

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Tegucigalpa, Honduras, Centro América.— Mayo y Junio de 1936

Director:

DR. S. PAREDES P.

Redactores:

DR. MANUEL LARIOS

DR. ANTONIO VIDAL

DR. JOSE R. DURON

Secretario de Redacción:

DR. GABRIEL R. AGUILAR

Administrador:

DR. HENRY D. GUILBERT

DR. CALDERÓN

## SUMARIO

Página

Página de la Dirección . . . . .	193
Algunas manifestaciones atípicas del sarampión, por el Dr. M. Larios . . . . .	195
Lo que el médico no debe hacer, por el Dr. R. D. Alduvin . . . . .	197
Micción en dos tiempos, Por O. M. . . . .	204
Los Espermocultivos, por el Dr. Rafael Morales . . . . .	207
Cómo tratar las afecciones pulmonares agudas, por el Prof. Jean Minet . . . . .	209
Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. . . . .	216
El plátano en terapéutica . . . . .	219
Revista de Revistas, por el Dr. A. Vidal . . . . .	220
La halitosis. Sus causas y tratamientos, por el Dr. Gregorio A. Mórtola . . . . .	221
La lucha contra las enfermedades epidémicas . . . . .	229
El tratamiento de la angina de pecho . . . . .	233
A propósito de las acromias parasitarias, por Clemente Simón . . . . .	237
El timo y la muerte repentina en los niños, por el Prof. Martínez Vargas . . . . .	243
4éme Congreso de la Presse Medicale Latine . . . . .	246
A propósito del tratamiento de las quemaduras, por el Dr. Juan Judet . . . . .	247
Hernia estrangulada y trombosis mesentérica, por el Dr. Roberto Gómez . . . . .	252
Novela . . . . .	252
Notas . . . . .	254

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

---

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Doctor Manuel Larios

Dr. Antonio Vida)

Dr. José R. Durón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Doctor Gabriel R. **Águilas**

Doctor Henry D. Guilbert

---

Año VI

Tegucigalpa, Hond. C. A., Mayo y Junio de 1936

No 64

---

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*No sé si en mármol, como santo, o en bronce, como, héroe, es el caso que la figura egregia del Dr. Tomás G. Palomo ya fue esculpida y colocada, para ejemplo de las generaciones venideras y pálida muestra de la gratitud nacional, en la Escuela de Medicina de San Salvador.*

*Amalgama soberbia hubiera sido consagrarlo en el mármol diamantino, simbólico de la pureza y la santidad, porque aquel hombre extraordinario encerraba en una quijotezca armazón, un espíritu potente, recio, todo lleno de austera y no alardeante caridad; y en el bronce majestuoso patentizar el brío heroico del luchador insigne que por cuarenta años consecutivos sostuvo con la muerte -y. la enfermedad sin igual batalla, venciendo casi siempre, con su flamante cuchillo y su brillante cerebro.*

*Yo lo vi enfermo, atacado de una gripa insolente, levantarse del lecho, con fiebre, en una tarde de enero de 1921, a extirpar la vesícula biliar de un antiguo cliente y amigo suyo, víctima de crueles dolores; al día siguiente amanecer con neumonía y cuatro días después expirar con una grandeza y tranquilidad sólo comparables a las que en vida llevó siempre consigo.*

*Con gran tardanza, quince años después, El Salvador levanta el monumento pequeño, al hombre grande, llama flameante, perenne como el I zaleo, su hermano, a cuyos pies se rasgaba el velo de la ignorancia brotando a torrentes su profundo saber y sólida experiencia.. Porque el Dr. Palomo no era el hábil amanuense, audaz y sereno, que algún adversario creyera, sino el Cirujano completo: Head Hand and Heart. Cerebro fuerte y nutrido, mano ágil y firme, alma dulce y generosa, todo al servicio*

*de esa rama bellísima y brillante, la de los grandes triunfos y ruidosos fracasos, la Cirugía.*

*El Hospital General y después, desde su inauguración, el Hospital Rosales, le vieron por cuarenta años, mañanero, servir incansable y entusiasta cuantos pacientes buscaron cálido refugio entre sus manos.*

*Hombre de pocas palabras, no vino dotado, algo debiera faltarle, de esa facilidad y vocación para la enseñanza, pero sin egoísmo ni pereza, jamás estuvo cerrado para explicar y resolver las dudas de sus alumnos, por el contrario, premiaba con su preferencia y afecto a los muchachos laboriosos e inteligentes y no disimulaba el orgullo al contar los triunfos de los más aventajados discípulos suyos.*

*Familiarizado con las mejores clínicas y maestros de Europa y Estados Unidos, la necesidad le hizo acometer todas las especialidades hasta llegar a una competencia asombrosa en la práctica de cada una de ellas. Nada diré de la cirugía general del abdomen, tórax, cabeza, cuello y miembros; había que verlo operando ojos, haciendo cateterismos de los uréteres, aplicando fórceps y versiones, cesáreas, la ginecología, entera, trepanando masioides y otros senos.. Manejaba e interpretaba a conciencia los Rayos X. No le era extraño el laboratorio. Las revistas extranjeras le tenían al día de los progresos de la ciencia.*

