de 20 a 25 cc. de agua. La inyección intravenosa e intramuscular de digital ha sido ya discutida, y deseo hacer hincapié en que las indicaciones para este método de administración son sólo ocasionales. Efecto torácico

Todo método debe comprender los efectos tóxicos de la digital. Ciertos síntomas de sobredosificación son bien conocidos: anorexia, náuseas, vómitos y diarreas. Se ha mencionado frecuentemente la producción del ritmo bigeminado como manifestación tóxica, así como la de bloqueo completo o incompleto. No son tan bien conocidos otros efectos que merecen citarse debido a que a menudo ocurren independientemente de los síntomas mejor conocidos como la náusea y los vómitos.

Ocasionalmente pueden ocurrir durante la administración de la digital paroxismos de taquicardia que a veces han terminado por la muerte (1). Los paroxismos han sido identificados como de origen ventricular.

La aparición de estos fenómenos durante el curso de la administración de la digital en un caso en que el enfermo no ha sido anteriormente sujeto a ellos indica un efecto tóxico profundo de la droga.

Los efectos tóxicos de la digital sobre el cerebro y ciertos tejidos nerviosos son importantes

de reconocer, y la administración continua de la droga cuando existen efectos tóxicos tiene a menudo un resultado fatal. Son prominentes entre éstos, los efectos sobre la visión. Consisten en vista borrada, incapacitada de afocamiento, dificultad para identificar objetos y la presencia de escotomas, diplopia, etc. La xantopsia es a menudo una manifestación alarmante de intoxicación digitalica.

Los efectos tóxicos, sobre el cerebro no han sido debidamente apreciados y son de la mayor importancia debido a su seriedad. En escritos médicos antiguos, se hace alusión a las llamadas psicosis cardíacas, algunas de las cuales eran probablemente el resultado de la in-

toxicación. Los primeros síntomas son generalmente inquietud e hiperexcitabilidad nerviosa, pronto sigue período de desorientación en el tiempo y en el espacio. Estas manifestaciones son frecuentemente suplantadas por estupor del que el enfermo no se recobra. Pueden o no asociarse trastornos vesicales. Los síntomas de intoxicación cerebral pueden ocurrir sin los signos más frecuentes de intoxicación. La aparición de estos síntomas indican claramente la inmediata suspensión de la droga, al menos temporalmente¹ así como la institución de un tratamiento de desintoxicación como la diaria administración de solución hipertónica glucosada.

NOTAS

Por acuerdo del Poder Ejecutivo fueron nombrados miembros de la Junta Directiva de la Facultad de Medicina y Cirugía los consocios nuestros señores: Francisco Sánchez U. Decano; Romualdo B. Zepeda, Vice-Decano; Antonio Vidal, Vocal Primero; Pastor Gómez H., Vocal Segundo; Manuel Cáceres Vigil, Secretario; Humberto Díaz, Vocal Primero Suplente; Abelardo Pineda U. Vocal Segundo Suplente y Gabriel R. Agullar, Secretario Suplente.

El próximo número de esta Revista será dedicado al Dr. Miguel Paz Baraona, con motivo de cumplirse el 8 de mayo el 50 Aniversario de haber obtenido el título de Médico y en homenaje a sus múltiples y valiosos servicios prestados a la Patria, resolución tomada por la Asociación Médica en su última sesión ordinaria.

Lindos chiquitines han llegado a alegrar el hogar de nuestros consocios y compañeros de labores, los Doctores Henry D. Guilbert y Humberto Díaz.

Decano de la Facultad de Farmacia, creada por reciente disposición del Congreso, fue nombrado nuestro consocio y exRedactor Dr. Guillermo E. Durón.

En vía de pasco estuvo entre nosotros el Dr. José María Sandoval, residente en Danlí.

Después de concluidas sus labores en el Congreso Nacional partieron para Santa Bárbara y Colón, respectivamente, los Drs. Emigdio Mena y Juan V. Moncada.

A trabajar al Hospital de Puerto Castilla se fue de esta capital el Dr. Roberto Lázarus.

Indicaciones y técnicas operatorias en la Otitis Media Supurada Crónica

Por el Dr. Justo M. Alonso.

