

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.
REDACTORES:

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., Septiembre de 1935 | N° 59

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Motivos de todos bien conocidos hicieron posponer la fecha fijada para la celebración de las Jornadas Médicas de 1935, el 20 de julio, sexto aniversario de la fundación de nuestra Asociación, para el 14 de septiembre. Y fue precisamente ese día que tuvo verificativo la solemne inauguración del torneo científico.

Los miembros de la sociedad que conservan intacto su entusiasmo y elevado espíritu de fraternidad y progreso acudieron gustosos a tomar parte en las discusiones de variados temas puestos en el tapete de las Jornadas. Un suave y agradable ambiente de la más franca cordialidad presidió las horas que pasamos externando nuestras opiniones sobre asuntos de diario comercio y general interés. No faltó para amenizar las sesiones entre los argumentos para defender o combatir una tesis, la palabra jocosa y chispeante para alegrar la dureza de la cuestión, haciendo brotar sonrisas de los rostros más ceñudos.

Nosotros que hemos visto nacer y crecer esta Asociación nos liemos asombrado de que viva todavía; seis años representan un esfuerzo de gigantes; seis años de no rompernos la crisma y solucionar por los medios decentes las naturales divergencias de criterio, significan en verdad un triunfo.. Un estribillo barato y grosería inmensa nos tiene acostumbrados a descargar toda la responsabilidad de los fracasos sobre el medio ambiente y así decimos: este es un país imposible, aquí se hace la guerra a las obras de mayor aliento y empuje en favor de la colectividad, la tierra estéril no da cava a la simiente generosa que mañana ha de florecer en fragantes botones de prosperidad y grandeza, los espíritus desiertos y arenosos para el bien son selvas vírgenes propicias para el cultivo del mal. Yo no puedo creer ni siquiera acos-

tumbrar nie a oír semejantes simplicidades, áncoras de salvación de los hombres que buscan en esos pretextos el manto para encubrir la ausencia de entusiasmos y estrechez de miras en los problemas relacionados con el bienestar y adelanto de la agrupación y de cada uno de sus componentes.

Rompamos valientemente la espesa nube que envuelve nuestra existencia, desnudemos la suprema verdad y digamos a gritos, honradamente que estamos enfermos de una tremenda enfermedad de carácter endémico e incurable, manifestada por un dulce sopor, una indiferencia por cuanto nos rodea, un prurito de menospreciar el esfuerzo de los pocos no contaminados con la intención de apagar cualquier luz que pueda iluminar el camino marcado por las nobles aspiraciones y sanas ideas. Pereza se llavia en buen romance tan difundida y tenaz dolencia: no pensar, no' hablar, no escribir, no oír, negar la contribución del cerebro al mejoramiento del gremio, del gremio médico en particular, porque es imperdonable en una leite como debiera ser, por los títulos que autorizan largos años de estudios en aulas universitarias no constituya un núcleo fuerte, homogéneo, de tendencias semejantes, capaz en un momento dado de salvar una situación difícil y servir de modelo a las otras agrupaciones de actividades diversas para llegar un día a constituir el directorio obligado de la marcha ascendente y sólida del país.

Con espíritu de suprema justicia yo declaro solemnemente irresponsable nuestro ambiente de la calamitosa situación; acuso como solo causante de nuestros mayores daños y desventuras a la clase intelectual por su inercia, por su indiferencia, por su falta de honradez y de valor. Acuso al gremio médico de enorme responsabilidad por el mal ejemplo dado en muchísimos años.

Aun nos queda, como último recurso, en la caja de Pandora, la sublime esperanza; a ella nos acojemos para no caer en el abismo terrible de la decepción y el desconsuelo. Bajo su manto purísimo cobijamos los anhelos más fervientes ansiosos de ver un día, lejano sin duda, los fuegos de la energía y del trabajo, reunidos en un haz, para incendiar las sombras que ocurecen y corroen las siete virtudes teologales.

La Colecistectomía

Como la discusión sobre las indicaciones operatorias y el procedimiento que ha de seguirse en las múltiples afecciones de la vesícula biliar es interminable, me voy a limitar en estas breves líneas a comunicar el resultado de mi experiencia durante los últimos 7 años de práctica.

El material de que disponemos es sumamente escaso, tanto en el Hospital como en la clientela privada para poder presentar una estadística de mérito; pero como no hemos de esperar 40 años para exponer nuestra opinión, necesario es hacerlo con lo poco que tenemos. Otro motivo poderoso para disminuir el número de casos intervenidos es la resistencia de los pacientes a someterse a intervenciones perfectamente indicadas.

Desde hace 5 años cantamos con la ayuda magnífica del departamento de Radiología para resolver las dudas confirmando o desechando diagnósticos que antes nos incitaban más a la abstención operatoria.

No he de referirme al cuadro sintomático clásico de una litiasis biliar simple o infectada ni a las neoplasias biliares que requieren una intervención radical sino a esos de oscura y pobre sintomatología que se manifiestan por ligeros trastornos gastrointestinales como anorexia, náuseas, constipación y tal vez muy suaves dolores espontáneos bajo el borde costal derecho, casos en que la radio-

grafía es un recurso eminente para marcar el camino de nuestra decisión. Cada vez que se me responde, después de una colecistografía, vesícula patológica, intervengo sin vacilación; la experiencia de 40 casos me confirman en lo dicho.

Algunos de ellos operados sin radiografía por carecer del aparato resultaron francamente positivos de acuerdo con la clínica que nunca falló. La mayor parte de examinados a los Rayos X fue siempre confirmado a la intervención tanto el diagnóstico clínico como el radiológico y cuando éstos eran vagos es decir que solamente se pensaba en un padecimiento biliar sin especificar la afección causante tuvimos la fortuna de encontrar realmente lesiones vagas que cedieron al tratamiento aplicado.

La mayor parte de mis casos se refiere a litiasis biliares en diversos tipos anatómicos: varios cálculos pequeños, cálculos grandes, un solo cálculo, varios cálculos y arenilla, solo arena, cálculos pequeños o grande enclavado en el cístico antiguas infecciones con vesícula atrofiada o bien con hidrops vesicular, vesículas libres, adheridas, con supuración perivisceral, etc.

Dos casos de torsión de la vesícula operados por los ligeros trastornos antes mencionados y por la respuesta de "vesícula patológica."

Un bellísimo caso de compresión del colédoco publicado en

el número 37 de noviembre de 1933 en nuestra Revista y por último 11 casos en que tanto la clínica como la radiografía afirmaron una lesión vesicular que no justificaron su extirpación.

Mi principal interés no se refiere a mostrar las mayores o menores dificultades para formular el diagnóstico de la afección vesicular sino a comunicar el resultado de los casos operados por mí, empleando procedimientos varios.

Sobre 40 enfermos intervenidos practiqué la colecistectomía en 29. En dos hice una pexia vesicular y en nueve solo verla y tocarla. En casi todos hice en la misma sesión una apendicectomía; me abstuve en los muy difíciles que requirieron demasiado tiempo.

En 8 casos me vi obligado a colocar un drenaje-tapón de Mikulicz por tratarse de vesículas muy adheridas que dieron lugar a fuerte hemorragia en sabana O. por haber encontrado pus al rededor de la vesícula.

Complicaciones -tuve pocas: infección de la pared, 2 fístulas biliares que desaparecieron en tres semanas y varias congestiones pulmonares.

Ningún paciente murió. A ninguno he tenido necesidad de ver de nuevo por padecimientos

biliares. A todos se les prescribió un régimen dietético y escasos medicamentos para combatir la diátesis calculosa.

De 3 pacientes a quienes practiqué colecistotomía, ideal hace 10 años que no figuran en esta estadística uno tuve de intervenir de nuevo, 6 años después para extraerle la vesícula nuevamente calculosa; el segundo fue operado por otro facultativo por las mismas razones y el tercero sufre de vez en cuando de cólicos semejantes a los primitivos pero rehúsa otra operación.

Nunca he tenido oportunidad de hacer una colecistostomía ni abertura o drenaje de la vía biliar principal.

Si meditamos un instante sobre la conducta seguida en mis 40 enfermos, la conclusión natural es que hemos procedido correctamente o bien que el hada fortuna ha sido exquisitamente benévola conmigo. En realidad, me siento extremadamente satisfecho de la colecistectomía y pienso continuar ejecutándola siempre en igualdad de condiciones a las referidas.

Abundante literatura he leído sobre las indicaciones de la colecistectomía. Autores hay acérrimos partidarios de la colecistectomía que condenan con

acritud exagerada la colecistostomía. Viceversa otros se declaran decididamente por la colecistostomía y niegan a la ectomía todo efecto saludable incriminándole múltiples trastornos post-operatorios y muertes inmediatas.

En el gran maremagnum de las discusiones es muy difícil decidirse por éstos o aquellos autores; todos presentan fuertes estadísticas en favor y en contra de la tesis sustentada. Yo no poseo ninguna autoridad para preconizar este o aquel procedimiento, pero sí el derecho de exponer mi opinión fundada en los casos mencionados que aunque pocos con un éxito de 100 por 100 me empujan a seguir la misma ruta.

No condeno de ninguna manera la colecistostomía por el hecho de no haberla practicado nunca; al contrario creo que es una excelente operación cuando se trata de una colecistitis aguda supurada, litiásica o no, con fenómenos graves y cuando la vesícula por sus sólidas adherencias es inextirpable. Ni uno ni otro caso se me ha presentado. Ciertamente es también que la operación de colecistectomía es mucho más fácil y menos peligrosa que la ectomía* bien sea abocando el fondo de la vesícula a la pared abdominal o simplemente evacuándola y dejando un tubo de drenaje en la cavidad fijado por un infundibulum que salga al exterior con un trozo de hule protector bajo la pared inferior de la vesícula para aislarla de la cavidad.

La colecistectomía ideal no volveré a hacerla porque en los 3 casos citados se reprodujeron los cálculos y con ellos las mismas molestias a pesar de ser una intervención excesivamente sencilla y sin ningún riesgo.

Las últimas 5 colecistectomías las he practicado con anestesia raquídea, 10 c. c de solución de Novocaína al 1 %; inyección entre la II y 12 dorsal. Las anteriores con éter.

Omito todo tratamiento médico y post-operatorio por demasiado conocido, lo mismo que las técnicas operatorias y las contra-indicaciones.

CONCLUSIONES

I.—La colecistectomía es una operación excelente en los casos de litiasis biliar y colecistitis crónica, en las torsiones de la vesícula y en las neoplasias.

II.—Es una operación sencilla, sin grandes riesgos; en 29 operados ninguno murió.

III.—Los resultados son magníficos; nunca he visto trastornos consecutivos.

IV.—No condeno la colecistostomía; al contrario creo que es una operación notable en las colecistitis agudas con fenómenos generales graves y en las vesículas inextirpables.

V.—La colecistotomía ideal, abandonada por la mayoría de los cirujanos me ha proporcionado 3 fracasos, en el sentido que todos sufrieron de nuevo cólicos.

Tegucigalpa, septiembre 14 de 1935.

S. Paredes P.

LOS RÍÑONES GRANDES

En presencia de una tumefacción lumbar debe siempre pensarse en tumor de riñón y buscar su naturaleza. La palpación y los síntomas con la evolución indican con seguridad el diagnóstico. El cateterismo de los uréteres, la radiografía y la pielografía ayudan eficazmente a resolver las dudas posibles. Palpación por el método de Guyon: enfermo en decubito dorsal, piernas flexionadas sobre los muslos y separadas para relajar los músculos del abdomen, el médico del lado que se va a explorar, coloca una mano a plano bajo la región lumbar, la extremidad de los dedos en el ángulo costovertebral; la otra mano adelante, paralela a la línea blanca, los dedos bajo el borde costal, deprime la pared hacia atrás y arriba hacia las costillas en el momento de la inspiración y la mantiene deprimida durante la expiración; la mano posterior presiona y aprecia la contractura de los músculos tratando de empujar el riñón hacia adelante. Normalmente el riñón es impalpable, en los flacos puede sentirse a lo más el polo inferior.

Riñón medianamente grande puede sentirse con solo la mano posterior, sin necesidad de empujar adelante indicando tumor renal; el peloteo renal fácilmente perceptible por los movimientos hacia arriba y abajo durante los movimientos respiratorios; la forma redonda sin borde cortante; la per-

cusión anterior de la región muestra una sonoridad debida al empuje de los colon; una insuflación rectal hace más notorio este signo. Menos evidentes son los signos anteriores cuando el riñón es de volumen más considerable, o flotante.

Tumores y aumento de volumen de los órganos vecinos pueden confundirse con los riñones grandes: el hígado grande se reconoce por el borde afilado y ausencia de contacto renal y por la investigación de la macidez a la percusión.

Los quistes hidatídicos y las tumefacciones de la vesícula biliar no tiene contacto con la pared lumbar; la percusión muestra macidez; en los casos de quiste hidatídico de la región posterior tomando contacto con la pared lumbar el diagnóstico se hace por la radiografía y el cateterismo de los uréteres.

La esplenomegalia y los tumores del baso se reconocen por el borde cortante y hendido, no hay sonoridad anterior y la macidez se continúa directamente con la del baso. La mano posterior no apercibe nada. Los quistes hidatídicos posteriores se diagnostican como los del hígado.

Los tumores de los ángulos cólicos y del divertículo de Meckel son claramente abdominales, nada siente la mano posterior y se acompañan de trastornos intestinales.

Los abscesos fríos lumbares consecutivos al Mal de Pott frusto se distinguen del gran ri-

ñon por la renitencia y por el examen radiológico de las vértebras.

Tumores de la cola del páncreas cuya masa es más interna que el gran riñón, no posee contacto lumbar ni peloteo claro.

Un riñón grande y un gran riñón flotante puede confundirse con quistes y tumores pediculados del ovario, del epiploon y del mesenterio; el riñón se deja fácilmente desplazar hacia la región lumbar pasando por una zona de sonoridad sin tendencia a regresar mientras que los otros tumores no suben o descienden rápidamente.

En la mayoría de los casos el contacto lumbar, el peloteo renal y la sonoridad hacia adelante permiten afirmar un riñón aumentado de volumen. En la duda radiografía; en los obesos valiéndose del procedimiento de Caroli insuflando el intestino. El cateterismo de los uréteres muestra una dilatación de la pelvis y diferencia en las eliminaciones funcionales indicando riñón patológico. Cuando a pesar del empleo de todos estos medios de exploraciones el diagnóstico continúa oscuro se recurrirá a la lumbotomía exploradora. Una vez averiguado que la masa es el riñón o un tumor

del riñón debe precisarse su naturaleza o la causa del aumento del volumen.

DIAGNOSTICO. — Tumor solo. Tumor con hematuria. Tumor con piuria.

Tumor: cáncer en 15 % de casos. La presencia de un varicocele del lado del tumor hará pensar en él, si es de fecha reciente. La unilateralidad hace eliminar el riñón poliquístico. La radiografía elimina los cálculos. El cateterismo de los uréteres muestra no sólo la eliminación del enfermo sino también del riñón sano en vista de una nefrectomía probable. El riñón malo presenta una caída de todas las eliminaciones tanto más marcadas cuanto más avanzada están las lesiones. La pielografía una imagen particular: pelvis y uréter deformados por la masa; uno o varios, cálices amputados por la neoplasia no aparecen en la pielografía.

El riñón poliquístico se reconoce por la bilateralidad a la clínica, salvo cuando uno es mucho más pequeño que el otro. El cateterismo muestra una conservación de las eliminaciones clorurada y ureica, hay poliuria y caída de la sulfonfenol-taleína; la pielografía de cálices y pelvis de conformación normal pero alargados.

Los cálculos con gran riñón se sospecharán si el paciente acusa dolores lumbares aumentados por el movimiento; la radiografía decide.