*Hombre tan prominente no podía esquivar los halagos de la política; Ministro de Gobernación en una ocasión y de Hacienda en otra; candidato a la Presidencia de la República, lanzado por una enorme opinión de intelectuales destacados del país, le cupo la suerte de Pasteur cuando quiso ser diputado a la cámara francesa, derrotado por la masa inconsciente.*

*Honrado dentro y fuera de la profesión, respetuoso y respetado, el Dr. Palomo conservó hasta el último instante de su vida enorme ascendiente sobre cuantos le rodearon.*

*El antiguo discípulo que escribe estas líneas quiere en ellas unirse al justo homenaje tributado por El Salvador a su hijo brillantísimo y con toda la admiración y amor por el viejo Maestro, hacer patente la gratitud de los hondureños por la benemérita Escuela de Medicina de El Salvador, donde tantos pasamos*

## Algunas manifestaciones atípicas del sarampión

El sarampión se presenta entre nosotros anualmente en forma de pequeñas epidemias de más o menos gravedad, pero en lo general esta enfermedad no reviste la seriedad que se observa en los países templados. Con todo y que nuestras clases pobres viven en condiciones higiénicas deplorables, no es el sarampión una de las principales causas de la alta mortalidad infantil.

De los meses de mayo a octubre del año pasado azotó a nuestros niños una epidemia que se caracterizó, por varios aspectos, distinta de las anteriores: Tuve la oportunidad de observar varios casos en mi práctica privada y el desarrollo de la epidemia en el Asilo de Santa Teresita de esta ciudad. Los casos así observados constituyen la base del presente estudio.

Desde un principio se observó que la epidemia tenía una virulencia más acentuada que las anteriores y que su propagación se hacía rápidamente incluyendo entre las víctimas a varios adultos.

Lo que llamó la atención sobre todo fue el largo período de incubación. En los casos observados en la clientela privada el

promedio fue de 16 días; hubo casos en que este período de incubación durara tres semanas como puede verse por el siguiente caso:

P. V. de 5 años de edad es llevado por la madre a una fiesta infantil donde uno de los niños presentes tenía ya los síntomas catarrales del sarampión. Al día siguiente la madre lo lleva, a una casa de campo distante unos diez kilómetros de esta ciudad donde no había otro niño ni oportunidad de contagiarse. Veintidós días después la temporada tiene que interrumpirse bruscamente porque el niño desarrolla un sarampión típico

Casos como el anterior se repitieron con tanta frecuencia que 'he creído de interés hacer notar este largo período de incubación como una de las características de esta epidemia. Naturalmente, este largo período de incubación se observó solamente en la clientela privada. En la epidemia del asilo Santa Teresita, con los niños en íntimo contacto, la incubación fue más corta, de seis a siete días.

El período de invasión que fue tan atípico que esta sola fue la causa de que la epidemia se ex-

---

*años deliciosos al calor de estrechas amistades en amplio ambiente de hermandad y de alegría.*

*Noble y excelso Dr, Palomo!, también Honduras ha levantado en cada uno de vuestros alumnos un monumento de afecto inextinguible, trasmitido a las generaciones que siguen como modelo de Cirujano, de Hombre y de Patriota.*

tendiera tan extensamente a todo el país, haciendo difícil el diagnóstico. Por lo general el primer síntoma observado era la fiebre sin ninguna otra manifestación, ni síntomas catarrales, ni tos, ni conjuntivitis. Después de varios días de fiebre, que en algunos casos llegó ocho y diez días, el cuadro cambia súbitamente; aparecían en todo su apogeo los síntomas catarrales y al día siguiente la erupción, aparecía extendiéndose rápidamente de la cara a todo el cuerpo. De ahí en adelante el curso era bastante típico y en un todo semejante a la descripción clásica que de esta enfermedad hacen los autores.

El largo período de incubación se presentó tanto en los casos aislados como en los enfermos del Asilo, aunque fue más común en los primeros. En éstos algunas veces el sarampión se llegó a descartar en vista de que pasaban los días y la fiebre seguía y la erupción no aparecía. Se pensaba en trastornos gastrointestinales, en el paludismo, etc., y ni la limpieza intestinal ni la quinina hacían ceder la temperatura. Al aparecer la erupción ésta cedía rápidamente:

Entre las complicaciones fueron de notarse las enteritis, las queratitis, las broncopneumonías. Las enteritis, que algunos autores clasifican como uno de los síntomas de la enfermedad, en éstos casos aparecían varios días después de ceder la fiebre, en el período de descuamación, o bien cuando todo fenómeno agudo había pasado y el niño había entrado en una

franca convalecencia. Se trataba de una diarrea intensa, rebelde, abundante, sanguinolenta a veces, fétida 1 as más, que pronto azotaba al enfermito. En los casos fatales la muerte sobrevino en extrema a dinamia. De 18 casos observados en la clientela privada 5 desarrollaron enteritis lo bastante intensas para poder clasificarlas como complicaciones. De los 37 casos observados en la casa Santa Teresita, 12 desarrollaron enteritis graves. De los 5 primeros, 2 murieron a consecuencia de esta complicación. Entre los 12 últimos no hubo ninguno de carácter mortal.