(Montevideo)

Las operaciones que se efectúan a los enfermos atacados de supuración crónica del oído medio, tienen por objeto, si ellas son de tipo paliativo, asegurar un fácil drenaje que, impidiendo la retención purulenta o epitelial haga posible la obtención de la cura de las lesiones por medios, en realidad conservadores. Si son de tipo llamado radical esas operaciones se proponen llevar a la cura mediante la ablación de todas las partes enfermas, y evitar las recidivas produciendo, mediante un vaciamiento óseo suficiente, una cavidad regular y fácilmente explorable desde el exterior, lo que permitirá su vigilancia por el cirujano hasta la completa cicatrización de la misma, e impedirá la retención de sustancias purulentas o epitelioideas reduciendo así a un *mínimum* las probabilidades de una recidiva inmediata o alejada.

Desde que las operaciones de "Ipo más o menos radical, nacieron con Küster y Bergmann (de Berlín) en el año 1888, dos opiniones se han dibujado entre los otólogos: una intervencionista y otra conservadora. Naturalmente que ambas tienen su campo común, en los casos de indicación clara e in-

discutible, pero se separan en **los** casos dudosos, divergiendo en un sentido o en otro, según la modalidad personal o de la escuela a que pertenezca el cirujano.

Esa divergencia de orientación se explica fácilmente, no sólo porque hay otitis crónicas que se curan prácticamente solas o por medios médicos: tópicos locales, lavajes con cánula de Hartmann, ionización, etc., sino porque muchas otitis crónicas, no secadas, permanecen así en una supuración permanente o más a menudo intermitente, sin producir otro trastorno al enfermo, que una hipoacusia y una otorrea.

Si agregamos a esto que algunas veces la operación radical no lo es tanto como lo indicaría su **nombre**, que la curación a veces demora largos meses, que necesita después de obtenida una vigilancia intermitente de la cavidad, cada 4 o 6 meses, que a veces se producen retenciones parciales y aun recidivas, se explica que algunos maestros pesimistas hayan llegado a decir frases verdaderamente decepcionantes como esta: 'teniendo en cuenta que hay casos que abandonados a sí mismos se curan solos, y que el cirujano que ha indicado en ellos una intervención queda desautorizado, es preferible, salvo indicación apremiante, ha-

cer una intervención de menos que una intervención de más."

Frente a ese raciocinio decepcionante y un poco Sanchezco, se ha hecho esta constatación alentadora para el temperamento quirúrgico: "Una otitis media crónica supurada, aun cuando esa supuración sea poco abundante y sin olor muy marcado, aun mismo cuando presente largos períodos de remisión puede causar complicaciones graves y especialmente el absceso cerebral, la meningitis y la trombo flebitis; mientras que después de la operación radical no aparecen esas complicaciones sino en los casos en que ya estaban de antemano manifiestas, o había la presunción de su inminencia por una cefalea temporal, un cambio de carácter u otro cuadro sintomático más o menos larvado."

Esto nos hace fijar el concepto sobre este tipo de intervenciones que son principalmente profilácticas, cuyo fin esencial es poner al enfermo al amparo de las graves complicaciones de una afección que, por si misma, no darce presentar importancia.

Esas dos corrientes, conservadora y radical, en la manera de encarar el tratamiento de las otitis crónicas gozan de fama diversas en los diferentes países: así en Francia predominan los otólogos a tendencia conservadora, mientras que del otro lado del Rhin la tendencia radical cuenta con mayor cantidad de adeptos.

Nosotros, libres del yugo de *las escuelas* somos ecléticos, y, aceptando las indicaciones clásicas e indiscutidas, no nos embarcamos en ninguna corriente extrema que nos lleve a un intervencionismo a *outrance* ni a un conservadorismo peligroso.

—

Uno de los inconvenientes apuntados en contra de las operaciones es que la sordera aumenta después de la intervención.

Esta visión, que está lejos de ser siempre exacta, ha producido en la nueva era una tendencia a recurrir en los casos en que ella es posible a intervenciones parciales siguiendo vías que podríamos decir derivadas de la operación primitiva de Küster y Bergmann.