Las hidronefrosis cerradas tienen por único síntoma el aumento de volumen del riñón frecuentemente; dolores por crisis; variación del volumen de los mismos; desaparición de la masa lumbar acompañada de poliuria. El cateterismo evacuando el contenido pélvico y la radiografía demuestran claramente la hidronefrosis.

Lo mismo pasa en las pionefrosis cerradas pero además se presenta la fiebre; desaparece cuando el pus se evacua; la orina es limpia ordinariamente; contiene pus cuando la pionefrosis se evacua. El cateterismo es necesario para confirmar.

Los tumores sólidos paranefríticos desarrollados a expensas de las cápsulas fibrosas; el cateterismo y la pielografía muestran todo normal; una lumbotomía decide la cuestión.

Los quistes del riñón únicos o múltiples se caracterizan por la renitencia, a veces fluctuante. La exploración funcional dice normal; sospechar quiste hidático cuando hay urticaria.

Riñón único grande por hipertrofia congenital; el cateterismo muestra ausencia de un agujero -ureteral o la ausencia de secreción del otro lado.

Tumor y hematuria: La presencia de sangre en la orina ineludible: - lesión en el riñón o la pelvis: se eliminan así los tumores paranefríticos y los quistes

renales. El cáncer se acompaña de hematuria total, insidiosa, espontánea, caprichosa e intermitente, aumenta a medida que progresa la afección.

Aparición de hematuria después de ejercicios y su disminución en reposo sugieren cálculos.

La hematuria del riñón poliúístico se parece a la del cáncer; la bilateralidad del tumor y los síntomas antes descritos harán el diagnóstico.

No olvidar los pólipos vesicales accesibles a la cistoscopia.

Tumor y piuria: pensar en causas inflamatorias aunque raras veces a las neoplasias pueda agregarse una infección. Pionefrosis vanales o tuberculosas, cálculos infectados con gran riñón y pielonefritis.

Distinguir la pielonefritis aguda de la pionefrosis por la clínica: la segunda se acompaña de síntomas generales más intensos y la piuria es mucho más abundante.

Aparece después de un largo período de inflamación del riñón en tanto que la pielonefritis se instala en riñones anteriormente sanos. La eliminación del riñón en la pielonefritis es normal mientras que en la pionefrosis está disminuida y tanto cuanto más avanzadas las lesiones; la piuria más intensa en la pionefrosis.

El examen microscópico de la orina, los antecedentes del enfermo y la radiografía dirán si se trata de tuberculosis o de cálculos.

O. M.

LA PESTE VERDE

(Concluye)

XXIX. — *La Profilaxia individual en las comarcas víctimas del Malarigenismo*

No estarían completas estas Instrucciones, si no consignaran algunos consejos útiles para escapar, individualmente, al inmisericordioso poder de la Peste Verde.

A menudo hay personas que se ven obligadas a residir, en forma temporal, en las zonas castigadas por la Malaria, ya por ir a ellas en busca de trabajo ocasional, ya por tener que efectuar diversas operaciones económicas o de otra índole, ya en fin, los médicos y sanitarios, cuando acuden a estos paraies para luchar contra el enemigo que es el Malarigenismo.

En estos casos abundan los medios eficaces. El grillado completo de las viviendas, es medio que ha dado resultados seguros. El expurgo, después de cerradas las entradas por las redes y telas metálicas protectoras, empleando sustancias insecticidas — recomendamos el SUFLIX barato y eficaz — el uso de mosquiteros vigilando que no sirvan de prisión de los anofeles, lo que ocurre a menudo, y por último, el empleo de la quinina, a dosis que fluctúen entre los 40 y los 60

centigramos, en comprimidos azucarados, diariamente ingeridos, son otros medios que pueden dar y que dan la seguridad contra la infección.

Cuando se ha de trabajar a la intemperie y cuando los zancudos, principalmente a la hora crepuscular, se encarnizan contra sus víctimas, el medio al que se recurre es el uso de pomadas protectoras que ahuyentan a los anofeles y demás insectos chupadores. Entre numerosas fórmulas preconizadas, recomendamos la que se conoce en el comercio de farmacia con el nombre de VEHA.

	gramos
Esencia de eucaliptos. . . .	50
Esencia de citronella	50
Esencia de Lavanda	5
Extracto de Quasia amara	20
Alcohol saturado de alcanfor	5
Piretrina (gotas)	V

Unas gotas, sobre la superficie del cuerpo que se desea proteger, bastan para apartar a los zancudos. El Agua de Colonia produce, en alta proporción, efectos semejantes. Basta zahumar la vivienda para que el zancudo la abandone. Otro tanto ocurre con las cañas de piretro que hay en el comercio.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO DE SALUD ANTIMALARICO
CALENDARIO DE TRABAJO

FUNCIONES DE	E.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	PERSONAL	
I ASISTENCIA	Asistencia metódica de gametóforos y de niños esplenomegálicos			Asistencia inmediata de primo-infectados. Prevención de recidivas. Tratamiento en masa.			Asistencia General y continua de crónico. Hospitalización enfermos graves.			Un Médico. Un Microbiólogo. Dos Enfermeras			
II SANEAMIENTO	CONTROL PERMANENTE SOBRE LOS LARVARIOS												
	Inspección de las Repuntas			LUCHA CONTRA EL ZANCUDO ADULTO (Expurgos, Sulfix, Caza).			Inspección de los estiajes. Anofelismo residual			BRIGADAS Sanitarias			
III PROFILAXIA	VIGILANCIA PERIODICA DE LAS VIVIENDAS, Y DE LA CONDICION SANITARIA DE LOS HABITANTES Y DEL TRABAJO — EDUCACION Y PROPAGANDA												
—	Reconocimiento de los nuevos obreros.			ESCUELA-COLONIA PARA NIÑOS MALARICOS CRONICOS			Instrucciones a los que abandonan el campo			El mismo de la Asistencia			
													Un Maestro.
													Una enfermera.

XXX. — *El Centro Rural de
Salud y sus funciones*

El Centro de Salud, del que ya tratamos anteriormente, es el mejor instrumento para realizar el vasto programa de la protección total de las masas rurales, y a él deben estar confiadas todas las funciones de Asistencia, Saneamiento y profilaxia, reforzándolas, según los casos y las operaciones por efectuar, con técnicos que aseguren la realización cabal de su misión redentora.

Creemos interesante consignar en el cuadro sinóptico adjunto, las actividades de un Centro de Salud antimalárico, referidas a los meses del año y a las diversas posibilidades que se ofrecen a este órgano sustantivo de la Higiene práctica.

La lectura de ese cuadro permite, mejor que cualquier descripción, formarse cabal concepto del modo como concebimos el funcionamiento de este órgano de lucha cuya creación, en numero suficiente, venimos defendiendo desde veinte años. Sus indicaciones reposan en la experiencia adquirida durante la Demostración de Asistencia y Saneamiento Rurales del Valle de Carabaylo, que hemos logrado realizar, apenas y por Vez primera en el Perú, en el año de 1933, gracias al generoso concurso moral y material de la Sociedad Nacional Agraria y al apoyo de la Dirección de Salubridad.

CONCLUSIÓN

XXXI. — *El Estado, su papel en
la lucha antimalárica y la
Cooperación Social*

La lucha contra la Malaria exige, imperativa y necesariamente, la intervención coordinadora y ejecutora del Estado, con sus poderosos medios de acción. No es posible abandonar tal empresa de bien público a la sola iniciativa privada, pretendiendo, por imperio de la ley y de la pena, convertir a cada propietario o contratista rurales en un técnico de la Higiene, en un malariólogo.

La cooperación social será siempre indispensable y preciosa para obtener resultados perdurables y benéficos en la gran cruzada contra la Peste Verde, pero esta cooperación deberá ser sustantivamente económica, ya en forma de tributación especial, ya mediante la prestación de servicios personales. Tal vez por que nuestra legislación vigente no ha contemplado así la cuestión ha resultado hasta ahora, pese a los años que lleva de expedida, poco menos que letra muerta.

A la luz de las nociones positivas que hemos expuesto sobre la Malaria en la Costa del Perú, tanto la ley 2364 cuanto el reglamento que la completa —que consignan muy atinados principios— deben ser revisados en el día, ya que no sólo no se han aplicado, sino que, en nuestra opinión, son inaplacables; y aún en el caso de que lo fueren, no se alcanzará con esas normas legales el dominio de la

Malaria, como puede juzgarse comparando las inspiraciones y preceptos que contienen, con las enseñanzas que se desprenden de este trabajo de divulgación sanitaria que el Instituto de Medicina Social de la Universidad de San Marcos de Lima entrega, como aportación suya, a la causa de la salud rural.

Esta revisión será labor doctrinaria y técnica a la que consagraremos un trabajo especial, que como estas Instrucciones, representará el fruto de la DEMOSTRACIÓN DE ASISTENCIA Y SANEAMIENTO RURALES del Valle de Carabayllo, efectuada en los años 1933-1934.

Nos limitamos a reproducir más adelante la ley 2364 y su reglamento para que sirvan a cuantos pidan a este prontuario de lucha antimalárica, indicaciones, y sugerencias para defenderse del imperio maldito de la Peste Verde.

Ha concluido este trabajo de fé y de patriotismo. Para darle cabal término digamos algunas palabras sobre la forma como ha de realizarse la cooperación social que preste a la lucha contra la Peste Verde los medios materiales y espirituales que necesita para culminar en una victoria de redención de la tierra y de felicidad de los hombres que la trabajan.

Es necesario que todos en el Perú sientan el deber inaplazable de dar fin a este imperio esclavizante de la Malaria, el factor de mayor atraso que exis-

te en la porción de nuestro territorio que mostramos a las demás naciones. No es una empresa que sólo va a beneficiar a los propietarios o contratistas rurales, es algo más: una grande y santa labor de revigorización nacional, de paz social, de felicidad colectiva.

La lucha contra la Malaria hay que organizarla sobre firmes bases económicas. El Estado, no lo olvidemos, obtiene sus ingresos del trabajo común y por lo tanto, la financiación de cualquier empresa de bien público es apenas un acto de concentración de este trabajo en determinado sentido.

Para financiar la cruzada contra la Peste Verde creemos indispensable que se conjuguen los recursos del Estado, de los Propietarios y Patronos rurales y de las legiones de braceros, cada quien según sus posibilidades.

He aquí un cuadro que resume los modos de esta cooperación y las entidades que intervienen en ella. Es una distribución justa de las cargas, con garantías plenas de rendimiento benéfico.

Su lectura permite darse cuenta de que hay acciones propias y acciones comunes. Así las subvenciones y materiales vendrán a un tiempo de los organismos públicos y de los propietarios. El seguro, de éstos y de los trabajadores. Son las acciones comunes, las propias, se exponen claramente en el cuadro que sigue.

LA COOPERACIÓN SOCIAL PARA FINANCIAR LA LUCHA ANTIMALARICA

ENTIDADES COOPERADORAS	MODALIDADES DE LA COOPERACION
A). LOS ORGANISMOS PUBLICOS (Estado—Municipios y Sociedades de Beneficencia)	I.—Personal Técnico director. II.—Instalación y Organización de los Servicios de Asistencia, Saneamiento y Profilaxia.
B). LOS PROPIETARIOS RURALES Y EMPRESARIOS DEL TRABAJO AGRICOLA	III.—Subvenciones y Materiales. IV.—Las Ligas o Asociaciones Patronales de Salubridad. V.—Seguro de Salud obligatorio contra la Malaria.
C). LOS TRABAJADORES	VI.—Brigada de Saneamiento-Adultos y menores. Cooperación en trabajo. VII.—Cooperativas de Consumo.

El día en que los recursos que se obtengan mediante este sistema de cooperación social permitan que sea una realidad en el Perú, la salud de los trabajadores rurales, ese día veremos repetirse el **fulgor** de la leyenda incaica: la barreta de oro de los beneficios agrícolas inmediatos, se enterrará de nuevo para fundar un imperio próspero que irradie sus legiones y su poderío por sobre las cumbres

de los Andes, como una promesa de elevación espiritual, de paz y de concordia perdurables. Esa leyenda del Inca Manco Capac, deberá ser por los siglos-la fórmula vernácula de la ventura patria.

Lima, septiembre do 1934.

Dr. C. E. Paz SOLDÁN.

Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

Faringitis granulosa.

- NO olvidéis que la faringitis granulosa no es sino un sintoma de ciertas afecciones de las cavidades vecinas.
- NO abuséis de la cauterización, que puede provocar la atrofia de la mucosa faríngea.
- NO dejéis de aplicar el tratamiento hidromineral apropiado.

Fiebre perniciosa.

- NO paséis inadvertidas en un palúdico la exacerbación de un síntoma; la aparición de uno nuevo o la irregularidad de la forma de un acceso, fenómenos que a veces preceden de cerca la aparición de un acceso pernicioso.
- NO dejéis de prohibir a los palúdicos el uso del alcohol, la exposición al sol y las grandes fatigas.
- NO inyectéis quinina endovenosa en los viejos ni en los hipotensos.

Fiebre amarilla.

- NO hagáis una terapéutica agresiva en la fiebre amarilla.
- NO déis opiáceos, antipirina ni salicilato de sodio.
- NO déis vomitivos de ninguna clase.

NO pongáis ventosas escarificadas.

NO purguéis con calomel.

NO hagáis balneación fría que provoca una vasodilatación renal peligrosa.

NO déis pilocarpina ni baños de vapor, que provocan síncope mortales.

NO inyectéis cafeína si la tensión arterial es normal, porque provoca congestión renal.

NO uséis la digital que se acumula rápidamente a causa de la disminución de la permeabilidad renal.

Fiebre puerperal.

NO dejéis que el parto se prolongue inmotivadamente; es una de las causas de infección.

NO déis por terminada vuestra labor sin estar seguro de que nada queda en la cavidad uterina después de un parto.

NO confundáis la estercoremia con la fiebre puerperal; en todo caso comenzad vuestro tratamiento con un purgante, aun después de un aborto.

NO ocultéis una infección puerperal con el diagnóstico falso y peligroso de fiebre de leche.

NO diagnosticuéis paludismo ni fiebres intestinales, sin haber signos positivos de dichas enfermedades.

NO olvidéis que la ruptura precoz de las membranas expone a la infección.

NO multipliquéis innecesariamente vuestras exploraciones, que son causa muy frecuente de infección.

NO dejéis de romper la sutura de una perineorrafia si hay infección vulvovaginal.

NO olvidéis que el aumento del número de pulsaciones sin que la fiebre lo explique, es un buen síntoma de infección puerperal, y cuando esa disociación se efectúa, es signo pronóstico grave.

NO os despidáis de la enferma sin haberos convencido de que la involución uterina es normal después del parto; su falta expone a una hemorragia y a una infección.

NO paséis inadvertida la loquimetría que os puede parecer un síntoma de infección y que provoca accidentes muy graves.

NO hagáis terapéutica intrauterina si la infección sólo interesa la vagina y el cuello; podéis contagiar la cavidad.

NO hagáis terapéutica intrauterina si hay gangrena del útero.

NO confiéis mucho en vuestra ciencia; la resistencia de la enferma y la virulencia de su enfermedad son las que deciden.

NO insistáis mucho en el tratamiento local de la endometritis séptica, si la fiebre persiste después de haber limpiado el útero. Pres-

cribid el reposo y la bolsa de hielo sobre el vientre.

NO déis purgantes en la parametritis; dad opio.

NO dejéis de pensar en el flegmón del ligamento ancho si aparece un plastrón dolorosísimo en uno de los lados del hipogastrio.

NO hagáis pronóstico benigno en las infecciones que comienzan inmediatamente después del parto.

NO fundéis vuestro pronóstico en la benignidad de las reacciones locales, que muchas veces está en razón inversa de la gravedad de la infección.

NO temáis las infecciones en las que el pulso se mantiene bajo.

Fiebre tifoidea.