Las queratitis se observaron en 8 casos de los 37 asilados, una de ellas bastante rebelde a tratamiento.

Las broncopneumonías todas ocurrieron en los enfermos del asilo. Entre los 37 casos se registraron tres con una muerte. Otras afecciones pulmonares observadas fueron: absceso pulmonar, un caso, curado espontáneamente por vómica. Neumonía caseosa que falleció al aparecer la erupción. Este y el de la broncopneumonía mencionado antes fueron los dos casos de muerte en el asilo. Si descartamos el caso de pneumonía caseosa que sería injusto atribuirlo al sarampión, ya que su estado era deplorable al ingresar al asilo y el fin era cuestión de días, tenemos que de los 36 casos restantes uno murió, un porcentaje de 2.77 %, mucho menos del 10 %, aceptado por la mayoría de los autores como la mortalidad en instituciones como el asilo Santa Teresita. Es-

## Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

### *Neurastenia.*

- NO confundáis la cefalea de los jaquecosos, que aparece espasmódicamente, es gravativa y unilateral y está acompañada de náuseas y vómitos, con la de los neurasténicos, en que el dolor casi nunca es agudo y reviste más bien los caracteres de una constricción con pesadez y tensión.
- NO olvidéis que la cefalea de los neurasténicos desaparece generalmente en la noche, al revés de lo que pasa con la de los sífilíticos.
- NO dejéis de examinar los reflejos en los neurasténicos; pero recordad que es muy difícil su examen y que frecuentemente hacen caer al médico en error.
- NO manifestéis desprecio por los padecimientos de los neurasténicos ; cuanta mayor atención les prestéis, más probabilidades tenéis de curarlos.
- NO dejéis de auscultar a los neurasténicos; una lesión cardíaca puede provocar la neurastenia y se corre el peligro de combatir sólo la neurastenia despreciando la enfermedad causal. NO expreséis delante de un neurasténico la causa de su enfermedad, porque la fijará en su espíritu y será muy difícil que la olvide.
- NO abuséis del diagnóstico de neurastenia, que muchas veces sólo sirve para ocultar la ignorancia del padecimiento real.
- NO olvidéis que el reposo es el principal recurso terapéutico en la neurastenia, pero no os conforméis con prescribirlo ; enseñad al enfermo a practicarlo.
- NO impongáis una inactividad absoluta que el enfermo no soportaría; imponedle sólo *que* no se fatigue inútilmente.
- NO impongáis al neurasténico un régimen contrario a -sus tendencias, su educación o a su temperamento; estudiadlo y prescribid trabajos que sin fatigarlo lo distrai-

gan agradablemente.

- NO hagáis diagnóstico de neurastenia sin haberos convencido de que no hay un padecimiento nervioso que pueda haceros caer en error. La melancolía, confusión, mental, demencia precoz y sobre todo la parálisis general, deben ser eliminadas cuidadosamente.
- NO descuidéis la alimentación que es fundamental en el tratamiento.
- NO establezcáis bruscamente la sobrealimentación; imponedla poco a poco.
- NO suprimáis radicalmente el tabaco y las bebidas alcohólicas en los habituados.
- NO impongáis rudamente la hidroterapia fría o caliente; consultad las costumbres y resistencia de cada individuo.
- NO confiéis mucho en el tratamiento eléctrico que obra en algunos casos sólo por sugestión.
- NO apliquéis la alta frecuencia salvo en los hipertensos.
- NO abruméis el estómago de los neurasténicos con fórmulas medicamentosas complicadas.
- NO descuidéis el tratamiento sintomático, pero no pongáis libremente en manos del enfermo los analgésicos e hipnóticos, que han provocado envenenamientos.
- NO olvidéis que el tratamiento moral vale más que cualquier otro recurso terapéutico.
- NO dejéis de imponer el aislamiento en caso necesario.

### *Neuralgias.*

- NO prescribáis de golpe los sellos antineurálgicos sin haber investigado la causa de las neuralgias: caries, abscesos dentarios, nefritis, hipertensión arterial, sífilis, sinusitis, iritis, glaucoma.
- NO olvidéis que el paludismo tiene cierta predilección por los nervios intercostales, sobre todo en la mujer.
- NO olvidéis que la intercostalgia diabética es bilateral, rebelde y dolorosísima.
- NO confundáis la tuberculosis con la neuralgia intercostal de los histéricos que se acompaña de dolores en los vértices y tos.
- NO olvidéis que la mama histérica puede ser confundida con el cáncer.
- NO dejéis de auscultar a los enfermos que se quejan de intercostalgia; frecuentemente encontraréis derrames pleurales.
- NO dejéis de estudiar el carácter del enfermo para descartar la simulación y la exageración.
- NO dejéis de buscar los signos físicos que demuestran la existencia de un dolor: signo de Maunkopff (lentitud, aceleramiento o irregularidad del pulso; dilatación pupilar; borramiento del pliegue glúteo en la ciática; atrofia de las extremidades inmovilizadas por el dolor).
- NO confundáis las neuralgias lumbares de los neurasténicos, que irradian hacia arriba, se desarrollan paulati-

námente y cambian de intensidad, con el lumbago que aparece repentinamente, es consecutivo a una fatiga y desaparece generalmente en poco tiempo. NO olvidéis el tratamiento general, pero recurrid también al sintomático cuando sea necesario.