Efectivamente, las operaciones parciales en boga hasta hace poco, eran la osculectomía y la resección del muro de la logia, operaciones hechas sobre la caja, para facilitar el drenaje y extirpar lesiones reputadas como circunscriptas. Pero la nueva corriente, tomando una vía inversa, trata de curar las lesiones mediante una trepanación de las mastoides y del aditus con o sin abertura epitimpanal de la logia de los huesecillos. Este tipo de intervenciones, que encontraría su indicación en los casos en que la caja esté muy poco tocada por la lesión ha tomado incremento principalmente en los países del norte y en los países sajones, contrariamente a lo que pasaba con las operaciones clásicas, aquí, vemos que la tendencia conservadora ha hecho más camino del otro lado del Rhin, mientras que de este lado se está en general por la in-

tervención completa y aun una tendencia a ensancharla en algunos casos (tendencia que se marca también en Norte América, en Alemania y en Suecia) se evidencia por las publicaciones recientes de varios autores franceses, entre las que citaremos una tesis de Henry Guillón, discípulo de Romadier, titulada "Levidement Petro-Mastoi-dien elargi" y un reciente artículo de Romadier. Esta orientación quirúrgica ha sido, sin embargo, impulsada primero en Norte América al empuje de las ideas de *Morisset Smith, de Ea-gleton* y de *Kopetzky*,

Los tipos de operación que se ejecutan pueden agruparse bajo cinco rótulos:

1. Osiculectomía.
 2. Resección del muro de la logia.
 3. Vaciamiento petro mastoi-deo total.
 4. Vaciamiento petro mastoi-deo parcial.
 5. Vaciamiento petro mastoi-deo ensanchado.
1. Osciculectomía.-La osciculectomía que tuvo como principa-

les propulsores a Schwartz y a Sexton, tuvo su período de gran boga en todos los países, en Francia y aun entre nosotros. Consiste en quitar el martillo, para favorecer el drenaje del ática y quitar el yunque, que quedaría colgando sin el apoyo del martillo, lo que permite también favorecer el drenaje del aditus y del antro por la desaparición del apófisis horizontal de ese hueso. Pero se quitan también los huesecillos considerándolos, causa única de la supuración, por su carie.

Cuando los huesecillos son la causa única de la supuración, lo que pasa raramente, la carie ósea se encuentra en el martillo o en el yunque, es por eso, y por la delicada posición del estribo que éste se respeta, y aquéllos se extirpan.

La lesión del mango del martillo o del apófisis descendente del yunque puede verse a simple vista o con lente de aumento, si hay una perforación timpánica suficientemente amplia, pero las lesiones de la cabeza del martillo y del cuerpo del

unque, que son las más comunes, no se aprecian sin el auxilio del pequeño espejo intra-aural. del que hay varios modelos, uno de ellos, el de Botey. Cuando pasa así, que los huesecillos son la causa única de que la supuración se mantenga, su extirpación la cura.

Cuando la lesión de los huesecillos no es la única causa del mantenimiento de la supuración, se indica aún la usiculectomía si hay una perforación pequeña del Schrapnell que no permite tratar debidamente el foco de osteítis, o si hay retención de masas colesteatomas en el ático.

Pero como las lesiones de osteítis lo mismo que el proceso; colesteatomatoso, sólo muy raramente están localizados a las paredes de la logia de los huesecillos, y por el contrario se extienden generalmente al aditus y al antro, esta operación no cura en general estos procesos, y ello explica el desuso relativo en que ha caído, siendo sin embargo un precioso auxiliar nuestro en los casos en que está indicada.

No podría plantearse con probabilidad de éxito esta intervención en caso de colesteatomatoma o carie ático-antral, que es el caso corriente, ni en caso de que el laberinto demuestre por su inercia estar profundamente atacado.

La audición, según muchas estadísticas, mejora en el 50 % de los casos, queda estacionaria en un 30 % y empeora en un 20 %, pero en general esas cifras se refieren a enfermos con una audición ya muy disminu-

da. Cuando la audición es buena suele haber pérdidas muy grandes de la audición después de la usiculectomía.