NO dejéis de pensar en ella cuando tengáis un caso de enteritis febril. Mandad 10 c. c. de sangre al laboratorio.

NO déis gran importancia a una reacción de Widal al 1 por 10.

NO creáis que una fuerte reacción de Widal al principio de una tifoidea es mal signo; indica al contrario una buena defensa orgánica.

NO hagáis vacunación curativa en la tifoidea de los niños de pecho, ni les apliquéis metales coloidales.

NO olvidéis a las personas que rodean al enfermo; vacunas a todas, menos a las que padecen de tuberculo-

- sis pulmonar o de una infección aguda.
- NO olvidéis que la vacuna tarda algunos días para ser efectiva y que si la retardáis puede aparecer la tifoides en los vacunados
- NO apliquéis la vacuna si hay esplenomegalia, hemorragia intestinal, amenaza de perforación, albuminuria intensa, ataxoadinamia.
- NO hagáis vacunoterapia curativa en los niños.
- NO esperéis el resultado del examen del laboratorio para inyectar suero.
- NO hagáis un tratamiento muy agresivo.
- NO hagáis proteinoterapia ni coloidoterapia en la tifoides de los niños de pecho, y de las mujeres embarazadas.
- NO olvidéis que la coloidoterapia y proteinoterapia son peligrosas.
- NO déis baños si hay hemorragias tardías, perforación, colapso, pleuresía constituida.
- NO déis baños muy fríos si hay complicaciones pulmonares.
- NO déis baños fríos si hay miocarditis.
- NO comencéis a dar baños fríos a los niños y a los viejos.
- NO hagáis descender la temperatura con los baños, más de grado y medio.
- NO olvidéis que en los obesos, si no hay complicaciones, se deben dar los baños de 16 a 18° o muy prolongados.
- NO déis baños abajo de 28° en los cardíacos descompensados.
- NO bañéis en caso de hemorragia o perforación ni a los enfermos agotados o adinámicos, a los que conviene más la bolsa de hielo o los empaques de agua vinagrada.
- NO déis leche mientras haya diarrea.
- NO déis muchas bebidas si hay hemorragia.
- NO olvidéis que las bebidas abundantes forman parte del tratamiento.
- NO déis bebidas heladas a los enfermos que tienen fiebre muy alta.
- NO déis alimentos salados si hay albuminuria.
- NO impongáis una dieta muy rigurosa, que provoca la astenia y la lentitud de la convalecencia.
- NO os empeñéis en dar sólo en el 1er. periodo, si disgusta al enfermo o provoca trastornos intestinales; sustituid una parte de ella con caldos de pollo o de ternera; atoles de arroz, sémola, sagú, queso fresco, jugo de carne.
- NO cambiéis la dieta durante la convalecencia.
- NO olvidéis que la inanición provoca fiebre, que cede con la alimentación.
- NO alimentéis por la boca a los hemorrágicos; inyectad suero glucosado.
- NO purguéis en la tercera y cuarta semana.
- NO déis mucha urotropina que a veces ataca el riñón, la vejiga y la vesícula biliar.
- NO déis mucha tintura de yodo al interior.

NO déis salol, benzonaftol, ni antipiréticos, sistemáticamente.

NO déis opio sino en caso de perforación.

NO purguéis con calomel ni con sen.

NO déis sulfato de sodio sino con mucha prudencia en la tercera semana.

NO olvidéis que la seroterapia no impide las recaídas.

NO dejéis de hacer la limpieza cuidadosa de la piel y las mucosas, especialmente la de la boca.

NO dejéis que se produzca la escara sacra.

NO olvidéis desinfectar las deyecciones y todos los objetos contaminados por ellas.

NO hagáis palpaciones rudas del abdomen; podéis provocar una hemorragia.

NO déis digital ni salicilato de sodio.

NO emplééis la cafeína antes de que el corazón comience a debilitarse, ni largo tiempo ni a grandes dosis.

NO hagáis lavados intestinales en caso de colotifo.

NO déis cloral ni opio en el delirio tífico.

NO puncionéis la pleuritis serosa en los tíficos, salvo cuando la dispnea sea muy fuerte y el corazón se agote.

NO inyectéis emetina en caso de hemorragia si hay hipotensión.

NO puncionéis un derrame pleural seroso, salvo que sea muy abundante.

Fimosis.

NO hagáis la circuncisión en los recién nacidos; limitáos

a hacer la dilatación del prepucio con una pinza de Kocher o de Pean.

Flebitis.

NO dejéis que el enfermo se constipe.

NO permitáis que se mueva mientras el coágulo no esté organizado.

NO dejéis sin tratamiento los, por cuyos esfuerzos y movimientos se puede desprender un coágulo.

Flegmón difuso.

NO hagáis una pequeña incisión superficial; haced muchas, largas y profundas, de preferencia con el termocauterio, abriendo las aponeurosis y separando y disociando los músculos interesados.

Flegmón ocular.

NO dejéis de prevenir a la familia de un enfermo que en el curso de una enfermedad infecciosa pierde la visión en un ojo, cuyo fondo se pone amarillo, que la visión y la vida de ese enfermo están en gravísimo peligro. Si ambos ojos son atacados, la muerte es casi segura.

NO enucleéis el ojo dañado si no provoca trastornos.

NO confundáis el flegmón del ojo con el de la órbita, ni con la Tenonitis.

NO uséis compresas frías, compresas secas, ni hielo.

- NO vaciléis en abrir los labios de una herida ocular con el gálvano o una espátula.
- NO vaciléis en hacer la enucleación si causa dolor.

Forceps.

- NO lo apliquéis jamás si el cuello no está dilatado o no es dilatable; si la bolsa de las aguas no está rota, si no están encajadas la cabeza o las nalgas, y si no habéis hecho un diagnóstico de certidumbre.
- NO lo apliquéis si el estado de la madre o del niño no indican que el parto debe ser terminado urgentemente.
- NO lo apliquéis sin haber vaciado antes la vejiga.
- NO hagáis ninguna maniobra de fuerza en la aplicación del forceps.
- NO apliquéis el forceps sin anestesia completa.
- NO lo apliquéis en el estrecho superior.
- NO os empeñéis rudamente en extraer el feto con el forceps; haced la perforación.
- NO intentéis jamás reducir con el forceps el volumen de la cabeza del feto.
- NO apliquéis si el volumen de la cabeza es excesivamente grande o pequeño.

- NO ejecutéis bruscamente la maniobra de rotación con el forceps en la posición O. S.
- NO apliquéis el forceps para extraer un niño muerto.
- NO lo apliquéis cuando haya resistencia perineal marcada; preferid la episiotomía.
- NO apliquéis el forceps en la presentación de nalgas anterior.

Forunculo.

- NO apliquéis calmantes locales en el del oído externo; son inútiles.
- NO incidáis precozmente; esperad la aparición franca del pus.
- NO hagáis tratamiento abortivo; es inútil.
- NO hagáis vacunoterapia si provoca reacciones intensas; preferid la autohemoterapia.
- NO dejéis de aplicar la insulina en la forunculosis diabética.
- NO comencéis un tratamiento sin haber investigado la glucosuria.

Dr. R. D. ALDUVIN.

(Continuará)

FARMACOLOGÍA DEL INTESTINO

Por el Dr. Emil Bürgi (Suiza)

Sólo el que razona superficialmente se sorprenderá cuando se habla de las dificultades que se nos presentan al querer influenciar o curar las enteropatías por la terapéutica medicamentosa. El intestino es un órgano que debiera sentir más que cualquier otro (excepto la piel y las membranas mucosas) el efecto de una medicación ingerida. Y sin embargo, el mecanismo de la digestión con sus numerosos fermentos, sus funciones de absorción y de excreción, todas coordinadas en la más sabia disposición, es tan complicado y sus trastornos son tan variables y tan difícilmente reconocibles en su etiología que la ineficacia de una terapéutica medicamentosa dada tiene a menudo su explicación en la misma complejidad de las funciones del intestino. Esto reza ante todo para las afecciones crónicas. Nuestros recursos medicamentosos resultan, por lo general, mucho más eficaces en las enfermedades agudas, por cuanto sólo suelen determinar modificaciones funcionales sin atacar el mal en su raíz, dejando la curación librada a la acción de la naturaleza, la que nos abandona con mucha frecuencia precisamente cuando más debemos contar con ella en las afecciones crónicas.

Considerando la *constipación crónica*, todos los médicos habrán observado con qué obstinación esta enfermedad resiste

a menudo a todos los tratamientos medicamentosos y cuán inútil resulta la terapéutica sintomática. En el sexo femenino esta afección parece ser lo corriente sobre todo en la edad avanzada. Si no proviene de errores de alimentación o de pereza muscular — lo que es la excepción — suele persistir a despecho de todo tratamiento dietético, fisioterápico o medicamentoso. Nuestro arsenal terapéutico nos ofrece para estos estados los *derivados del antraceno* los que, por su efecto tardío (al cabo de muchas horas) que se limita a la excitación del peristaltismo del intestino grueso, irritan muy poco la mucosa. Por esta razón pueden ser administrados sin perjuicio alguno durante tiempo prolongado. Será ventajoso combinarlos con la fisioterapia o masoterapia, lo que permite mantener a los pacientes en un estado relativamente satisfactorio sin que, evidentemente, pueda pronosticarse la curación completa en la mayoría de los casos. Con frecuencia será preciso aumentar la dosis. La sensibilidad individual a estos medicamentos (áloes, ruibarbo, sen, etc.), varía considerablemente; puede observarse desde la ineficacia total hasta los cólicos agudos que llevan al desmayo. Por esto, las *especialidades medicamentosas* contienen por lo general, además de los cuerpos antracénicos drásticos como la

jalapa, el *podofilino*, la *gomorresina*, raras veces las colóquintidas demasiado violentas. Las desventajas de estos medicamentos proviene de su efecto excesivamente irritante para la mucosa, que puede llegar hasta provocar exudados inflamatorios, hemorragias, etc. Su acción suele ser demasiado rápida. El médico práctico, a menudo aún excesivamente teórico suele prescribirlas en forma pura o combinada con los derivados del antraceno, a ingerirse al acostarse. Pero la irritación intestinal sobrevendrá siempre, tarde o temprano, cuando se usan en forma prolongada.

Mejores resultados se obtendrán con los *derivados de la fenolftaleína*, preparados artificialmente, que se descubrieron a raíz de la importancia asignada a la serie antracénica. Son agradables de tomar y su efecto es similar al de los antracénicos, aunque de acción algo más rápida. Los preparados defenolftaleína patentados: *Purgen*, *Purgatina*, etc., tienen la desventaja de irritar a la larga los riñones, lo que ocurre con los antracénicos sólo si se los da por vía parenteral. La razón radica en su absorción más rápida. Es posible que la variante *Isacene* no tenga esta propiedad nefro-irritante por su absorción escasa o nula. Esto no quiere decir que no deban emplearse. Sólo conviene controlar la orina de vez en cuando y restringir la medicación por algún tiempo.

Estos preparados están contraindicados, como es lógico, en los renales.

Pasan por inocuos los preparados de *agaragar*. Por su acción insegura se les agrega con frecuencia otras substancias como la *parafina líquida*. Esta última se elimina a menudo sin arrastrar las materias fecales.

Entre los preparados nuevos se preconiza la *Prostigmina* fabricada por Hoffmann-La Roche y experimentada clínicamente por Straub. Su acción parece extenderse sobre todo el intestino, por lo que se la recomienda en las paresias postoperatorias y en la constipación atónica.

Los preparados de la *colina* se emplean raras veces.

Iguales consideraciones para el *ácido cólico* y el *colato de sodio*.

Pasará ahora brevemente en revista los *purgantes*:

Los *antracénicos* tienen efecto lento que se limita al intestino grueso. Los *drásticos* y los *aceites grasos* (ricino y crotón) actúan sobre el estómago y el intestino delgado con irritación considerable que puede llegar hasta la inflamación. La evacuación tiene lugar a 1 o 2 horas más tarde. Los *purgantes salinos* actúan sobre el intestino delgado pero sin inflamarlo. Si hay balance del agua negativo o pérdida considerables de agua, (por ejemplo, sudación), el efecto suele ser nulo. Pero en condiciones normales la acción es rápida. Estos purgantes determinan deposiciones acuosas abundantes y una lina-

pieza intestinal mejor que la que se consigue con cualquier otro preparado.

La serie liófila de Hofmeister nos da una idea del poder purgante de las sales de difícil absorción. La clasificación en lo que se refiere a los iones ácidos es la siguiente:

SO₄" (el más potente) ;

Tartratos;

Citratos;

Acetatos;

Cloro, etc... en eficacia decreciente.

El catión Mg. presenta una potencia notable.

Las sales alcalinas de los ácidos vegetales pueden clasificarse en la serie, lo mismo algunos hidratos de carbono de difícil absorción entre los que figura, como el más usado, el maná con el alcohol manítico como constitutivo principal. Los purgantes salinos parecen provocar un aumento parcial de la secreción mucosa. El *calomel* es afín en su mecanismo de acción y tiene además cierta propiedad desinfectante. El *azufre* purga en razón de su transformación paulatina en polisulfuros y en hidrógeno sulfurado; su efecto es independiente de la dosis; la deposición provocada por él tiene una consistencia pastosa, ni sólida ni líquida. Por esta razón se prescribe el azufre a los enfermos con hemorroides.

De este resumen sinóptico se podrá deducir las indicaciones para los diferentes purgantes. Si se trata de eliminar ingestas dañosas se recurrirá a medicamentos cuya acción tiene como punto de partida el duodeno La

misma medicación se instituirá para hacer evacuar vermes muertas. La experiencia ha demostrado que no necesitamos temer posibles ' efectos tóxicos si disolvemos o hacemos absorber los vermífugos, por ejemplo, el helécho macho, por la administración subsiguiente de aceite de ricino. Pero no conviene emplear las "especialidades" que contiene el helécho macho disuelto en aceite de ricino, porque la potencia purgativa no da tiempo para que se haga efectiva la acción vermífuga y por el peligro de efectos tóxicos que se corre con estos preparados.

El remedio más en boga para el tratamiento de las *enteritis infecciosas* sigue siendo el *calomel*, al que se atribuye no sólo propiedades depurativas sino también desinfectantes; esto último en forma no muy pronunciada. No deben temerse intoxicaciones hidrargíricas en el momento de producirse el efecto. Si la evacuación no tuviera lugar, deberán emplearse otros recursos para vaciar el intestino. Los catarros intestinales, que ya por sí derivan de un hiperperistaltismo, se tratan en los primeros días de su iniciación con purgantes. Como estas afecciones afectan a menudo el estómago y como la actividad intestinal puede llegar hasta el exceso, es necesario tomar algunas precauciones.

Los *purgantes salinos* se utilizan mucho aún como medicamento contra la *obesidad*. En efecto, la escuela de Zuntz demostró que la acción hiperperistáltica que les es propia, se

traduce en un aumento si bien **débil**, del metabolismo basal. Su utilidad aunque indiscutible es, sin embargo, muy insignificante para obtener reducciones ponderables. Si éstas se produjeran se deben a pérdidas de agua y serían de todos modos transitorias. Sea como fuere, en algo sirven para coadyuvar en el tratamiento dietético convenientemente instituido. No olvidaremos que las sales de mediana eficacia se absorben en gran porcentaje y hasta por completo sobre todo si **están** fuertemente diluidas (p. e., aguas minerales), por lo que pueden tener, como llevan agua, efectos constipantes en particular si se las administra calientes. El empleo tan frecuente como purgante de la sal de Karlsbad en los obesos es, por esta razón un error. Además sus elementos principales son cloruro de sodio y bicarbonato, o sean sustancias desprovistas de propiedades purgantes. En cambio, merecerían mucho más consideración las limonadas de magnesia cítrica de gusto muy agradable, que con todo acierto

y en gran escala se usan en Italia.