NO olvidéis la aplicación del calor en los sitios afectados.

NO descuidéis el tratamiento psicoterápico en las neuralgias histéricas o neurasténicas.

#### *Oftalmía simpática.*

NO seáis sistemáticos en vuestro tratamiento.

NO la temáis si la herida del ojo no ha interesado el iris, el cuerpo ciliar o la coroides.

NO la temáis, -sino excepcionalmente, en el glaucoma.

NO la confundáis con glaucoma del ojo opuesto al herido.

NO olvidéis que la oftalmía no aparece después del flegmón del ojo ni del glaucoma absoluto.

#### *Opoterapia.*

NO olvidéis que algunos productos glandulares provocan accidentes tóxicos, sobre todo cuando han sufrido putrefacción.

NO olvidéis que empleando glándulas frescas se ha inculado la tuberculosis.

NO dejéis de prescribir el reposo cuando inyectéis la tiroidina.

NO dejéis de suspender la tiroidina en cuanto aparezcan taquicardia, agitación nerviosa y oleadas de calor.

NO olvidéis que la resistencia a la administración de tiroides varía con los individuos y a veces en el mismo individuo.

NO uséis el tratamiento tiroideo en los ancianos.

#### *Otitis media*

NO hagáis lavados, instilaciones precoces en la otitis externa.

NO prescribáis nunca glicerina fenicada en la otitis media de los niños.

NO la prescribáis nunca si el tímpano ya está perforado.

NO prescribáis lavados antes de la perforación, porque son inútiles y dolorosos.

NO permitáis que los familiares del enfermo hagan los lavados después de la perforación.

NO introducáis láudano en el conducto, porque ensuciáis una región que podéis necesitar operar.

NO os limitéis a cuidar de los oídos; atended la nariz, que es por donde penetra y se entretiene la infección.

NO olvidéis recomendar a vuestros enfermos de rinitis y otitis que no obturen al mismo tiempo ambas fosas nasales al sonarse.

NO hagáis la ducha de aire, que puede infectar el lado sano; preferid el cateterismo de la trompa.

NO olvidéis que la supuración



puede reaparecer aunque haya sido muy combatida la otitis.

NO dejéis de examinar y cuidar las cavidades vecinas y de hacer el tratamiento general.

KO hagáis una terapéutica demasiado activa, tocando innecesariamente el tímpano.

NO olvidéis el tratamiento profiláctico.

NO hagáis diagnóstico en un niño febricitante sin haber examinado el oído y la garganta.

#### *Otitis esclerosa*

NO prescribáis duchas de aire, masaje del tímpano, electricidad. Preocupaos mejor del estado general.

NO bañéis el oído con bálsamos.

#### *Otorrea*

NO la tratéis sin haber examinado el estado general y sin haberos convencido de que no hay pólipos ni vegetaciones adenoides.

NO hagáis jamás tratamientos que no conocéis.

NO exploréis los pólipos y fistulas mastoideas con estilete; podéis romper la dura madre o el seno lateral.

NO permitáis los baños de mar.

NO abandonéis al enfermo sin aseguraros de la integridad de su audición y de la permeabilidad de la trompa de Eustaquio.

#### *Ocena.*

NO hagáis diagnóstico ni tratamiento sin haberos asegu-

rado de que no hay cuerpo extraños, ni secuestro sifilítico.

NO paséis inadvertida la anosmia.

NO confundáis el olor pútrido de la ocena con el de los tejidos necrosados por la sífilis.

NO os engañéis ni engañéis al enfermo con las mejorías transitorias que se observan en el curso de la ocena.

NO olvidéis que la respiración defectuosa del ocnoso produce serios trastornos cardiacos, laríngeos, brónquicos y pulmonares y a veces tuberculosis.

¡NO hagáis lavados violentos; podéis infectar el oído.

#### *Obesidad.*

NO os atengáis a un sólo signo para diagnosticar la obesidad. La relación entre la altura y el peso, y el espesor de los pliegues de la piel del abdomen, conforme al método de Oede, deben ser buscados cuidadosamente.

NO olvidéis que frecuentemente la obesidad pasa inadvertida y que provoca varios padecimientos que son atribuidos, sin razón, a otras causas.

NO penséis exclusivamente en el corazón, en presencia de la dispnea de los obesos, que depende también de congestión pulmonar pasiva, por falta de expansión de los pulmones.