2. *Resección del muro de la logia.*—Esta operación no llegó a entrar en la práctica corriente, porque en general escolla donde escolla la extirpación simple de los huesecillos.

Ella estaría indicada en las otorreas epitimpánicas, cuando la causa radica en la osteítis aguda de las paredes del ático.

Se practica después de usiculectomía abatiendo el muro de la logia por la vía conducto y mediante una gubia a extremo cortante ligeramente curvado hacia afuera.

3. *Vaciamiento petro-mastoi-deo total.*—Es una operación lógica, bien reglada y completa.

¿Cuándo debe realizarse?

Cuando una supuración tratada por medios médicos no cura puede estar todavía limitada a la parte mucosa de la caja y no presentar tendencia a la producción de complicaciones endocraneanas. En ese caso la perforación timpánica, grande o chica, no ataca el marco timpanal ni la membrana de Schrapnell. la supuración es continua o intermitente, pero tiene un aspecto algo mucoso, los Rayos X no indican la existencia de carie ósea, no presenta exacerbaciones agudas, ni verdaderas granulaciones sino a veces alguna formación poliposa, la bacteriología indica en general la presencia del estafilococo, y no se presentan ni dolores temporales persistentes, ni sordera laberinticia, ni signo de fistu-

la, ni parálisis facial.

Pero cuando la membrana es destruida *en* su parte postero superior, y el anillo timpanal desperiostado, recubierto de granulaciones, a veces carioso, e; escollo de un tratamiento médico hecho por un término prudencial, indica la necesidad de un vaciamiento aun cuando no haya síntoma de amenaza de complicación. Estas lesiones pueden presentarse ya con una otorrea continua, ya con una pequeña otorrea amarilla oscura que indica lesión ósea, ya con empujes de otorrea acompañados de otros síntomas; dolores temporales, dolores mastoideos, fiebre, vértigos, empujes de paresía facial o aun parálisis persistente.

Otras veces la naturaleza se esfuerza por realizar una operación radical, pero si este tipo de lesión, produce no la destrucción amplia de la membrana y del muro de la logia, sino destrucciones hacia el antro, hacia el endocráneo, o hacia el laberinto, el corrimiento continúa, generalmente abundante, fétido agrio y el lavado retira a menudo laminillas nacaradas de col esteatoma. En este caso

los Rayos X pueden indicar la existencia de una cavidad ósea insospechada. La bacteriología del pus quitado por el conducto demuestra la presencia del estafilococo (microbio agregado) pero en los focos profundos y en las complicaciones se encuentra casi siempre un estreptococo.

En suma, las indicaciones generalmente aceptadas para la operación radical son: Las supuraciones con osteítis que tengan empujes ofensivos; cuando aparecen síntomas más o menos alarmantes a raíz de un cese de la supuración; cuando se presentan paresias faciales temporarias; cuando hay en una otorrea vieja una fístula espontánea o quedada después de una trepanación; cuando exista dolor tensivo en la región temporal (generalmente acompañado de ineptitud al trabajo, de tristeza, de pesadez de cabeza); cuando el laberinto esté tocado, ya por anestesia ya por exitabilidad exagerada, o que exista el síntoma de fístula sin audición muy conservada. En el colesteatoma se debe operar casi siempre, especialmente cuando éste ha respetado las barreras

externo.s y se produce retención. Cuando la carie ósea es evidente y la supuración persiste después de un tratamiento médico adecuado, la intervención se impone, no así en los casos en que el diagnóstico de la otitis ósea es incierto, para esos casos creemos con Korner que la operación se justifica: cuando se presentan durante la otorrea crónica, dolores de oído y de la mitad de la cabeza; cuando hay síntomas de localización como la invasión del laberinto o la lesión del facial, que pueden favorecer el desarrollo de complicaciones endocraneanas; en presencia de síntomas de complicación **endocraneana**, y especialmente de una hipertermia inexplicada.

Es un hecho, de antiguo conocido, que las operaciones de este tipo se hacen mucho más frecuente en la clientela hospitalaria que en la privada. Ello se debe especialmente a la falta de cuidados médicos en el primer grupo de enfermos. Por tanto una de las causas que conducen a la intervención es la falta anterior de terapéutica médica adecuada. Otros factores accesorios que es necesario tener en cuenta son también la edad, la clase social del enfermo, su estado general y hasta su temperamento.