La *pereza intestinal* se combate con los preparados del grupo de las *solanáceas*, sobre todo si resiste a toda otra terapéutica medicamentosa y dietética. El *extracto de belladona* en dosis pequeña actúa sobre el "sistema entérico" de Langley, en particular sobre el plexo de Auerbach, determinando un peristaltismo leve. Nunca llegué a convencerme del valor de esta medicación, pero pienso que puede utilizarse. El efecto de los alcaloides de "solanum nigrum" depende de la sensibilidad individual, suele por lo tanto variar en cada persona. La introducción de cantidades de cierta importancia provoca la parálisis del sistema parasimpático que gobierna el peristaltismo; con cantidades mayores pasa lo propio con el sistema simpático que frena la actividad intestinal. Se agrega la supresión de los estados espasmódicos locales, lo que conduce ocasionalmente a la reapertura del tránsito para las materias alimenticias e indirecta-

tamente a la evacuación., a pesar del efecto paralizante. Nunca se puede saber de antemano el resultado de esta medicación. Sin embargo, como estos preparados en dosificación exacta nunca perjudican, antes bien son a menudo muy útiles, han de tenerse presente en determinados casos. Sus antagonistas, la *Pilocarpina* y la *Fisostigmina*, tienen propiedades demasiado multilaterales y producen efectos excesivamente violentos para que se las pueda emplear corrientemente. La *Fisostigmina* se utiliza contra la atonía grave y solo en casos muy alarmantes en los que puede despreciarse el riesgo de su empleo. Estamos ante el hecho paradójico de que el mismo síntoma puede conjurarse por una parte con grandes dosis de Belladona y por la otra, con el medicamento antagónico.

Muchos purgantes, en particular el calomel, entran en la composición de las especialidades que se recomiendan para los *litiásicos biliares* y en los *trastornos de la secreción biliar*. En la actualidad se prefieren por lo general, los *preparados del ácido cólico*, la *Eubilina*, la *Felamina*, etc. El ácido cólico tiene propiedades purgantes y además es un colágeno. El aumento de la secreción biliar por él producido no es siempre suficientemente intenso y oportuno. Sin embargo, estos medicamentos reportarán utilidad en ciertos casos. En términos generales puede decirse que la catarsis es siempre indicada en las enfermedades citadas. No

disponemos de medicamentos seguros para estimular la secreción biliar. Se nos ofrece toda una serie de extractos de plantas que no son aún convincentes por carecer de bases clínico-experimentales sólidas. En Francia sobre todo, se preconiza el extracto de alcaucil. Hace falta una investigación detenida para conocer el valor exacto de estos extractos.

Los médicos de la vieja escuela solían prescribir regularmente purgantes cuando descubrían el comienzo de una *enfermedad infecciosa* y en la actualidad muchos médicos de reputación continúan con esta práctica. Es posible que la evacuación elimine algún material infectante o bien que una tal medicación estimule las defensas orgánicas. La interpretación teórica de esta última posibilidad es aún muy controvertida.

Ya fueron consideradas las combinaciones de los derivados del antraceno con los drásticos o con agar-agar, las que son muy útiles en ciertos casos. Gordonoff halló que las combinaciones de los derivados del antraceno entre sí, sólo aumentan su efecto general en forma adicional. Personalmente puedo corroborar esta afirmación por experiencia propia. El hiperperistaltismo con diarrea deriva casi siempre de una reacción natural del organismo, el que procura deshacerse de las materias dañosas. Como ya fue dicho, el médico deberá utilizar a menudo esta propiedad del organismo. Por otra parte, esta ni-

peractividad secretoria y muscular del intestino acompañada de dolores y de meteorismo obliga la mayoría de las veces, a una medicación *astringente desinfectante y absorbente*. Los absorbentes deben su fama en primer término a los brillantes trabajos de Wiechowski. Además de los preparados a base de silicato alúmina (*bolus alba*, *aluminium silicicum*, etc.), cuyo valor permanece indiscutido hasta hoy, disponemos del carbón, sobre todo, en pulverización fina, *carbón medicinal*, de origen animal o vegetal. La eficacia no depende de la procedencia sino únicamente del procedimiento que se emplea en su fabricación. El carbón forma con el agua una suspensión finísima y absorbe tanto los gases como las toxinas, bacterias, et.; sirve en consecuencia no sólo para suprimir flatulencias sino también para combatir intoxicaciones e infecciones. Wiechowski lo recomienda en casos de disentería, entre otros medicamentos. El carbón medicinal se administra generalmente en dosis tan elevadas como sea posible. Con mu-

cha frecuencia se obtendrá la cesación rápida de diarreas pro-B fusas. En el meteorismo, la propiedad constipante del carbón será a menudo inoportuna. Las mismas consideraciones rezan para el empleo de los preparados de aluminio y de carbón contra la hiperclorhidria gástrica; el efecto constipante es desfavorable. En flatulencias menos agudas se emplearán con ventaja las especies conocidas: té de manzanilla o de menta.

En la categoría de los astringentes figuran en primer término las *combinaciones de bismuto*, la *Ratania*, la *Tañébina* y el *Tanígeno*. Raras veces se recetan los preparados de *plata*. Los de alúmina estuvieron en boga durante la guerra como substitutos. Algunas fábricas ofrecen el carbón medicinal con adición de astringentes, sobre todo de preparados de *plata*.

Las sales metálicas tienen al mismo tiempo propiedades desinfectantes que, sin embargo, no actúan mayormente sobre el contenido intestinal ni sobre las mucosas. Algún valor en este-i

sentido tiene la *plata coloidal* en sus diversas formas (cuya sola diferencia es la dispersión que varía en casi todas las marcas), ya por boca o por enema. Puede utilizarse por algún tiempo la acción antiséptica de las sales, para influenciar luego el intestino vacío por medio de los desinfectantes propiamente dichos, como el Salol o la creosota. Tuve buen éxito con estos medicamentos en varios portadores de bacterias.

Para la desinfección intestinal se emplean por lo general sustancias que se disuelven difícilmente, y que en virtud de estos mismos, recorren casi todo el tubo digestivo y se absorben poco. Los *vermífugos* constituyen los ejemplos clásicos de este mecanismo de acción. Desgraciadamente muchos de ellos no permiten reunir, en justa medida, la propiedad desinfectante (vermicida) con la facilidad de absorción (solubilidad). En la mayoría de los casos suelen ocurrir intoxicaciones generales leves, pero si la medicación está bien equilibrada se evitarán las graves. Contra los *ascárides* tenemos la *Santonina*; en nuestro país puede recomendarse casi exclusivamente el extracto etéreo de helécho macho, como tenífugo y contra el *Botriocéfalo* *latus*. Los demás productos no pueden obtenerse en estado fresco (p. ej., corteza de granada y muchos otros). Nuestro arsenal terapéutico contra los *Oxiuros* se ha enriquecido con varias sustancias más eficaces que las anteriormente utilizadas. El *aceite de*

quenopodio, el *butolan* y el *cupronato* parecen ser mejores que el *Timol*. Pienso que podrían probarse combinaciones medicamentosas; pero la investigación ha hecho muy poco en tal sentido.

Además de los astringentes, desinfectantes y absorbentes, disponemos de otros medicamentos para atenuar el hiperperistaltismo o, como dice Straub a raíz de sus últimas investigaciones, el tono intestinal excitado. Me refiero a la serie de venenos paralizantes los que, administrados en dosis apropiadas, actúan más bien como *calmantés*. Las solanáceas ya han sido consideradas. Más importantes los *opiáceos*. Estos medicamentos disminuyen la secreción frenan los movimientos del intestino y obstaculizando por efectos localmente oclusivos el pasaje de las masas alimenticias del estómago al duodeno, del intestino delgado al grueso (ensayos en mi Instituto) y el vaciamiento del recto. La oclusión pilórica observada por Magnus no se produce o muy tardíamente, después de la administración de opio por vía interna, pero tiene lugar regularmente después de la administración parenteral de sustancias a base de morfina (Schwenter).

El medicamento más eficaz es ciertamente la *morfina*. Abelin y Uhlmann y recientemente Straub rebatieron la opinión de que las sustancias de la serie del fenantrén y de la isoquinolina de los alcaloides del opio tienen una acción distinta so-

bre la musculatura circular y longitudinal del intestino. Las diferencias observadas por los otros autores obedecen a la graduación diferente de las dosis pequeñas y mayores. La combinación de alcaloides del opio no determina la multiplicación del efecto paralizante sobre el intestino. Las sustancias se comportan de una manera puramente aditiva (Gordonof). Conviene retener que los subalcaloides de la serie de la isoquinolina tienen propiedades espasmolíticas; sobre todo la *Papaverina*. Lenz y Ludwig sostienen que esta acción espasmolítica se multiplica por la combinación con los derivados del fenantreno y en especial con los componentes indiferentes del opio. Esto último se debe posiblemente al hecho de que el opio, si bien constipante, tiene efecto paralizante durante menos tiempo que la morfina.

Contra espasmos, en particular los de los cólicos *Htiásicos biliares* se utiliza principalmente la *Papaverina*, a menudo combinada con el extracto de Belladona. Últimamente Froherz recomienda el ester terciario del ácido trópico, el cual influye mucho menos sobre la secreción glandular y sobre la pupila que la Atropina.

Por lo demás, son preferibles las drogas y los extractos de drogas del grupo solanáceo y del opio a los alcaloides puros contenidos en ellas. Los componentes indiferentes originan, aparte de una posible acción autónoma, un influjo más du-

radero de la medicación que penetra más profundamente. Estas explicaciones permitirán valorar convenientemente las combinaciones alcaloideas puras (p. e. el Pantopon, la Beila-folina, etc.)

Estos medicamentos son al mismo tiempo los mejores *anal-gésteos*:

1°—por los efectos hipoperistálticos;

2°—Por sus propiedades narcóticas.

Dejando de lado a la medicación vermícida o bactericida, la farmacoterapia del intestino tiene sólo el valor de constituir un procedimiento coadyuvante en el plan del tratamiento individual y puede únicamente orientar a la naturaleza en su acción curativa. Los medicamentos farmacoterápicos son, no obstante, recursos importantes como lo expresa el antiguo aforismo: "qui bene purgat, bene curat." La catarsis era tan importante en la medicina de antaño que el vocablo francés "remède" conserva aún la acepción figurada de purgante.

Afortunadamente la medicina actual ha alcanzado un nivel mucho más elevado. No sólo excitamos funciones determinadas, sino que las podemos frenar. Nuestros recursos actuales en enterología no sólo nos permiten adelantar la curación, sino también lo que es por lo menos tan importante, apaciguar los dolores más intensos. (Müncl. Med. "Wschr.", 1934, N° 27).

—Del Día Médico.—

Heridas penetrantes del Abdomen

Las heridas penetrantes del abdomen que en nuestro medio son frecuentes, pueden considerarse en la Cirugía Nacional, como una cuestión de suma importancia, requiriendo un estudio minucioso y constante para resolver un problema en la profesión diaria.

Son varios los instrumentos vulnerantes empleados para causar estas heridas, presentando caracteres tan distintos las unas de las otras, que bien vale la pena de describir en términos generales, lo que la práctica diaria del Hospital nos muestra al respecto.

Armas de fuego. — Las heridas producidas por estos instrumentos generalmente muestran agujeros de entrada y de salida. Indistintamente pueden ocupar cualquier lugar del perímetro abdominal, a diversas alturas y de dirección infinitamente variable. Los agujeros nos pueden mostrar, con alguna exactitud, el trayecto del proyectil y, suponer qué órganos en la cavidad pueden estar interesados.

Instrumentos ., cortantes ., y punzo-cortantes. Las heridas que se infieren con estos instrumentos, generalmente sólo tienen agujero de entrada. El problema resulta más complicado. No siempre los heridos pueden relacionar los hechos con precisión y, en la contienda concurren tantas circunstancias que, resulta casi imposible de formar siquiera presunciones acerca de los órganos que pu-

dieran estar heridos. El que hiera es rápido en introducir el instrumento vulnerante, que por lo demás, lo introduce de diversa manera, si se trata de puñal, tijeras, punzones o, espadas, floretes o bayoneta. El que recibe las heridas, movido por su instinto de conservación, defiende su cuerpo con actitudes rápidas, haciendo variar la dirección primitiva del instrumento. Así mismo al ser retirado, también, cambia de dirección y, el filo o el extremo agudo, pueden herir los órganos que encuentran en retroceso.

Hay casos en que los instrumentos indicados, sobre todo los flexibles, al chocar en un plano resistente, sobre los huesos, cambian bruscamente dirección, se deslizan por las regiones más elásticas y penetran a la cavidad del abdomen, lesionando órganos que nadie puede imaginarse. Ya se han presentado casos en los cuales el agujero de entrada se encontró en una zona muy lejos del abdomen. Al respecto recuerdo un caso tan típico, que no lo olvido. Se trata de un pesero que con su cuchillo de destazar agredió a su compañero de trabajo. El agujero de entrada se apreció debajo de la tetilla izquierda, en el quinto espacio intercostal. A primera vista se pensó en una herida del corazón, en pocas horas el sujeto había perdido la vida. La autopsia nos demostró que el cuchillo nada tuvo que hacer con aquella viscera. El instrumen-

to al chocar violentamente con la costilla superior entró en el espacio inmediato inferior, cambió de dirección, atravesó el diafragma, penetró en la cavidad abdominal; a su paso encontró el polo superior del bazo, lo hiere a buena profundidad, perfora por último la porción superior del colon descendente. La cavidad estaba inundada de sangre y de coágulo. El herido murió de una violenta hemorragia. Hay heridas por armas de fuego con agujero de entrada únicamente que ofrecen las mismas dificultades que las descritas en este párrafo.

Descritas las heridas penetrantes del abdomen en la forma que antecede, se presenta a nuestra consideración el diagnóstico clínico. El diagnóstico clínico en medicina como en numerosos casos de cirugía, con síntomas más o menos definidos, pueden establecer un tratamiento que no permite grandes dudas, con resultados que satisfacen. Pero no ocurre lo

mismo con las heridas penetrantes del abdomen. No siempre se encuentran síntomas de certeza o, mejor dicho, síntomas que no infundan duda alguna. Completar un diagnóstico clínico para estos heridos es bastante problemático

La exploración operatoria en toda herida penetrante del abdomen se impone siempre. La simple presunción de considerar una herida penetrante del abdomen, para los casos que solo nos presentan agujero de entrada, especialmente para las causadas por instrumentos punzo-cortantes, ahora que la investigación previa con la sonda acanalada o un instrumento semejante, ha sido abolida por inútil y peligrosa. La indicación de la Laparotomía no admite discusión, permanecer a la expectativa es un error imperdonable. Muy amenudo sí hacían intervenciones tardía! en heridos con cuadros sintomáticos dudosos o, se dejaba de intervenir para los que presen

taban una tranquilidad asombrada, no obstante de tener lesiones graves y profundas de cualquiera de los órganos viscerales huecos o sólidos. La organización de salas de operaciones; debidamente equipadas, con una rigurosa asepsia y con una técnica operatoria tan perfeccionada como la cirugía del presente, han hecho desaparecer todos los temores de la exploración operatoria de la mente de los profesionales miedosos. Creo que se conduce mejor, el que interviene con prontitud, aún cuando no haya formulado un buen diagnóstico. Para mayor seguridad y con el objeto de hacer una operación adecuada, es preferible a un diagnóstico incierto, un interrogatorio bien conducido, con lujo de detalles y, emplear todas aquellas exploraciones previas que no vayan a causar fatales consecuencias y que sean de indiscutible necesidad. Hay casos que si permiten una exploración preoperatoria. Es oportuno que me refiera al siguiente caso. Un herido se presenta al Hospital del Norte el 25 de agosto del año recién pasado, como a la una de la mañana. Dos horas antes un individuo lo hiere con una pistola, el agujero de entrada se encontró al nivel del trocánter mayor izquierdo, no hay agujero de salida y el cuadro sintomático, quizá por ser reciente el suceso, no muestra gravedad alguna. Las ropas que llevaba no están muy manchadas de sangre. Es verdad que el pulso está acelerado, pero no es hemorrágico, abdomen casi

indoloro. La interrogación resultó escasa en datos de importancia. Estuve a punto de abandonar al herido, después de ordenar una simple curación para el agujero de entrada, pero recapacité y pude considerarle direcciones inclinadas hacia arriba al proyectil.- Pensé que la vejiga urinaria, por ser la viscera más inferior podría estar herida, para lo cual pregunté al herido si había orinado sangre, contestándome que si pero que no se dio cuenta por que el lugar donde ocurrió el lugar donde ocurrió el suceso se encontraba en la oscuridad. Introduje por la uretra una sonda de Nélaton hasta conducirla a la vejiga y obtuve una regular cantidad de sangre. Practiqué la laparotomía infraumbilical y encuentro la vejiga urinaria con dos perforaciones, una al borde izquierdo y otra en el borde derecho, un tanto más alta ésta. Los intestinos no estaban perforados. La operación tuvo el éxito deseado.