NO descuidéis el catarro seco y

- el pseudo asma de los obesos, que puede ser confundido con el asma verdadero; la presencia de células eosinófilas en el esputo, aclara el diagnóstico.
- NO os alarméis por albuminuria que se observa frecuentemente en los obesos y que es atribuida sin motivo a congestiones o inflamaciones renales. Si la orina es abundante y de densidad normal, y sobre todo, si no contiene cilindros, no hay motivo de alarma.
- NO olvidéis que en los obesos puede presentarse el ácido diacético en la orina y aun ligera acidosis que carecen de importancia.
- NO confundáis el hambre dolorosa de los obesos con la de los neurasténicos y los portadores de úlcera gástrica.
- NO olvidéis que los dolores de la hernia de la línea blanca de los obesos son tan intensos, que pueden ser confundidos con los del cólico hepático y de úlcera del estómago.
- NO descuidéis los dolores pseudogástricos de los obesos, que dependen del reblandecimiento del páncreas. La falta de régimen alimenticio en estos casos provoca la muerte rápida.
- NO dejéis de pensar en los padecimientos biliares en los obesos que tienen trastornos gástricos oscuros.
- NO olvidéis que la obesidad y los trastornos genitales están ligados. Aquella y éstos pueden ser causa o efecto.
- NO confundáis los dolores del pie valgo de los obesos con los de la claudicación intermitente. Ambos aparecen con la fatiga, pero los primeros son de preferencia huesosos.
- NO impongáis un régimen fastidioso ni deprimente.
- NO dejéis de tomar en cuenta la profesión del enfermo al prescribir un tratamiento, que no puede ser el mismo para un intelectual que para un artesano.
- NO suprimáis por completo la carne.
- NO prescribáis baños de vapor a los cardíacos, nerviosos, hipotensos e hipertensos congestivos.
- NO deis tiroides a los obesos que padecen de agotamiento nervioso y anemia.
- NO hagáis pronóstico favorable de la obesidad en los individuos con antecedentes artríticos: gota, diabetes, litiasis.
- NO olvidéis la frecuencia de la hemorragia cerebral en el obeso pletórico con hipertensión.
- NO hagáis pronóstico favorable de la obesidad precoz.
- NO olvidéis que la obesidad es más grave en el hombre que en la mujer.
- NO creáis que curar a un obeso significa enflaquecerlo, sino hacer desaparecer su trastorno distrófico y los síntomas funcionales que acompañan ese trastorno.
- NO prescribáis el mismo régi-

- men para todos los obesos; pero, en regla general, prohibid, el exceso de pan; harinas, azúcar, grasa, alcohol, agua y sal.
- NO impongáis a las mujeres un ejercicio fuerte que les hace perder mucho volumen, pero no mucho peso.
- NO impongáis bruscamente el ejercicio físico.
- NO impongáis un tratamiento sin estudiar la capacidad respiratoria y cardiovascular del enfermo.
- NO prescribáis un régimen gimnástico indefinido; examinad a vuestro enfermo frecuentemente.
- NO prescribáis las marchas lentas y cortas que, lejos de enflaquecer, engordan.
- ¡NO prescribáis la marcha en terreno accidentado, sino a los individuos con sistema circulatorio normal que se hayan preparado paulatinamente.
- NO prescribáis la carrera a pie, sino a los jóvenes que han alcanzado un desarrollo completo.
- NO prescribáis la esgrima que sólo exige movimiento a determinados grupos musculares.
- NO empleéis los purgantes de una manera sistemática.
- NO empleéis el ejercicio físico, ni la digital, en los enfermos que tienen infiltración grasosa intersticial del corazón.
- NO prescribáis los ejercicios a los obesos que padecen de angina de pecho. NO permitáis café, té, tabaco, alcohol si hay eretismo cardíaco.
- NO hagáis opoterapia, sobre todo tiroidea, en los obesos gotosos.
- NO deis fuertes dosis iniciales de glándula tiroidea en los obesos tiroideanos.

#### *Osteomielitis.*

- NO hagáis tratamiento médico, salvo que dispongáis de una buena vacuna.
- NO vaciléis en abrir un gran canal en el hueso y en raspar más allá del tejido enfermo.
- NO dejéis de hacer la resección cuando el foco huesoso comunica con una articulación supurada.
- NO operéis cuando la osteomielitis sea de origen tuberculoso, salvo que el dolor sea insoportable o el estado general se agrave.
- NO la confundáis con el reumatismo que hincha las articulaciones y no las epífisis.

#### *Oclusión intestinal.*

- NO la confundáis con la hernia estrangulada, fácil de descubrir con una exploración ordenada.
- NO dejéis de pensar en la oclusión intestinal incompleta cuando se presenta en el mismo segmento del intestino, un tumor y contracciones dolorosas, que desaparecen al cabo de algunos segundos con un gorgoteo que puede ser oído a distancia.