Una caries ósea evidente, aunque no presente síntomas de otorrea ofensiva será una indicación de vaciamiento en una persona sana de 25 años de edad, pero no lo será en una persona que ha pasado los 50 y estará contraindicada, salvo apremio

en toda persona cuyo estado general esté muy alterado. En los niños se hace generalmente por encima de los 7 años.

Una lesión con que puede contemporizarse en una persona cuya concurrencia al consultorio privado u hospitalario puede ser asidua, tendrá que tratarse quirúrgicamente en otra persona que por su trabajo, por su falta de comprensión de los cuidados necesarios, o por el lugar en que habite, no podamos contar que se haga vigilar eficazmente.

Hay por fin personas que por su indocilidad, o su nerviosismo, no permiten hacer las curaciones ordenadamente. no deben ser operadas sino en caso de gran necesidad. Ellas exponen, como en el caso de una joven rusa, operada recientemente en la clínica, a perturbaciones enormes durante la operación, causadas por su propia indocilidad.

1° El método de atrás adelante.

3° El método de delante atrás.

3° El método transespino meático.

4° El método endo-aural.

1° *El método de atrás a delante (Schwartz-Zaufal).* —

Consiste en descubrir el antro mastoideo en el lugar clásico de elección, dirigiéndose hacia la caja de atrás adelante suprimiendo la pared posterior del conducto, exponiendo así, ampliamente el aditus ad antrum (hasta aquí igual que lo hacían Küster y Bergmann en su primitiva técnica), pero completándola por la trepanación de

la pared externa del muro de la logia la extirpación del martillo y del yunque y el rebajado del macizo del facial, todo esto con incisión retro-auricular, y plastía del conducto que permita el cierre inmediato de la herida retro-auricular a la inversa de lo que se hacia en los primeros tiempos, hacia el año 1891 en que se comenzó a emplear.

29 *El método de delante atrás (Stake)*. — Este procedimiento consistía en un principio (1890) en la extirpación de husecillos. resección del muro de la logia y de la pared externa del áditus, hecha mediante una incisión retro-auricular. Luego se agregó la extensión del antro, la plastía del conducto y el cierre primario de la herida externa.

39 *El método trans-espino-meático {Wolf}*, que consistía en trepanar como si se quisiera agrandar el conducto atrás y arriba, en el sitio de la espina de Henle. Esta trepanación conduce al aditus y es actualmente muy empleada en sus diversas variantes (Hautant p. ej.). Descubierto el aditus se trepana el antro, el muro de la logia, se hace al rebajado del

muro, facial, plastia del conducto y cierre de la herida retro-auricular de abordaje.

4¹? *El método endo-aural (Carlos y Federico Thier)*.—Este método ideado por los hermanos Thier de Leipzig, que hicieron sus primeras publicaciones sobre el tema en los Archiv für Ohrenheilkunde año 1912. y luego en el congreso de médicos de cuello y oído de Sajonia y Turinga el 25 de noviembre de 1912, en que presentaron 26 historias de operados, algunos hasta cinco años antes; pasó largo tiempo sin llamar mayormente la atención de los otólogos hasta que, a partir del año 1927 y 28 Von Eicken en Alemania, Guns y Van deu Wildenberg en Bélgica y Lempert en Norte América le dieron un gran impulso perfeccionando detalles de técnica y de instrumental.

Hemos visto practicar este procedimiento hace 2 años a un número crecido de enfermos, de todas las edades, en la clínica de La Charité, del Profesor Von Eicken, de Berlín y después, siguiendo su manual operatorio, aunque simplificado, la hemos practicado unas 20 veces en nuestra ciudad.

Con o sin resección previa de los huesecillos, se hace, mediante un gubia algo curvada hacia afuera, guiándose con el gancho explorador, el abatimiento de todo el muro de la logia, y luego, siguiendo el aditus. de la pared externa de éste, de *ir* del antro y células que existieren.

El tiempo primero y previo par?, el bordaje es la extirpación hasta el hueso de un lambo cutáneo que comprenda toda la mitad posterior o algo más. de la pared superior de la posterior.