Incluyo en el presente trabajo unas observaciones de heridas penetrantes del abdomen. La intervención operatoria en los casos de referencia casi todos fueron verificados dentro de las primeras veinticuatro horas. Dentro de este término de tiempo los resultados favorables en la mayoría de los casos no se hace esperar.

CONCLUSIONES

1°—Toda herida penetrante del abdomen debe de ser opera-

da tan pronto como lo permitan las circunstancias.

29—En la imposibilidad de establecer un diagnóstico en las heridas penetrantes del abdomen, un interrogatorio minucioso y detallado orientan mejor el criterio del Cirujano.

30—/>jo se puede emplear una misma conducta para todas las heridas penetrantes del abdomen. El procedimiento operatorio tendrá que ser para cada caso. Los intestinos son visceras extensas, móviles y se pueden desplazar para cualquier punto del abdomen y, permiten una exploración completa. Pero aquellas visceras sólidas, casi fijas, como el hígado, bazo y riñones, el mismo estómago no es tan desplazable que se diga, requieren una conducta diferente, siempre segura y eficaz.

Número 1

El 25 de agosto de 1935, a la una de la mañana, ingresó al

Hospital del Norte el individuo A. F., de 28 años de edad, vecino de esta ciudad. Presenta una herida por arma de fuego, cuyo agujero de entrada se localiza al nivel del trocánter mayor izquierdo, sin agujero de salida. El herido es un hombre joven, bien constituido.

Los datos que resultan del interrogatorio no aclaran el situación del herido. El aspecto general es bueno, síntomas abdominales alarmantes no presentan ninguno, dolor a la presión manual, de poca intensidad., pulso acelerado, que atribuyo a la emoción, no es hemorrágico. No me puede informar si orinó sangre, porque el lugar donde ocurrió el suceso era oscuro, pero la exploración con la sonda ele Nélaton demostró que la vejiga urinaria se encontraba lesionada. La exploración previa resolvió el problema en este caso, cuyo cuadro sintomático era tan apacible que, estuve a punto de ordenar una simple

curación del agujero de entrada.

Practico la Laparotomía infra-umbilical, hay abundante sangre y coágulos y la esponja no limpia el campo operatorio porque continúa la hemorragia. Una exploración paciente descubre un agujero en el borde izquierdo de la vejiga y, a continuación el segundo agujero en el borde derecho, más alto que el primero. Sutura inmediata de ambos agujeros, la hemorragia se controla. No se encuentra ningún otro órgano próximo ni lejano con lesiones. El proyectil perforó la rama izquierda del puvis. Cerré el abdomen, dejando un drenaje y una sonda en permanencia en el conducto uretral. Ambos fueron retirados al cuarto día. Pocos días después el herido cura satisfactoriamente, sin presentar síntomas de infección peritoneal ni ningún otro accidente.

Número 2

R. A. de 48 años de edad, soltero, jornalero, vecino de Chamelecón, ingresó al Hospital del Norte, el día 15 de diciembre, como a las 2 de la tarde, presentando 3 heridas causadas por arma de fuego, todas penetrantes del abdomen. Los agujeros de entrada se encuentran casi a la misma altura, a poca distancia y por sobre el pliegue del glúteo con el muslo derechos. El sujeto fue agredido por detrás, mientras reposaba en su cama en decúbito abdominal. Los proyectiles entraron a corta distancia el uno del otro y, siguieron una dirección casi pa-

ralela, de derecha a izquierda, de atrás adelante y de abajo arriba, habiendo penetrado todos ellos a la cavidad abdominal; los agujeros de salida se aprecian en la región umbilical, más o menos a la misma altura, distantes el uno del otro a corta distancia.

El estado general del individuo es bueno, la zona abdominal herida poco dolorosa, sin tensión apreciable, percusión mate, la hemorragia representaba el síntoma más interesante, por la cantidad de líquido que fluía los agujeros, especialmente del medio.

Trasladado a la sala de Operaciones, verifiqué la Laparotomía media infra-umbilical. La cavidad se encuentra inundada de sangre y gran cantidad de coágulos. Es evacuado todo el contenido, la exploración minuciosa demuestra, en primer término, la cara anterior de la vejiga urinaria equimótica y, herida la serosa es una extensión de 2 centímetros de longitud del lado derecho, marca la dirección de uno de los proyectiles, comenzando en el borde derecho; el epiplón mayor desgarrado en una extensión de 2 a 3 centímetros de longitud. Este órgano fuertemente vascularizado ofrecía la hemorragia más abundante de todas las heridas.

Ligué los vasos del epiplón y recequé la porción inferior de la desgarradura en la extensión conveniente, por no presentar una garantía para la sutura de seguridad; suturé la desgarradura de la serosa. Evacuación de la sangre y coágulos, sutura de las paredes abdominales,

previa aplicación del Mikculicz fuertemente en contacto con los agujeros de los proyectiles en el momento de entrar a la cavidad, a fin de controlar la hemorragia que dichos agujeros producían. El sitio que ocupaban no permitían una ligadura o sutura. La operación fue aplicada unas veces 4 horas después del suceso.

Después de la intervención se aplicó suero fisiológico, tónicos cardíacos. El drenaje fue retirado a las 72 horas y la curación siguió su curso satisfactoriamente.

Numero 3

J. M. H. ingresa al Hospital del Norte el día 4 de marzo de 1935, como a las 12 y media de la noche. Presenta varias heridas hechas con arma cortante; 6 del cuero cabelludo, en distintas direcciones, variables en longitud, entre 2 y 3 centímetros; en cada mano, en la región palmar, existen heridas, de dirección transversal; en la

pierna derecha otra, hacia la cara posterior y, últimamente ofrece la más importante, por encontrarse en la región epigástrica, penetrante, un poco inclinada sobre la línea media esternal, del lado derecho, más separada en su extremidad inferior. Hay hernia del epiplón mayor, la herida no sangra. El estado general del herido al ingresar al Hospital es halagador; abdomen poco doloroso, pulso débil pero no hemorrágico. Se aplica suero fisiológico por la vía hipodérmica.

En la Sala de Operaciones, prolongo la herida hacia abajo, unos cinco centímetros, midiendo ahora una longitud total de diez centímetros. Reseco la hernia epiploica; evacúo la cavidad de la sangre y los coágulos que contiene. En la exploración solamente se encuentra, el hígado interesado, sobre la cara superior, más o menos en la porción media del lóbulo izquierdo, hay una insición que marca la dirección de herida de la pared abdominal, de una

longitud aproximada de 3 centímetros, seccionó totalmente la glándula en todo su espesor. Suturo la glándula, lavo la cavidad con solución salina normal y cierro la pared, dejando en su extremo inferior un Mikulicz, el epiplón permaneció expuesto a la contaminación microbiana durante unas 12 o 14 horas hasta la intervención operatoria. Retiro el Mikulicz a las 72 horas. No hubo reacción peritoneal, el abdomen completamente blando e indoloro a la presión. El estado general del herido es bueno, la curación se realiza sin alteraciones alarmantes.

Número 4

M. P. de 25 años de edad, ingresó al Hospital del Norte el día 5 de marzo, como a las 3 de la tarde. Presenta una herida producida por arma de fuego, de dirección posterior anterior, casi horizontal y ligeramente desviada de dentro afuera. El agujero de entrada se encuentra como a 3 centímetros por fuera de la columna vertebral, lado izquierdo y entre el reborde costal y la cresta ilíaca. El agujero de salida está por delante, región umbilical, a 2 centímetros por fuera del ombligo y un poco por debajo, lado izquierdo. La ropa manchada en sangre, demuestra que la hemorragia no fue abundante; dolor abdominal, fuerte a la presión y, más intenso al rededor del agujero de la herida de salida, las paredes están tensas, no hay timpanismo. El herido es un hombre joven, bien cons-

tituido, estado general, bueno. Tiene aproximadamente seis horas de haber sido agredido.

Laparotomía lateral, incisión sobre el agujero de salida, la cavidad contiene poca sangre y pocos coágulos; cuatro perforaciones a la vista en una porción del intestino delgado, las perforaciones se encuentran a pocos centímetros uno de otro, pero a diferente nivel. Sutura de los agujeros, exploración del resto de la masa intestinal en la ruta del proyectil, no hay más perforaciones, ni siquiera simples desgarraduras de la serosa intestinal. Lavado con suero fisiológico. Aplicación de Mikulicz. Cuadro sintomático post-operatorio magnífico, no hay reacción peritoneal, abdomen completamente blando, indoloro, respiración reposada. A las 72 horas se retira el Mikulicz y, el herido obtiene pronto su completa curación.

Número 5

R. R. de 23 años de edad, ingresó al servicio de Cirugía de Mujeres, presentando una herida causada por instrumento punzo-cortante y penetrante del abdomen. Fue agredida el día 21 de junio en Puerto Cortés, después de medio día y, conducida al Hospital del Norte el día siguiente en el tren de la mañana.

Presenta el cuadro sintomático siguiente: pulso débil y acelerado, abdomen muy doloroso, tenso, hiperestesia, facies pálida, ansiosa. La herida es transversal de 2 centímetros de longitud, por fuera de la línea me-

dio-esternal, hacia la derecha, en la región epigástrica, los bordes de la herida están perfectamente coaptados. Se prepara la enferma, se aplica suero fisiológico.

Laparotomía media, la incisión la trasé desde el extremo inferior del esternón hasta un centímetro por sobre el ombligo. Sangre y coágulos en la cavidad del abdomen. A primera vista se encuentra en la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado una herida que se prolonga hasta el borde interno del mismo, tiene una longitud de 3 centímetros, el filo del cuchillo lo corta en todo su espesor y, el extremo agudo del mismo instrumento perfora la cara anterior del estómago. Ambos órganos se suturan inmediatamente, se lava la cavidad con solución salina normal. Después, sutura de los diferentes planos del abdomen, dejando en el extremo inferior el Mikulicz. El cuadro sintomático mejora después de la operación; pulso fuerte, lleno, la rigidez de la pared desaparece, ahora se deprime perfectamente bien. Se aplica más suero, se retira el drenaje a las 72 horas y la enferma salió curada el día 9 de julio.

Existen tres casos más que no tuvieron el éxito que tuvieron los descritos, porque los heridos ingresaron demasiado tarde, después de las veinticuatro horas, con la infección perito-neal ya instalada. Me abstengo de hacer la historia de ellos. El tiempo en que se ha de intervenir en las heridas penetrantes del abdomen es un factor que contribuye para el éxito en las operaciones de esta categoría.

La autopsia practicada en otro caso presentó las siguientes lesiones. Herida por arma de fuego, el proyectil penetró por el lado derecho, a tres centímetros por debajo del reborde costal, entre las líneas axilar y mamilar, se dirigió hacia arriba, atrás y a la izquierda, encontrándose su agujero de salida sobre la línea axilar izquierda, en el sexto espacio intercostal. En su trayecto interesó, el extremo superior del colon ascendente, muy cerca del ángulo, la vecícula biliar, lóbulo izquierdo del hígado, atravesando de lado a lado y, últimamente el estómago y el pulmón izquierdo.

Dr. Miguel A. Sánchez.

NUEVA TERAPÉUTICA ANTISEPTICEMICA

La inyección endovenosa de carbón animal en el tratamiento de las infecciones agudas, especialmente de la puerperal

Por el PROF. DR. L. LÜSSI,
Director del Hospital Civil
de Gorizia

(Concluye)

Los casos tratados han sido los siguientes:

1. *Fiebre puerperal*, dieciocho. Curados, diecisiete, de los cuales doce demostrativos y cinco buenos, un muerto porque era in **extremis**. La inyección de carbón parece ejercer en estos casos un óptimo efecto con cesación rápida de la sintomatología clínica.

2. *Pelviperitonitis gonorreica*, tres, con éxito de curación, de los cuales dos demostrativos por cuanto la curación sobreviene después de dos inyecciones, y uno bueno.

3. *Pielitis aguda en embarazo*, seis, todos curados, de ellos cinco demostrativos y uno bueno.

4. *Flebitis puerperal*, cuatro, con éxito de curación. De éstos tres demostrativos, en los cuales la temperatura baja después de 2-4 inyecciones y con ello cesaron también los dolores. Un caso conceptuado como bueno por cuanto la curación fue por lisis después de seis inyecciones.

Si se prescinde de un caso negativo referente a una mujer afecta hacía ya quince días de una fiebre puerperal gravísima y juzgada por nosotros in **extremis**, a la cual se practicó,

no obstante, una inyección de carbón, el resultado obtenido en los otros casos, todos clínicamente graves, puede juzgarse bajo todos los aspectos de bueno.

¿Cuál es la base científica del beneficioso efecto obtenido por la inyección de carbón animal? Yo creo que todas las tentativas encaminadas a buscar una explicación de los óptimos resultados obtenidos deben dirigirse hacia aquellas alteraciones del sistema reticuloendotelial que han sido encontrados en los estudios histológicos experimentales. Es un hecho innegable que gran parte, por no decir casi la totalidad, del carbón animal inyectado se deposita en el hígado, en el bazo y en los ganglios linfáticos, órganos en los que el sistema **retículo loendotelial**, está más abundantemente representado. La impregnación por parte de los otros órganos denota además que el carbón, sin provocar alteraciones del tejido, ha pasado los capilares pulmonares, llegando al gran círculo arterial para dirigirse hacia aquellos órganos que por ser ricos en tejido endotelial demuestran po-

seer una cierta afinidad por la substancia, inyectada. Numerosos elementos del aparato retículoendotelial cuya abundancia celular parece superior a la normal aparecen rellenos de depósitos de carbón. La importancia de tal impregnación tendría que tener por lógica consecuencia teórica una disminución del potencial del sistema retículoendotelial que como he podido notar puede culminar en aquel estado grave que se conoce con el nombre de bloqueo. En la práctica ocurre todo lo contrario, a juzgar por el benéfico efecto, la inyección de carbón produce una exaltación de la actividad y como consecuencia una más intensa y más prolongada actividad fagocitaria. El carbón animal sería, según mi modo de ver, un óptimo elemento que actúa como desarrollador de la superficie en el sistema retículoendotelial, cuyas células bajo la acción de tal intenso estímulo, pueden mayormente proliferar, aumentar de volumen, adaptarse variamente e incluso diferenciarse.