- NO esperéis que este fenómeno se produzca, o que el enfermo lo acuse; permaneced largo tiempo cerca del enfermo y provocadlo por medio de palpaciones.
- NO os baséis en la falta de vómitos para rechazar la idea de oclusión incompleta; son muy tardíos en la oclusión baja.
- NO esperéis siempre para operar haber hecho un diagnóstico seguro de oclusión aguda; hay casos- en que la muerte viene sin que el cuadro clásico de oclusión se presente.
- NO confundáis la oclusión aguda con la peritonitis, en la que la emisión de gases y materias fecales no está absolutamente suprimida, y en la que los vómitos verdes y biliosos casi nunca son fecaloides.
- NO olvidéis que la invaginación es la causa más frecuente de oclusión en los niños menores de 4 años.
- NO confundáis la oclusión, que es siempre apirética, con la peritonitis en la que., salvo cuando es debida a perforación y que evoluciona en 2 o 3 días, siempre hay fiebre.
- NO olvidéis que el dolor es más superficial, generalizado y exquisito en la peritonitis que en la oclusión.
- NO dejéis de hacer el tacto rectal que provoca dolor en la peritonitis y no en la oclusión.
- NO confundáis la oclusión con la parálisis que provocan los cólicos nefríticos y hepáticos; el sitio del dolor y la irradiación en ambos y la ictericia de los segundos permite establecer la diferencia.
- NO olvidéis que la uremia puede provocar signos de oclusión.
- NO dejéis de buscar un ligero derrame que es muy frecuente en la peritonitis y no existe en la oclusión.
- NO confundáis la oclusión con la enfermedad de Hirschprung.
- NO olvidéis que el opio, que parece absolutamente contraindicado, da resultados notables en las pseudoclusiones reflejas de origen doloroso.
- NO empleéis purgantes - violentos cuando haya amenaza de oclusión; perdéis un tiempo precioso y aumentáis la tensión intestinal.
- NO empleéis purgantes fuertes en la obstrucción estercoral.
- NO esperéis ni un minuto para operar una obstrucción grave ni más de dos días para operar una forma benigna.

*Rica? do D. Alduvín.*

—Continuará.— . .

## MICCIÓN EN DOS TIEMPOS

Es la necesidad de orinar acompañada de expulsión de orina, cinco a quince minutos después que el enfermo ha evacuado su vejiga. Al terminar la primera vez siente una sensación de bienestar y minutos más tarde, nunca más de quince, nueva necesidad, expulsando a veces una cantidad apreciable de orina casi como en la primera.

El fenómeno para ser característico debe tener una constancia invariable para no confundirlo con las micciones de los nerviosos que detienen bruscamente su micción para terminarla momentos después, en ese caso es irregular y los pacientes no experimentan la sensación de haber evacuado la vejiga la primera vez.

En dos enfermedades se presenta la micción en dos tiempos: divertículo de la vejiga y algunas veces en la arruga interuretral. En el primer caso la explicación es sencilla: la vejiga se vacía al provocar la orina en cantidad suficiente la contracción de sus paredes, pero el divertículo no; momentos después de haber terminado la micción, la orina del divertículo cae a la vejiga provocando nuevos deseos y realizándose la segunda micción. En la otra enfermedad no es frecuente pero se presenta de vez en cuando: cuando la arruga es demasiado hipertrofiada forma una barrera al trigono que separa dos cavidades que se contraen en tiempos diferentes.

### *Neumatúria.*

Es la salida de gaz por la uretra al momento de la micción. El enfermo siente al final de la micción un borboteo o ruido característico en la extremidad de la uretra y ve en las últimas gotas al nivel del meato una espuma o burbujas de aire; no causa ningún dolor, cuando más una sensación de cosquillas a lo largo del canal.

Existe la neumatúria por penetración de gaz en el aparato urinario y neumatúria por formación de gaz en el mismo.

Pertenece al primer tipo etiológico: la introducción de gaz en ocasión de lavados vesicales, sin interés alguno; fístula en la uretra de un flemón gaseoso como en la infiltración de orina; una pericistitis supurada a microbios anaerobios abriéndose a la vejiga; consecutiva a una fístula entero-vesical, la más frecuente de todas, pues a veces es el síntoma inicial o único al principio, esa neumatúria se acompaña cuando la comunicación es amplia de restos alimenticios o materias. Hará pensar en las fístulas entero-vesicales de origen canceroso y abre el camino de la investigación clínica, radiológica y cistoscópica.

La formación de gaz en el aparato urinario se verifica por fermentaciones y en especial de la glucosa que al desdoblarse produce alcohol y ácido carbónico. En esos casos puede no encontrarse azúcar en la orina,

debiendo buscársele en la sangre. Puede también la orina transformarse por fermentación de origen infeccioso a condición de que la orina purulenta se estanque sea por retención piélica, por retención vesical, hipertrofia de la próstata, estrechez de la uretra, atonia vesical debida a lesión medular. Con mayor frecuencia la formación de gaz se hace en la cavidad vesical, a veces en la pelvis renal, comprobándose por la cistoscopia que muestra la salida de burbujas por los orificios ureterales. Aunque no está bien determinada la naturaleza de los microbios productores de gaz se incrimina con insistencia el bacillus lactis aerogens y el bacillus aerogens capsullatus, cuyas propiedades aerógenas son bien conocidas. Se piensa también en el bacterium coli común.