El instrumental que emplea Von Eicken es muy completo, y está muy bien presentado por la casa Pfau de Berlín., pero nosotros empleamos solamente un foco frontal, un bisturí común, una pinza de Lucee, un áesperioestador de Killiann para tabique, un separador auricular de mango, una gubia de Von Eicken (la mayor), un gancho explorador (de Von Eicken).

Los inconvenientes técnicos que se anotan en su contra pueden valer con conductos muy estrechos, pero ni el descenso de la dura madre, ni la procedencia del seno lateral presentan peligros mayores dado el ángulo de ataque. Conviene, sin embargo, guiarse por una radiografía previa.

Creemos que cuando la cavidad mastoidea no es muy extensa y cuando no existen complicaciones evidentes del lado del seno o de las meninges, este procedimiento presenta la ventaja de ser más fácilmente aceptado por el enfermo; de ser un menor traumatismo; de per-

mitir al enfermo restituirse en menor tiempo a sus ocupaciones, de dar un mayor porcentaje de mejorías de la audición; de operar por la misma vía de las curaciones posteriores. En nuestros casos los enfermos operados por este proceder se han curado en general en igual o menor tiempo que por la técnica de Zaufal, y en caso en que debimos hacer una segunda operación clásica, tenemos al enfermo aun sin cicatrizar, después de largos meses de curaciones.

En suma, podrá preferirse para los casos de antro relativamente desarrollado el procedimiento de Zaufal o de Schwartz, para los casos de antro muy pequeño como es frecuente se presentan en la otitis crónica, el de Stake o mejor el transespino meático. pero en ambos casos puede usarse sin ningún inconveniente el procedimiento endoaural. fuera de los casos de complicación endocraneana.

Sin embargo, Von Eicken y otros operan por procedimiento hasta casos complicados, y en realidad con pleno dominio de las lesiones, como hemos podido comprobarlo directamente, y Lempert ataca por esta vía los estados agudos de la mastoides. Pero creo que en estos dos últimos casos la vía retro-auricular debe preferirse.

4? *Vaciavientos petromastoides parciales.* — Desde los comienzos de la cirugía radical de la otitis crónica se hicieron tentativas para modificar la técnica en el sentido de tocar menos la arquitectura de la caja, especialmente en los case; en

que ella misma no estaba muy atacada.

Las operaciones primitivas de Küster y Bergman por una parte y de Stake por otra, si bien eran en realidad avivamientos parciales, y aun teniendo la primera los caracteres fundamentales que se buscan en estos, no debemos tomarlas como técnicas de vaciamiento parcial, sino como tentativas incompletas de un vaciamiento total.

Algunos ensayos fueron hechos buscando la menor modificación posible de la caja, para conservar mejor la audición, pero un estudio serio lo encontramos recién en 1909, en que Bondy y Barany hicieron conocer su técnica de trepanación ensanchada o radical parcial, abriendo por vía retro-auricular el antro y el aditus y abatiendo la pared lateral del ática.

Después de esa época se sucedieron publicaciones y presentaciones de técnicas hasta 1915 en que Sourdille publicó una buena monografía sobre

técnicas e indicaciones de la radical conservadora.

Luego viene una larga pausa en que apenas espaciadamente algún otólogo se ocupaba de este asunto hasta que Barany publicó en el tomo G del Acta oto-laryngológica (año 1923) su artículo titulado: "Operación radical sin plastía del conducto." En realidad, no es el hecho de no efectuar la plastea lo más importante en esta técnica, sino el tratar de obtener el cierre de la herida retro-auricular por primera intención;

La plastía, según Beck, no es imprescindible, pero ella es, en general, útil. Sólo cuando el conducto es amplio y la piel de éste delgada o atrófica, es en realidad preferible no hacer plastía.

Frente a la operación de Barany, Neumann ha publicado su técnica de radical parcial, con abordaje retro-auricular pero con plastía del conducto. Cié-

rra en el acto, operatorio la herida retro-aupfesiár como en la radical clásica, haciendo la vigilancia posterior de la cavidad operatoria por el conducto. Por este procedimiento Neumann varía el tamaño de la intervención ósea y aun de la intervención sobre la membrana, según las lesiones, tratando de hacer las menos maniobras posibles por la cara interna de la membrana, a fin de evitar la formación de tejido fibroso que luego perturba la audición.