El expresado mejoramiento rápido de la sintomatología clínica, obtenido mediante la administración endovenosa de carbón y que en líneas generales es debido al aumento específico de la resistencia orgánica, encuentra una explicación apropiada en esta adaptación favorable y propicia del sistema retículoendotelial. Por lo que se refiere al carbón, hay que retener, pues, que su beneficiosa y rápida influencia, obedece, además de la acción esti-

mulante de la actividad celular, al hecho de que la masa de carbón circulante actúe de verdadera sustancia absorbente o de filtro, cualidad que ha sido ya reconocida al carbón. La actividad desintoxicante del carbón sería en este caso exaltada, además, por el hecho de que una gran parte del mismo se deposita en el hígado, órgano que va a la cabeza en las funciones antitóxicas del cuerpo.

La introducción del carbón animal en la terapéutica endovenosa de los procesos séptico-puohémicos, e infectivos en general, señala, a mi modo de ver, un real progreso, tanto por las cualidades descritas como por la inocuidad y simplicidad de su empleo, y aún por su economía.

Mi experiencia, que no es ciertamente lo suficiente extensa para permitir un juicio definitivo, me priva naturalmente de proclamar el carbón como la panacea de los procesos infectivos, panacea, que por otra parte, no puede ser concedida a ningún otro medicamento. Pero por lo que me es lícito deducir de mi práctica en materia de hechos infectivos, puedo afirmar que el carbón animal responde en estos casos mejor que todos los medios hasta ahora en use, sean estos medios quirúrgicos o proteicos, y aun que los medios específicos como sueros y vacunas. Y es única mente con este convencimiento que he creído un deber de conocer los resultados hasta ahora obtenidos.

((De "II Policlínico".))

REVISTA QUIRÚRGICA

*Infección en las heridas
operatorias asépticas; estudio
de 9 años*

F. L. Meleney de New York en Surgery, Gynecology and Obstetrics refiere que en las operaciones asépticas tuvo en 1925 15 % de infecciones y en 1933 4,8 %. Como causa se encontraron bacilo del tétanos, perfringens, estafilococo, estreptococo hemolítico, etc.

La infección puede provenir de 5 partes distintas: de la nariz y garganta del personal de la Sala de Operaciones; de las manos del personal; de la piel del paciente; del aire de la Sala de Operaciones; de los instrumentos y material operatorio. La más serie es producida por el estreptococo hemolítico, que proviene casi exclusivamente de la nariz y garganta del personal, rara vez de las manos que han hecho una curación a un infectado. La profilaxia consiste en obligar el uso de una mascarilla de tela de regular espesor a todos los asistentes a la Sala. Para las manos, nada nuevo. Para la piel, cambiar el bisturí y de aguja para cada punto de sutura. El autor ha calculado que cae sobre el campo operatorio 35 a 50.000 bacterias por hora. Para el material de sutura insiste sobre los hilos de ligadura. Casi todos los casos de gangrena gaseosa y tétanos se debieron al catgut. Recomienda el empleo de la seda fina para ligaduras y suturas.

*Los principios y resultados de
amputaciones por gangrena
diabética*

L. S. Me Kittrick y T. G. Pratt de Boston en Annals of Surgery recomiendan una estrecha colaboración entre el médico y el cirujano; operación, precoz; antes que haya infección secundaria; preparación cuidadosa preoperatoria de la piel; anestesia raquídea a la novocaína; supresión del torniquete; incisión circular; sección de los nervios al cauterio eléctrico; sin drenaje; cuidados post-operatorios para evitar las escaras del decúbito.

De 1923 a 1933 se han operado 396 enfermos por 497 lesiones separadas de los miembros inferiores atacados de gangrena diabética; 312 presentaban trastornos de la circulación arterial del miembro, la mortalidad fue en ellos de 14.1 %; 187 tenían una circulación suficiente, la mortalidad fue de 7.2 %. Sobre 57 muertos, 32 o sean 56. % se debieron a infección local secundaria. La mortalidad después de 326 grandes amputaciones fue de 15 %. La amputación supracondilea por incisión circular es la mejor para gangrenas de la pierna. Por la cauterización eléctrica de los moñones nerviosos han suprimido los dolores del moñón.

20 % de amputados ha vuelto después de un tiempo medio de 23 meses a amputarse la otra pierna por la misma enfermedad. Después de esta segunda

operación los pacientes curaron de los trastornos cardíacos. 188 operados por gangrena fueron seguidos durante 2 años o más, sólo 64 viven de los que, 22 amputados bilaterales.

Inyección terapéutica del sistema linfático

P. Moure, Grasset y Roualt en Boletinas y Memorias de la Sociedad Nacional de Cirugía de París han intentado desde 1932 provocar una esclerosis de territorio linfático por medio de una inyección. En un ganglio sano puesto al descubierto introducen una aguja fina e inyectan una masa compuesta de

formol, éter y clorofila que además de su poder colorante tiene una acción electiva sobre las lesiones tuberculosas. Han visto entonces el ganglio abultarse, pasar la sustancia colorante a los linfáticos y la tumefacción de los otros ganglios de la cadena. Después los ganglios se esclerosan y atrofian. Los resultados han sido magníficos en adenitis tuberculosas, sobre todo en crónicas congestivas.

El valor de la decapsulación renal en los casos de nefritis médica y quirúrgica

A. Von Noszkay de Budapest en Zeitschrift für Urologische

Chirurgie insiste en que la decapsulación renal crea un estado local favorable a la curación; dura algunas semanas o Ineses; a veces es suficiente para detener un estado inflamatorio y permitir la curación. Pone fin a una distensión capsular posible; obra como una simpatectomía: desaparece el angioespasmo, aumenta la diuresis por supresión de la acción inhibitriz del esplánico, desaparecen los dolores. En las nefritis no supuradas sufre el parenquima, en las supuradas el tejido intersticial. Es más eficaz la descapsulación en las nefritis quirúrgicas que en las médicas.

En la glomerulonefritis aguda está muy indicada cuando el tratamiento médico ha fracasado a condición de hacerse precoz y bilateral. Lo mismo en las nefritis hematóricas.

En las nefritis supuradas quirúrgicas debe contemplarse la decapsulación cuando el tratamiento médico no dé resultado y no llegar a la nefrectomía sino en último caso.

Herida del uréter en Cirugía pélvica

P. T. Brown de Arizona en American Journal of Obstetrics and Gynecology reporta 10 casos de herida unilateral del uréter: 6 en el curso de histerec-tomía abdominal total ordinaria; por Wertheim 3 y 1 al ex-

tirpar un quiste del ovario. En 7 casos el accidente fue notado durante la operación; en los restantes al aparecer la fistula urinaria. En 5 la lesión fue reparada inmediatamente por anastomosis uretero-vesical; en 4 casos este procedimiento resultó satisfactorio, en el 5 condujo a una hidronefrosis mediana. En 2 casos la sutura cabo a cabo se intentó pero fracasó; una paciente murió y la otra perdió el riñón por autonefrectomía.

En los 3 casos no reconocidos inmediatamente una curó espontáneamente y las otras dos por nefrectomía.

Cordotomía

D. Bagdasar y F. Bagdasar en Miscarea Médicala romana presentan 10 casos de individuos operados de cordotomía por diversos síndromes dolorosos (tabes, cáncer, reumatismo). En 9 el resultado fue excelente; en el décimo (cáncer del seno con metástasis vertebrales, la curación fue temporal, volvieron los dolores a los 5 días pero con un carácter más soportable.

Ningún muerto por la operación. Retención de orina y paresia de los miembros inferiores pasajera fueron los accidentes.

S. Paredes P.

CONSEJO DE HIGIENE

La futura madre

La futura madre debe evitar los esfuerzos violentos y el cansancio, pero pasear moderadamente todos los días. Se acostará temprano y descansará todo lo posible.

Debe tomar alimentos ricos en cal y en vitaminas: legumbres, frutas, huevos, leche y mantequilla.

La futura madre cuidará especialmente su dentadura.

El recién nacido

El recién nacido tiene derecho a que le críe su madre. La madre tiene el deber de criar a su hijo.

Es conveniente acostumbrar al niño a tomar, entre las horas de mamar, una cucharada de zumo de uva muy madura o de jugo de naranja.

La bebida más indicada para la nodriza es la leche bien fresca.

Si no se puede criar al niño al pecho, hay que darle leche procedente de una vaca sana, bien hervida y en biberones esterilizados por la ebullición, a menos que no pueda conseguirse leche fresca pasteurizada.

La sobrealimentación provoca graves trastornos en el niño.

El niño

Hasta los seis meses el niño tomará más que leche. Pasada esta edad se irán añadiendo gradualmente las papillas de cereales y de legumbres, puré de patatas, un huevo blando, pan mojado en jugo de carne, compotas y jugo de frutas.

A los tres años, se le pueden dar sopas, pan moreno seco, purés de legumbres, un poco de carne asada, ternera o carnero, y toda clase de fruta madura.

Ni café, ni té, ni vino, ni cerveza, ni especias ni embutidos y el mínimo de sal indispensable para la preparación de los

alimentos, son la regla absoluta a esta edad.

El adolescente

Durante todo el tiempo que dura el crecimiento, la bebida indicada es la leche.

A condición de evitar la glotonería y la avidez, se dejará comer a los niños cuanto tengan gana.

Masticar bien los alimentos es indispensable para bien digerir, por eso se evitará que mojen el pan y se cuidará atentamente la dentadura.

El exceso de fatiga provocado por el abuso de los deportes corta el apetito.

La abundancia de frutas y legumbres en un régimen diario de alimentación, cuanto más variado mejor, procurará al organismo las vitaminas necesarias.

Se les prohibirá comer bombones y golosinas entre las comidas, haciéndoles tomar algunos vasos de agua durante el día para evitar el estreñimiento.

El adulto

El adulto que lleva una vida sedentaria no debe "comer alimentos grasos ni carne más que en forma moderada y en cambio consumir regularmente muchas legumbres y frutas.

El trabajo cerebral inmediatamente después de la comida entorpece la digestión; el andar la favorece.

El aire puro es el complemento indispensable del alimento.

Para asegurar la nutrición, el intelectual pasará sus ratos de ocio al aire libre y practicará moderadamente cualquier deporte.

Más que el intelectual, el trabajador manual y el deportista necesita una alimentación a base de carne, guisantes, judías y azúcar.

Una alimentación confortante a primera hora (pan, tocino, café, azúcar) evitan el ingerir bebidas fuertes durante la mañana.

Una buena ama de casa debe preparar y condimentar bien los alimentos y presentar por lo menos una comida caliente al día con sopa de legumbres.

El anciano

El anciano debe evitar los excesos de alimentación, sobre todo de noche y comer siempre muy despacio.

La refección de la dentadura presta grandes servicios en la edad avanzada, cuando las dificultades digestivas disminuyen.

El azúcar en todas sus formas enriquece la alimentación de los viejos debilitados o que tienen poco apetito.

El ejercicio moderado es muy útil a esa edad y la completa inacción muy perjudicial.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12 rue Newton, PARÍS. XVI.)

De la Predisposición a los Enfriamientos

Por el Prof. P. Schmidt,

Instituto de Higiene de Halle

(Dtsch. med. Wschr.
1932, N° 49)

Se entiende generalmente por enfriamiento — Schmidt admite este concepto popular — el catarro rino-faríngeo y el catarro de las vías respiratorias superiores que sobreviene principalmente en la primavera y el otoño. La tendencia a los enfriamientos puede radicar en disposición congénita o adquirirse bajo la acción de condiciones debilitantes, siendo entonces el estado unas veces transitorio y otras permanente. Según las observaciones del autor, el catarro se desarrolla de la manera siguiente: cuando un sujeto predispuesto queda expuesto durante largo tiempo al enfriamiento, los vasos de sus tegumentos y mucosas respiratorias se contraen (esto ocurre también, por lo eterno, en los sujetos no predispuestos). Cuando esta vasoconstricción de las mucosas se prolonga de

manera anormal, o sea, más de 20 minutos, se debilita la resistencia de las mucosas a los gérmenes que siempre se encuentran presentes en ellas (neumococos, estreptococos, etc.). La victoria de los últimos sobre los elementos defensivos del organismo (fagocitos, histiocitos), se traduce por un estado inflamatorio, catarral. Según las investigaciones termoelectricas de Schmidt, resulta que son solamente ciertos sujetos (.10 % aprox.) los que presentan estas modificaciones circulatorias, modificaciones que se pueden considerar como alteraciones de la regulación térmica. En efecto, en condiciones fisiológicas, las mucosas sometidas a un enfriamiento, aunque sea intenso, vuelven muy rápidamente a su temperatura normal. En los sujetos "predispuestos"

examinados por Schmidt y sometidos durante una hora a un enfriamiento por inspiración de aire frío, esta vuelta a la temperatura normal no se efectuaba. Estas personas acusaban tendencia, igualmente, a los enfriamientos de sus mucosas por vía refleja, después de un baño frío de pies, por ejemplo. Pertenecen en su mayor parte al tipo "asténico" de Kretschmer, sujetos nerviosos, de constitución débil, que tienen con frecuencia escalofríos y transpiran en abundancia después de todo esfuerzo físico un poco acentuado.

Pero, para que haya catarro, a esta tendencia, congénita o adquirida, a la vasoconstricción, se debe añadir un segundo factor: la infección crónica de las mucosas por los neumococos, estreptococos, bacilos de Pfeiffer, etc. La predisposición a los catarros será tanto más acentuada, cuanto más profundamente se hayan implantado los microbios en las mucosas.

El catarro se puede producir también, desde luego, sin previo enfriamiento, bajo la acción de aire caliente y seco, de gas irritante (SO_2 , HCl , gases nitrados, etc.). Se produce entonces hiperemia más edema de las mucosas; los tejidos edematosos son un excelente medio de cultivo para los microbios. El polvo, el hablar largo tiempo en alta voz, favorecen naturalmente la hiperemia y el edema. En tal caso habría no solamente predisposición al enfriamiento, sino de manera general, tendencia a los catarros por sensibilidad a todos los agentes de

irritación. Tampoco es imposible que intervengan ciertos factores psíquicos.

Pero no son solamente los sujetos angioneuróticos, con gran labilidad vascular, los que pueden resfriarse. Las personas normales están sujetas a los mismos desórdenes cuando circunstancias particulares perturban bruscamente su regulación térmica, p. ej. una parálisis de su sistema vasomotor por enfriamiento brutal (caída en agua helada) o por la acción de sustancias tóxicas, como el alcohol o los narcóticos. También pueden ser peligrosas las corrientes de aire.

En los locales llenos de gente, donde hay siempre cierto número de sujetos predispuestos, el múltiple pasaje de los gérmenes puede aumentar su virulencia; se producen entonces las enfermedades llamadas por enfriamiento, de carácter epidérmico, que al fin y al cabo afectan asimismo a las personas no predispuestas. Trátase entonces de simple contagio, tal como se ve en la gripe epidémica o panendémica.

Los "enfriamientos" se encuentran, pues, bajo la dependencia de toda una serie de factores que no siempre se pueden poner en evidencia, pero que hay que buscar. Es cierto, desde luego, que un sujeto "predispuesto" puede, por acostumbramiento metódico al aire fresco, entrenar su sistema vascular de tal manera que le vuelva capaz de resistir al frío, como en los sujetos normales. Pero en ciertos individuos particularmente

presenta grandes dificultades. En éstos, las fricciones de agua fría, la ligereza de ropa y la costumbre de dormir en invierno con las ventanas abiertas, pueden ser nefastos. Conviene,

intempestiva de las medidas de este orden.

-Revista de Información
Terapéutica—

Animales Venenosos de Costa Rica

Es tan escasa la producción científica en Centro América que casi se transforma en un acontecimiento la publicación de una obra de esa naturaleza, sobre todo cuando, como en el presente caso se trata de algo que no es sólo de utilidad sino también práctica.

Creemos que nada de positivo valor se había escrito en Centroamérica acerca de nuestros animales venenosos. Después de la obra maravillosa de Ducane Godman y Osbert Salvin sobre la Biología Centroamericana, obra inglesa a la cual probablemente nada aportó la ciencia de nuestros países, nada serio se había hecho en el estudio de los animales venenosos, como no sean trabajos aislados, hasta ahora que el Licenciado Carlos Viques de

Costa Rica, emprende el estudio de los animales venenosos de su país.