En presencia de una neumatúria pensar primero en fístula entero-vesical; la presencia de materias, la cistoscopías y la cistoradiografía deciden. Si estas exploraciones son negativas, investigar glucosa en la orina y sangre y en caso de no encontrar nada, atribuir la neumatúria a descomposición de las materias albuminoideas de la orina a causa de la infección.

Las debidas a abertura de flemones gaseosos a la vejiga o uretra son neumatúrias que ante los demás síntomas pasan a segundo término.

#### *Fístulas vesicales*

Tres tipos de fístulas vesicales hay: vesico-vaginales, vesico-

intestinales y vesico-cutáneas. Son de origen traumático, infeccioso, neoplásico y rara vez congénital.

La salida de orina por la vagina, el intestino o la piel son suficientes para sentar el diagnóstico.

Las fístulas vesico-vaginales y **vesico-cervicouterinas** provienen generalmente de un traumatismo: un parto prolongado en que la cabeza del feto comprime largo tiempo la vejiga contra el pubis, fórceps, basiotripsia, histerectomía. La infección produce pocas fístulas. El cáncer con mayor frecuencia. La aplicación de radio en el cuello uterino.

El trayecto fistuloso desemboca en la parte media del cuello del útero, en el cuello y la vagina o sólo en la vagina a diversas alturas. La cantidad de orina escurrida varía según el tamaño de la pérdida de sustancia, cuando es muy grande desaparece toda micción por el meato. Varía también según la posición de la enferma y es continua o intermitente. Es una enfermedad atroz, irrita la vulva, la exulcera y comunica al paciente un repugnante olor amoniacal.

Las fístulas amplias se tocan y ven con el espéculo con facilidad. Las pequeñas requieren la inyección por la uretra a la vejiga de un líquido coloreado, secando previamente la vagina para colocar un tapón de algodón en el fondo. Según el sitio coloreado del tapón se averiguará la altura del orificio. Por medio de la cistoscopia que

muestra una zona edematosa o de tejido botonoso al nivel del orificio se hace también el diagnóstico.

Las fistulas vesico-vaginales sólo podrían confundirse con la continencia, pero en ésta la orina escurre por la uretra. En la fistula uretero-vaginal la orina sale por la vagina, pero existen micciones normales, la solución coloreada no sale por la vagina, la cistoscopia muestra una vejiga sana, el cateterismo de los uréteres indicando el deteni-miento de la sonda al nivel de la fistula harán el diagnóstico. El caso es más fácil cuando la pérdida de sustancia comprende la vagina, la vejiga y el uréter.

Las fistulas vesico-intestinales provienen también de traumatismos, infecciones y neoplasias. Rara vez traumatismos, cáncer con frecuencia, menos peritonitis supuradas con adherencias vesico-intestinales. Heridas por arma de fuego, cuerpos extraños de la vejiga. Cáncer del colon pélvico y del recto. Las infecciones banales, la tuberculosis, la sífilis, la actinomicosis.

Clínicamente las fistulas vesico-intestinales se traducen por neumaturia; la aparición de restos alimenticios por la uretra adquiere un valor patognómico. Se observa piuria vesical y cistitis. La orina puede evacuarse al intestino en su totalidad pero frecuentemente se hace en pequeña cantidad, suficiente para producir evacuaciones líquidas o fuertemente diarreicas.

La cistoscopia y cisto-radio-

grafía deciden el diagnóstico.

La naturaleza de la fistula se investiga por los antecedentes traumáticos, infecciosos, neoplásicos, Wasserman.

Las fistulas vesico cutáneas son traumáticas: heridas de la vejiga por proyectiles, instrumentos picantes, fragmentos óseos provenientes de fracturas de la pelvis. Después de cistostomía por prostatectomía, después de cura de hernia inguinal con herida de la vejiga, accidental. Son infecciosas en la pericistitis, en las cicatrices de cistostomía por nueva infección vesical. Excepcionalmente congénitas.

Los agujeros externos de la fistula se ven en la región inguinal, perineal o glútea.

Las fistulas vesico-ombilicales congénitas son raras; aparecen al nacimiento o al caerse el cordón; en la edad adulta en ocasión de estrechez uretral o hipertrofia de la próstata.

#### *Paro del chorro*

Se observa debido a la menor obstrucción temporal del cuello vesical durante la micción: espasmo enérgico del esfínter, interposición de cuerpo extraño, en cuyo caso desaparece al cambiar de posición el enfermo y nunca se presenta durante la micción en decúbito dorsal. En los nerviosos el espasmo del esfínter motiva el paro, no cede a los cambios de posición y se produce igualmente en posición horizontal.

O. M,

## LOS ESPERMO-CULTIVOS

*Por el Dr. Rafael Morales*

Aunque esta prueba no sea muy frecuentemente pedida por los clínicos, me parece **interesante** insistir sobre ella, marcando especialmente la técnica seguida por mi en mi laboratorio particular.

Esta prueba queda para aquellas uretritis crónicas en que la bacterioscopia ya no manifiesta el diplococo de Neisser en bacterioscopias sucesivas (control de curación).