Una modificación importante de técnica ha sido propuesta por Beyer en el Congreso de la Sociedad de Oto-rino-laringólogos alemanes, efectuado en Hamburgo en 1926. Consiste en la trepanación del antro, y la trepanación del muro de la loggia por la parte externa, conservando el reborde de la inserción timpanal. Por esta vía que han seguido luego Voss y Sourdille se puede ver y quitar todo lo enfermo que existe en el epítúmpano.

Beyer, por su parte, ha hecho variar mucho su técnica, como puede verse en su reciente obra "Las operaciones sobre el oído medio."

La radical parcial, también llamada ático-antrotomía, está indicada principalmente cuando es posible por ella quitar todo lo enfermo, y la audición está al mismo tiempo bastante conservada. Fronnuing dice debe preferirse cuando la voz cuchicheada se oye a más de

1y₂ metros, la cadena de huesecillos está móvil, y el Gelle no es positivo.

Beyer, por su parte, ha hecho variar mucho su técnica, como puede verse en su reciente obra "Las operaciones sobre el oído medio."

En caso de complicación presente o amenazante creo deba preferirse la radical total. En cambio, cuando hay síntomas de fístula, con buena audición y al mismo tiempo las lesiones de la parte baja de la caja aparezcan pocas, este proceder está particularmente indicado por cuanto es en estos casos que la baja post-operatoria de la audición se marca más. En cuanto a la elección entre los procedimientos, preferiríamos en general el de Neumann, que nos ha dado muy buenos resultados en dos casos.

Pero todos estos procedimientos pueden ser efectuados por vía endo-aural, como ya lo establecían en 1912 los hermanos Thier en la comunicación a la reunión de médicos otorino-laringólogos de Sajonia y Turingia al dividir su material en la siguiente forma:

Grupo I.—Siete casos con conservación de la membrana y los huesecillos.

Grupo II.—Siete casos con extirpación de los huesecillos careados.

Grupo III.—Ocho casos con carie en el antro y extirpación de los huesillos careados.

Grupo IV.—Cuatro casos, de colesteatoma, tomando el antro.

Nosotros mismos en los veinte casos que hemos operado por la vía ando-aural, siguiendo la técnica aprendida durante nuestras visitas al servicio del Profesor Von Eicken en "La .Chanté" (Berlín), nos hemos esforzado por conservar los huesecillos si no estaban enfermos, y tocar lo menos posible la cavidad de la caja, lo que nos ha permitido obtener mejoría en la audición de algunos enfermos y ningún empeoramiento de ésta, hasta la fecha..

—

5° *Vaciamiento petro-mastoi-deo ensanchado.*—Este tipo de operaciones tiende a agrandar la brecha hacia delante y abajo, ha tomado su impulso en Norte América, hace de esto algunos años, por los trabajos de Eaglaton, Kopetzky y Morisset Smith.

Después de esto en Alemania, Suecia y Francia se han hecho publicaciones al respecto, y úl-

timamente Guillan, discípulo de Ramadier, publicó una tesis titulada "L'évidement Pátromastoidien élargi (tecrinque J. Bamodier." y Ramadier mismo, el año pasado publicó otro artículo sobre el particular en "Annales d'oto-laryngologie."

La indicación de estos procedimientos es principalmente el tratamiento de las osteítis profundas de la roca, buscando, por la liberación del labio anterior de la gotera timpanal y de la parte posterior de la articulación témp oro-maxilar, una buena visibilidad de la pared interna de la caja., y en particular de la región sub-promontorial, tubocarotidea y de las ventanas, a fin de poder buscar el orificio externo de fístulas que se hunden más o menos profundamente en la pirámide petrosa y tratar de avanzar hacia la punta de la roca por la vía del canal carotideo o por la vía que la misma lesión aconseja.

(De la Revista *Oto-Neuro-Oftalmológica y de Cirugía Neurológica*, Buenos Aires, Diciembre de 1934).