Sin duda alguna no es ese un trabajo completo, faltando sobre todo observaciones clínicas acerca de los efectos causados por la mordedura o picadura de ciertos animales a los cuales el vulgo les da propiedad venenosa, que no han sido comprobadas científicamente entre nosotros.

Atención especial debieron haber merecido a nuestro juicio, las casampulgas o casimpulgas, como las llama el autor, las que según cree el campesino hondureño, son mortíferas, siendo imposible la curación de su picadura sin el empleo de una materia que no es para ser nombrada aquí; las arañas pica caballo, a las cua-

les se les achaca, ignoramos si con razón o sin ella, grandes daños en el ganado caballar al que le causa la caída de los cascos; los perro zompopos o salamanquesas, como se les llama en Honduras y que algunos creen que causa mordeduras mortales.

Un estudio serio de esa naturaleza debió haber sido hecho por la observación directa del ataque de los animales venenosos sobre animales o seres humanos, para no exponerse al error tan frecuente &e atribuir hechos a causas totalmente distintas o el de atribuir a ciertos animales trastornos debidos a otros.

En todo caso, la obra del señor Víquez es una seria iniciación de la patología nuestra, que es completamente desconocida

salvo en lo que se refiere a fenómenos que se observan en cualquiera otra parte del globo.

El trabajo del señor Víquez contiene además un pequeño resumen de la parasitología animal y humana 7 algunos trabajos de Química Biológica, Hematología, etc., extraños por completo al estudio de los animales venenosos.

La Administración de la Revista Médica Hondureña agradece el envío de la obrita del señor Víquez y al felicitarlo cordialmente por el esfuerzo que su trabajo representa, hace votos porque prosiga su labor que ha de redundar en beneficio de nuestra producción científica tan escasa y falta de trascendencia.

El Aceite de Hígado de Bacalao en la Práctica Quirúrgica

El método de Lohr. — R. L. Masciottra. — Hospital Rivadavia. — Revista Médico Quirúrgica de Patología Femenina. — Año II; N° 24; 1934; Buenos Aires

El aceite de hígado de bacalao tiene una acción estimulante reparadora, a la vez que por su auto-esterilidad, permite su utilización en úlceras de las piernas, varicosas y tróficas; heridas crónicas con pérdida de sustancia por procesos flegmáticos, gangrenosos, cáusticos, etc., quemaduras de 1er. y 2º grados, en las que da resultados notables, debiendo hacerse

la aplicación enseguida del accidente y sostenida por vendajes que puedan dejarse muchos días sin cambiar, con lo cual se evitan las curaciones repetidas que además de ser dolorosas facilitan las infecciones. Tiene aplicación igualmente en los muñones de amputación ulcerados o con pérdida de sustancia o mala tendencia cicatricial, especialmente en diabéticos y ar-

terioescieróticos; igualmente en las úlceras y escaras de decúbito. En la osteomielitis crónica, después de la extirpación del trozo de hueso mortificado, Lohr efectúa el relleno de la cavidad ósea con la pomada de aceite de hígado de bacalao y vaselina, terminando con un vendaje circular enyesado que se deja varios días; los resultados según Lohr y Zuelzer son tan excelentes como los señalados en las quemaduras y en ios que se refiere a los demás tratamientos de las osteomielitis crónicas de los huesos largos, superior a cualquiera de ellos.

Lohr, autor del método, preconiza una pomada formada por 3 partes de vaselina y 1 de aceite, la que en un plazo de 3 a 4 días determina la destrucción de todos los gérmenes que pueda contener el excipiente, pudiendo entonces ser aplicada.

Su aplicación sobre superficies o cavidades con pérdida de sustancia por traumas o infecciones, determina primero una fuerte exudación, seguida de una disolución de los elementos

mortificados. Se obtiene así una rápida limpieza de las superficies, con lo cual se inicia la reparación amplia, completa y eficaz. Esta reparación tisular no se ejerce solamente sobre los elementos epiteliales sino también sobre los tejidos mesenquimatosos y es un hecho notable la elasticidad, blandura y almohadillado de la cicatriz resultante.

No es admisible que la acción terapéutica del aceite de hígado de bacalao se ejerza por su propiedad de destrucción bacteriana. Tal vez exista una acción frenadora de la proliferación microbiana; no es del todo rechazable la idea de una acción desintoxicante, pero todo induce a pensar que en realidad actúa por sus valores vitamínicos aumentando las fuerzas, defensivas de los tejidos enfermes.

J. J. Gazzolo.

—Revista Médica
Latino-Americana.—

Ceguera nocturna de los trabajadores de las secciones ferrocarrileras

Por RICARDO AGUILAR,

M. D. — D. D. S. — F. A. C. P.—
F. A. C. S.

Cirujano en jefe del hospital
de Quiriguá, Guatemala

La literatura médica no da ninguna descripción de esta enfermedad en los trópicos y solamente se ha encontrado la ceguera nocturna entre los esquimales, la cual ha sido considerada como una avitaminosis.

Pertenece a N. P. Macphail de este hospital: haber descrito por primera vez estos trastornos visuales en los trópicos. Macphail comenzó a encontrar los primeros casos en los años 1909 y 1910 en pacientes que fueron admitidos a este hospital por diferentes causas médicas o quirúrgicas habiendo notado que algunos de los pacientes se quejaban de la ceguera durante la noche. A los primeros casos él no les dio ninguna importancia, pero cuando se dio cuenta de que los pacientes insistían en quedarse en el hospital hasta sentir mejoría de la ceguera nocturna él tomó más interés para investigar la causa de esa sintomatología y se declaró en favor de una avitaminosis.

Esta avitaminosis ha sido tratada de una manera dietética y rutinaria del modo siguiente: aceite de hígado de bacalao media onza 3 veces al día y leche fresca en bastante cantidad (*ad libitum*), además de la dieta de las comidas habituales; siendo sorprendente cómo en menos de ocho días el paciente mejora completamente. Todos los pacientes que presentan estos síntomas son trabajadores en la reparación de vías, notándose con más frecuencia en los individuos que trabajan en terrenos calcáreos y en los cuales los rayos del sol se quiebran como si descendieran a un espejo. No obstante: los factores etiológicos de esta enfermedad no son solamente la acción de los rayos solares sino que tiene que coincidir con un individuo debilitado por varias causas como se podrá ver en el cuadro adjunto de los 20 casos que publico.

CUADRO DE 20 OBSERVACIONES

<i>Parásitos intestinales.</i>	<i>Paludismo</i>	<i>Sifilis</i>	<i>Alcoholismo</i>	<i>Anemia</i>
1. Uncinariasis Ascariasis	Terciano	Negativa	- -	- - - -
2. Uncinariasis Ascariasis Tricocefalosis	Clinico	Negativa		
3. Uncinariasis Ascariasis	Clinico	Negativa	- -	- -
4. Uncinariasis Tricocefalosis	Terciano	Negativa	- - - -	- - - -
5. Uncinariasis	Terciano	Negativa	- -	- - - -
6. Uncinariasis Ascariasis	Clinico	Negativa	- - - - - -	- -
7. Uncinariasis	Estivo Otoñal	Negativa	- -	- -
8. Uncinariasis Ascariasis Tricocefalosis	Clinico	Negativa	- -	- -
9. Uncinariasis Balantidiasis Ascariasis	Clinico	Negativa	- -	- -
10. Ascariasis	Estivo Otoñal	Negativa	Negativa	- -
11. Uncinariasis	Terciano	Negativa	Negativa	- - - -
12. Uncinariasis Tricocefalosis	Quartana	Negativa	Negativa	- -
13. Tricocefalosis	Quartana	- - - -	- - - -	- - - -
14. Uncinariasis Ascariasis Tricocefalosis Flagelados	Cuartana y E. Otoñal	Negativa	- - - - - -	- - - - - -
15. Uncinariasis	Negativo	- - - - - -	- - - - - -	- - - -
16. Tricocefalosis	Negativo	Negativa	Negativa	- -
17. Negativo	Clinico	Negativa	Negativa	- -
18. Uncinariasis Ascariasis	Clinico	Negativa	- -	- -
19. Ascariasis	E. Otoñal	Negativa	Negativa	- -
20. Uncinariasis	Negativo	Negativa	- -	- - - -

Casi todos estos enfermos entraron al hospital para tratarse el paludismo.

El examen no enseña ninguna lesión de la conjuntiva ni de la córnea, no existe fotofobia

ni espasmo de los párpados. La visión representa evidencias de acomodación, pues durante el día el examen optométrico es normal, lo mismo existe normalidad en el fondo ocular, no

Existen defectos congénitos como albinismo, etc. Es decir que durante el día el ojo no presenta ningún síntoma de lesión alguna ni errores de la refracción; es un ojo normal.

Macphail en sus reportes expresa la opinión de un eminente oculista que considera que estos síntomas son debidos probablemente a una interferencia del funcionamiento de las membranas de bastoncillos y conos de la retina y que posiblemente un exudado producido por la refracción de los rayos potentes del sol sobre el acero de los rieles y sobre el balastre calcáreo sea la causa de esta ceguera nocturna.

Tratamiento. En primer lugar se procurará tratar la causa predisponente de esta avitaminosis o sea el tratamiento del paludismo, de la sífilis de los parásitos intestinales, combatir la anemia con tónicos, con extractos de hígado, de estómago desecado, etc., y combatir la avitaminosis presente administrando grandes cantidades de leche fresca y dosis de aceite de bacalao o de aceites irradiados; administrándose de esta manera todos los tipos de vitaminas necesarias para combatir esta avitaminosis.

Además de que este tratamiento corrige en menos de ocho días la ceguera nocturna; lo cual demuestra que es meramente una avitaminosis, hay

que tomar en cuenta también en que el modo de vivir de esos trabajadores no es muy satisfactorio y la cantidad total de alimentos consiste solamente en arroz, frijoles, tortillas y café con azúcar para los tres tiempos del día, y tal vez comen carne una vez por semana; no usan las verduras ni leche fresca ni, frutas por lo tanto están sometidos a una dieta pésimamente balanceada.

En los primeros años los pacientes a este hospital vienen solamente a tratarse esta enfermedad. Comparando las admisiones a este hospital con los reportes de Macphail se nota que la ceguera nocturna va haciéndose cada vez más escasa probablemente debido a un mejoramiento de vida entre los trabajadores quienes reciben mejor alimentación y un tratamiento adecuado de las lesiones que los hacían degenerar en esta avitaminosis. Los exámenes y tratamientos rutinarios para la uncinariasis y el paludismo, se llevan a cabo con toda regularidad y existe entre la clase trabajadora una idea más avanzada sobre alimentación.

Los reportes preliminares de esta semi-entidad morbosa pertenecen a Macphail con todo el crédito de haber descrito por primera vez esta lesión existente en los trópicos.

Tratamiento Médico de la Infección Mastoidea

Por J. BERINI

(*An. de l'Hosp. de la Santa Creu i sant Pan*, 15 de enero de 1935.)
—"Trepanad una mastoides en el curso de una supuración del oído medio y encontraréis siempre pus" (Laurens). ¿Quiere esto decir que debemos trepanar todos los oídos que supuran? En otros términos, (cuándo debe trepanarse una mastoides?

Desde que en la segunda mitad del siglo XIX, Schwartz regló la técnica de la trepanación mastoidea y dejó al criterio clínico de cada otólogo el cuidado de fijar el momento operatorio, éstos se han dividido en dos grupos. Unos, partidarios de la intervención precoz, no temen o no aceptan que ésta pueda ofrecer peligro alguno y su conducta se adapta al lema "ir delante de las complicaciones en lugar de correr detrás de ellas." Los otros no creen esta conducta la más prudente y fían más en las fuerzas curativas de la naturaleza, dando un margen de confianza al tratamiento médico que cada uno preconiza.

Así, en 1908, Moure no duda en afirmar que "nunca nos arrepentiremos de haber abierto demasiado pronto las células mastoideas." G. de Panel tampoco teme una intervención precoz, preventiva de todo accidente intracraneal.

En el "Tratado" de Claoué y Vaudenbosche la decisión operatoria ya no es tan tajante,

pues aconsejan estudiar los caracteres del pus, del dolor y el estado general, y aunque partidarios de la operación precoz, admiten, con Luc, que la supuración puede desaparecer aun después de persistir cuatro semanas, por el solo tratamiento médico. En 1899, Castex daba como norma para la abertura de la mastoides, la persistencia de la fiebre y del dolor, sin fijar el tiempo, haciendo hincapié en el concepto de mastoiditis latente que más tarde estudiaron Le Mee en el lactáneo y Tapias en el adulto.

Moulounguet aconseja vigilar atentamente toda otitis media supurada para diagnosticar lo antes posible cualquier complicación que haga necesaria la intervención. Laurens dice, refiriéndose a la mastoides probable, que debe ensayarse un tratamiento conservador prudente que no deberá prolongarse más allá de tres o cuatro días.

La discusión, sin embargo, podría calificarse de bizantina si la intervención precoz no tuviera un tanto por ciento de peligros superior al de la operación realizada días después de comenzada la infección. Para el mejor estudio de este aspecto del problema conviene, con Neumann, comparar los resultados obtenidos en intervenciones en el curso de la primera, segunda, tercera... semana después del comienzo de la otitis. Esta comparación enseña

que el mayor número de complicaciones surge en la primera y más allá de la séptima semana, y se mantiene en cifras iguales y sensiblemente más bajas entre la segunda y la sexta semana,

Norval Pierce dice que si es peligroso operar demasiado tarde una mastoiditis por las numerosas complicaciones posibles, tío lo es menos intervenir antes de que haya terminado el proceso de delimitación del foco séptico, o sea en plena decalcificación. Apoya su opinión en una estadística de 200 mastoiditis operadas precozmente con una mortalidad del 11 por 100, cifra realmente elevada. Para Hybasek las complicaciones operatorias llegan al mínimo en las mastoiditis operadas en la segunda y tercera semana.

Aun cuando opera en general en la primera y segunda semana, Urbantschitsch reconoce que la intervención precoz expone a menudo a reintervenciones. Heiman sostiene que si la operación está excepcionalmente indicada antes de los quince días del comienzo de la otitis, no lo está nunca en los primeros días.

Situado entre las escuelas de Neumann y de Alexander, Erdelyi plantea, pero no resuelve, el problema, pues si bien, dice, siempre se puede encontrar alguna razón para intervenir, si luego sobreviene alguna complicación cabrá pensar si la abertura de las vías linfáticas y sanguíneas ha influido en forma perjudicial. Refiriéndose

a la experiencia adquirida en una epidemia de gripes Schlittler se muestra contrario a la intervención precoz, citando al efecto una estadística blanca de unos 50 casos operados después de la tercera semana.

Las opiniones antes expuestas discrepan de las de Strandberg y Plum, partidarios de la operación precoz, de la de Coulet, que cree que la tendencia actual es a intervenir en los primeros días, lo que no obsta para que de los cuatro casos que presenta, uno de ellos, con una reacción meníngea, curase sin intervención. Para Barrand no hay dilema; toda modificación ósea de la mastoides, que llama mastoiditis sin distinguos, es tributaria de la intervención.

Barwich y Haardt no le reconocen a la operación precoz más dificultad, que la derivada de la necesidad de abrir todos los grupos celulares, en la duda de cuál de ellos pueda producir complicaciones. Por ello abren toda la mastoides, contornean el seno lateral, exploran las células perilaberínticas, el grupo intersinuoso-facial, las cigornáticas, etc. Basan su radicalismo en el hecho de haber observado complicaciones en el tercer día de una mastoiditis. Es preciso hacer resaltar que en las estadísticas de 266 casos que presentan, la mortalidad es de 13,6 por 100 en las operaciones antes del décimo día y sólo del 8,8 por 100 en los operados después de la tercera semana.

Ni aun los exámenes histológicos han podido resolver el problema, pues Krainz, que ha

examinado los trozos de mastoides extirpados durante la intervención, es partidario de temporizar, y Mayer, aun confirmando los hallazgos anatómicos de Krainz, es partidario de la operación precoz, lo que no le impide afirmar que "la mayoría de las otitis medias agudas supuradas en las que, por los síntomas clínicos, tenemos el derecho de suponer que existe una supuración en las células de la apófisis mastoides, curan sin intervención." Acaba diciendo que es cuestión de sentido clínico el denunciar los casos difíciles.

Moulonguet, contestando a Coulet, recuerda la gravedad de las supuraciones óticas producidas por los proyectiles, atribuyendo esta evolución desfavorable a la falta de defensa del hueso, que, dice, "no estaba protegido por la evolución microbiológica de defensa natural."

Casi todos los otólogos partidarios de la intervención precoz comparan la infección mastoidea con la apertdicular y quieren, como norma de actuación en los otólogos, la unani-

midad de pareceres que reina entre los cirujanos respecto al tratamiento del ataque apendicular. Pues bien, a juicio del autor, esta comparación no es exacta e induce a una conducta errónea. En efecto, si toda apendicitis va acompañada de una peritonitis localizada o generalizada, que da la gravedad al cuadro clínico, la mastoiditis no va acompañada más que excepcionalmente de reacción meníngea, que sería la equivalente de la infección peritoneal. Además, el apéndice está todo él rodeado de peritoneo, por lo cual, el peligro cerca al apéndice; la mastoides, en cambio, ofrece grandes zonas por las que la fluxión del pus, lejos de constituir una complicación, es un modo natural de curación, la fistulización al exterior, como es frecuente ver en otro tiempo. Se trata, pues, de discernir el grado en que están afectas las células mastoideas, de saber si la congestión de la mucosa que cubre todo el complejo celular llegará o no a supurar y si esta supuración, suponiéndola y establecida, será capaz de

salir por vía natural o deberá trepanarse y en qué momento, o dicho en más breves palabras, *en qué síntomas nos basaremos para sentar una indicación operatoria.*

Chatelier, buscando síntomas clínicos que permitan justipreciar el valor de la participación mastoidea, nota que la desaparición del dolor a la presión de la apófisis tras limpieza del conducto se observa sólo en otitis de evolución favorable.

Abundando en el concepto de mastoidismo que creó Alexander, Fischer, que buscó su substratum anatómico, describe una hiperemia difusa de la mucosa, sin retención en el antro, y por consiguiente sin descenso de la pared superior del conducto ni caída del pabellón. Fischer hace notar que una intervención precoz en este período es peligrosa e ineficaz.

Como Chatelier, Dutcheillet de Lamothe describe una modificación del ángulo diedro, que en su conjunción forman las paredes superior y posterior del conducto con el tímpano, consistente en su conversión en un plano, con lo cual, conducto y tímpano forman una línea continua, siendo difícil deslindar uno de otro órgano. Cuando existe esta modificación, dice, la mastoidea supura y la intervención se impone.

Robertson atribuye un valor preponderante a la elevación de la cifra de polinucleares: por encima del 70 por 100 es argumento poderoso en favor de la intervención.

Para Beck, una temperatura elevada no basta para afirmar que una otitis se complica, ya por reconocer origen extraótico (y cita casos de errores groseros), ya porque aun siendo ótica evoluciona favorablemente sin requerir tratamiento operatorio. Pero Beck, apoyado en una experiencia de veinticinco años, niega también valor patognomónico a la mayoría de los síntomas, a los que clásicamente se les asigna valor considerable,, pues dice haber visto curar sin intervención otitis con caída del conducto, con hernia timpánica, con sordera acentuada, con dolor espontáneo y provocado. Aun cuando sea casi toda ella referente a niños, la casuística del autor confirma las ideas de Beck.

Con Scheibe, la escuela alemana denomina empiema mastoideo a las mastoiditis con pus a presión y granulaciones, que se diagnostica por los latidos nocturnos isócronos con el pulso y por los signos externos de supuración mastoidea (caída del conducto, deformaciones timpánicas, etc.). Pero tampoco empiema es sinónimo de operación, pues un tercio de casos curan sin intervención, y, según Laurens (*loc. cit.*), es tributario de la paracentesis.

Pouchkine, refiriéndose a la actuación del cirujano frente a una infección mastoidea, dice: "para el bien del enfermo y en su propio interés, todo médico consciente debe, antes de

decidir la operación de su enfermo, no sólo pesar todos los pro y contra en favor de la operación, sino agotar todos los tratamientos conservadores y no decidirse a una operación más que cuando todos los medios habrán sido agotados hasta el fin." Y expone su tratamiento conservador, fundado esencialmente en la amplia abertura timpánica, aspiración del pus y desecación por alcohol.

Gemach preconiza el tratamiento fototerápico, que reserva para los casos de mastoiditis, es decir sin empiema.

Tretrop dice que una larga experiencia le ha demostrado que muy a menudo cuidados apropiados pueden detener los síntomas graves y hacer inútil una intervención quirúrgica. Expone su tratamiento, que se reduce a desinfección del oído y del rinofárinx, administración de compuestos salicilados, etc.

El tratamiento que ha reunido más sufragios es el basado en la administración de antígenos, ya en forma de proteinoterapia, ya de vacunoterapia (au-

to y stock). Madritsch emplea las inyecciones de leche aséptica en las inflamaciones agudas de la caja. Bonain recomienda la inyección intramuscular de plata coloidal. Caliceti expone ocho casos de otitis agudas con i mastoiditis inicial, de los que en cinco se evitó la intervención y en los otros tres permitió operar sobre un campo delimitado y en buenas condiciones con el empleo de la proteinoterapia en forma de leche aséptica. Dos años antes no se mostró tan satisfecho de los resultados obtenidos con la vacunoterapia, lamentando no poder distinguir el grado de infección mastoidea, pues creó que al paso que las mastoiditis aun no supuradas son susceptibles de mejorar por este tratamiento, el empiema mastoideo contraindica toda terapéutica no quirúrgica. En el caso particular de la otitis neumocócica, Le Mee, siguiendo el consejo de Calmette, emplea el suero específico por vía bucal.

Brindel, por el contrario, afirma haber obtenido en las otitis

agudas resultados más bien nefastos. Opinión parecida sostuvieron Baldenweck, Jacob y Moulonguet, ponentes del X Congreso Internacional de Otolología, 1922, quienes vieron sobrevenir un 30 por 100 de complicaciones en los casos tratados por la autovacunoterapia, mientras esta cifra baja al 6 o 10 por 100 en las otitis tratadas por otros procedimientos.

Estudiando el índice opsónico, Di Donato demostró que la proteinoterapia elevaba el valor de este índice a cifras superiores de lo que produce la autovacunoterapia, lo que podría ser una razón en favor del mejor resultado terapéutico señalado por Caliceti y de los fracasos que a la autovacunoterapia atribuyen Baldenweck, Jacod y Moulonguet.

Ha sostenido entre nosotros la posibilidad de curar muchas infecciones mastoideas sin intervención quirúrgica, Suñé, quien en la Real Academia de Medicina de Barcelona expuso una estadística de 290 mastoiditis, de las que el 72 por 100 curaron sin trepanación.

A continuación, el autor expone ocho casos de su práctica, que trata con éxito con instilaciones de glicerina fenicada, proteinoterapia no específica, fomentos, paracentesis del tímpano en algunos casos, vacunoterapia en otros, y se resume del siguiente modo su opinión:

"En toda supuración de oído es menester ejercer una vigilancia cuidadosa y practicar, si el caso lo requiere, la inter-

vención adecuada fantrotomía, mastoidectomía, radical o radical-conservadora, abertura del seno lateral, etc.)

"En los casos en los que una cuidadosa exploración permita creer que no existe complicación ni sintomatología que haga indispensable el tratamiento quirúrgico, deberá establecerse un tratamiento conservador, del que podrá esperarse la resolución del proceso.

"No existe criterio clínico que sirva de norma segura para distinguir las mastoides que requieren ser operadas de las susceptibles de curar médicamente.

"Los diversos tratamientos conservadores pueden ser empleados según la experiencia personal de cada cual; únicamente la autovacunoterapia parece ser netamente inferior a las demás.

"Al calor local, agente terapéutico de primer orden, hemos añadido la acción de la proteinoterapia o de la vacunoterapia polivalente, sin que podamos señalar diferencia evidente entre la acción de una y otra.

"La revulsión mastoidea, y la desinfección rinofaríngea, deberán aplicarse siempre. La paracentesis, cuando exista retención en la caja, sin confiar demasiado en sus resultados."

Advierte que se ha referido siempre, en el transcurso de este trabajo, a mastoiditis agudas, no a mastoiditis recalentadas, siempre más peligrosas y con las cuales es menester redoblar la vigilancia.

—De Revista Española—

El Problema y Gravedad de la Apendicitis

A los que contemplan el puesto importante que ocupa la apendicitis en las estadísticas quirúrgicas, los cuadros hospitalarios y hasta la frecuencia con que se oye sonar su nombre en la vida diaria, quizás se les haga duro creer que la afección apenas si hace 50 años que tomó verdadera carta de naturaleza en la nosología médica. En efecto, hasta el año venidero no se cumplirá el cincuentenario de la publicación de la monografía clásica en que FIS asentara sobre una base incontestable la nueva entidad, al demostrar que el apéndice vermiforme constituía el punto de partida de la gran mayoría de los estados inflamatorios radicados en el hipocondrio derecho y que enmascarados hasta entonces con los nombres de Tiflisbis, epitiflitis, peri tiflitis, etc., representaban en realidad efectos de la perforación apendicular. La misma palabra es de tan reciente creación que no figura en el *Diccionario Etimo-*

lógico Histórico (inglés) de Murray, de 1888. No comienza ahí, claro está, la historia de la apenaicitis. Hipócrates, a cuya sagacidad pocos fenómenos clínicos se escaparon, y otros autores griegos y romanos, ya mencionaron signos indicativos de apendicitis. En el Siglo XIV el inglés Ardenne habló de la *passio iliaca* en términos que parecen comprender la apendicitis así como el íleo. Heister en 1711 comunicó la primera autopsia en un caso cuya descripción resulta inconfundible hoy día. Hoffmann se refirió a las manifestaciones del mal en 1716. Mestivier en 1759 practicó la primera operación en una apendicitis localizada, y Frank en 1792 describió típicamente el estado con el nombre de "peritonitis muscular."

Con el Siglo XIX iniciase una nueva etapa. Parkinson, el neurólogo y sociólogo, comunicó el primer caso (en inglés) en 1812, dejando clara constancia de que la causa de la muerte

residía en la perforación. En 1824 el francés Louyer-Villermay publicaba una reseña clásica, y en 1827 su compatriota Melier diferenciaba la enfermedad del ciego (la verdadera tiflitis), de la del apéndice. En 1839 el gran clínico inglés Addison daba a la luz una descripción bastante completa. Los primeros en operar casos con conocimientos de causa parecen haber sido el inglés Hancock en 1848 y el americano Willard Parker en 1864. Antes del último, Habershorn, en su tratado del aparato digestivo de 1862, relataba las manifestaciones clínicas y hasta describía la perforación. Todo esto, sin embargo, había pasado casi desapercibido hasta que Fitz presentara su tesis famosa en 1886 y McBurney poco después (1889) descubriera el punto famoso, y Dieulafoy comenzara en 1896 en París a discutir con su elocuente verbosidad el "foie appendiculaire." Desde entonces dicho estado se ha ido elevando a un puesto cada vez más encumbrado en los renglones de la morbilidad y en los anales de la medicina, y que, por la misma naturaleza de la dolencia, sólo reflejan las estadísticas de los nosocomios. Por no haber cifras anteriores al Siglo XX, no pueden trazarse comparaciones exactas de largo vuelo. ¡En las tinieblas escóndense Dios sabe cuántos casos de apenaicitis imputados erró-

neamente a mil cosas distintas, y hasta en famosos episodios históricos al envenenamiento!

El incremento del mal en los últimos años ha sido objeto de bastantes comentarios, sobre todo en Estados Unidos. Por ejemplo, la Compañía Metropolitana de Seguro de Vida llamó la atención en 1930 sobre el constante ascenso de la mortalidad debida a esa causa desde 1911. En 60 importantes poblaciones estadounidenses, con una población de 29 millones de habitantes, la mortalidad ha subido de 13.3 por 100.000 en 1910 a 15.7 en 1932, lo cual choca completamente con la tendencia manifestada tanto por la mortalidad general como por ciertas afecciones. En el área de registro el aumento fue de 9.7 en 1900 a 11.4 en 1910, 13.4 en 1920 y 15.3 en 1930. En el Ejército de los Estados Unidos la morbilidad aumentó de 0.53 por 100 en 1902 a 0.95 en 1930, o sea en más de 75 por ciento.

En otros países la curva, ha seguido una marcha semejante. En Río de Janeiro el número de muertes cargadas a la apendicitis ha saltado de 41 en el quinquenio 1903-07 a 425 en el quinquenio 1929-33, o sea de 6 en 1903 a 99 en 1933; en Chile, de un promedio de 199 en el trienio 1919-21 a 216 en 1929-31 y **219** en 1932. En Cuba el promedio anual de muertos ha su-

N O T A S

Recibimos el libro "Los resultados sociales de la herencia," del conocido escritor ecuatoriano Ángel Modesto Paredes al que dedicaremos un ligero comentario en próximo número. Hemos hecho presente al autor nuestro profundo agradecimiento.

»—«

En ligero viaje de paseo estuvo dos días entre nosotros el Dr. José Inés Rápalo, Presiden-

te de la Asociación Médica Sanpedrana.

»—«

A permanecer una semana con sus padres vino de Danlí nuestro consocio el Dr. José María Sandoval.

»—«

En la Policlínica estuvieron recluidas por algunos días las distinguidas esposas de nuestros consocios los Drs. Manuel Cáceres Vigil y Víctor Manuel Velásquez.

bido de 49 en el quinquenio 1902-1906 a 17 en 1925-1929; en Buenos Aires de 38 en el quinquenio 1901-1905 a 128 en el trienio 1930-32; en el Uruguay de 10.8 en el decenio 1893-1902 a 20.6 en el trienio 1928-30, y en México de 197 en el trienio 1922-24 a 273 en 1928-30. En cambio, en el Canadá, país de estadísticas bastante completas, el coeficiente desde 1926 no ha revelado alteración, manteniéndose alrededor de 14 por 100.000, y en la ciudad de Caracas más bien ha mostrado disminución de 1926 a 1931. En cambio, entre 3,034 operaciones practicadas en dicha población de 1893 a 1911, sólo hubo 32 apendectomías (poco más de 1 por ciento), mientras que en dos series recientes, 1,127 operaciones del Hospital Vargas y 2,734 del Instituto Simón Rodríguez, la proporción subió a 7.45 y 11.4 por ciento, respectivamente.

Claro está que en el aparente aumento en muchos sitios pueden participar varios factores, y en particular los perfeccionamientos en el diagnóstico, mejoramiento de la estadística, más intervenciones quirúrgicas, etc. Lo contrario sucede con las cifras sumamente bajas para ciertos países tropicales, en los que pueden entrar en juego condiciones precisamente opuestas. En Europa el coeficiente parece variar de 3 en España a 12 en Suiza. Un hecho curioso (*Stat. Bull. Metrop. Life Ins. C?*) es que la mayor mortalidad en Estados Unidos (20 o más) es en el grupo de Estados de las Montañas Rocosas, siguiendo los contiguos a ellos y el muy alejado y montañoso Estado de Vermont, lo cual se atribuye a la escasés relativa de hospitales en dicha región.

(Continuará).