1"—Debe prepararse al enfermo durante 5 a 6 días antes de la prueba, haciéndole ingerir cierta cantidad de cerveza diaria (una botella o dos botellas de las corrientes). Prefiero este medio a las instilaciones de nitrato que irritan demasiado la mucosa uretral, dando a veces un verdadero flujo aséptico.

El día de la prueba — que puede ser a cualquiera hora de día — deberá el enfermo tomar un baño general de limpieza, si no lo acostumbra diariamente.

2Q\_ Elementos de que debe disponer el laboratorio: una caja de petri de 15 c. de diámetro, un par de guantes para el enfermo, vaselina líquida, todo esterilizado al autoclave a 120° durante 20 minutos.

Medios de cultivo: gelosa ascitis, gelosa sangre — 2 tubos de cada una — por lo menos. Todos estos elementos deben llevarse a la estufa a 37° hasta el momento de la prueba.

39—prueba. Llegado el enfermo deberá procederse a un la-

vado total del pene con alcohol corriente 45 grados Cartier) insistiendo en los pliegues del prepucio y para terminar unas cuantas gotas de alcohol absoluto sobre el meato, hacer orinar al enfermo y dejar caer unas cuantas gotas de alcohol absoluto sobre el meato. Luego se procede a enguantar al enfermo, poniendo unas cuantas gotas de vaselina líquida sobre los guantes.

Una vez obtenido el licor espermático, se lleva rápidamente la caja de Petri a la estufa y se aprovecha el licor retenido en la uretra para la siembra de un tubo de gelosa sangre y ascitis, puede también cultivarse un tubo con caldo suero-humano o ascitis.

La caja de Petri se lleva — como he dicho — a la estufa; a la media o una hora el licor se homogeneiza y entonces está listo para la citobacterioscopia y nuevas siembras, en los mismos medios.

La cito bacterioscopia es de suma importancia porque por ella nos daremos cuenta de la normalidad o anormalidad del licor espermático y se podrá ver el gonococo, así como muchos detalles que el bacteriólogo podrá comunicar al clínico.

La espera para el crecimiento del gonococo es de cuatro días no pasando de 6; generalmente el gonococo no crece solo sino acompañado de estafilococos u otro germen banal; hay que ob-



servar cuidadosamente las cercanías de estas colonias para descubrir las discretas de gonococo no bien manifiestas a veces. En todo caso estas colonias satélites deberán tomarse cuidadosamente con la punta del hilo de platino y reseñarse en la propia gelosa, si hay espacio suficiente o en una nueva. La bacterioscopia de estas colonias después de coloración al Gram (recomiendo el Gran-BurKe), nos pondrá de manifiesto cocos gram-negativos.

Esta es la parte delicada de la observación, porque podríamos confundir el gonococo con colibacilos cocoides, muchas veces más coloreados en sus polos, simulando un verdadero gonococo en grano de café. También puede observarse estafilococo a gram-negativos, por involución o por circunstancias desconocidas.

En tal caso basta sembrar estas colonias dudosas en cualquiera de los medios para gonococo y dejarlos a la temperatura ambiente, si estas siembras

no prosperan indudablemente se trata de un gonococo. También conviene, para mayor seguridad del diagnóstico, recurrir a la gelosa ascitis glucosada tornasolada, como sabemos la glucosa es el único azúcar que fermenta el gonococo.

La innovación introducida al método radica en el cultivo del «licor espermático tomado directamente de la uretra\* después de la eyaculación, en esta forma las contaminaciones extrañas se reducen al mínimo y en caso de gonococo negativo el medio queda estéril.

Este tiempo, pues, tiene mucha importancia y deberá hacerse con el mayor cuidado, limpiando el meato con una torunda de algodón empapado en algodón absoluto, luego exprimiendo la uretra de atrás adelante e introduciendo el asa de platino hasta donde se pueda para lograr el producto lo más puro posible.

Guatemala, Enero 1936.

—De "*Guatemala Médica*".

## Como tratar las afecciones pulmonares agudas

*Neumonías — Bronco neumonías Congestiones pulmonares y pleuropulmonares*

*Por el Prof. Jean Minet  
Lille (Francia)*

La terapéutica de las enfermedades pulmonares agudas es siempre de actualidad, no obstante los notables progresos realizados en los últimos años.

"Medicina Latina" me ha hecho el honor de pedirme un artículo, y creo poder interesar a sus lectores exponiendo esta cuestión tal como la concibo.

Seré breve en lo que se refiere a los métodos llamados "usuales," higiene, alimentación, medicaciones externas, quimioterapia, etc.

Me extenderé sobre todo en los procedimientos biológicos hoy día en boga en el tratamiento de las afecciones pulmonares agudas.

Para comodidad de la exposición, emplearé siempre el término "Pneumonía," bien entendido que lo utilizo en el sentido más amplio posible, agrupando artificialmente así todas las afecciones pulmonares agudas de todas las edades.

### *Higiene de los pneumónicos*

La higiene de los pneumónicos es la de las infecciones en general: habitación bien aireada, posición semisentada en el lecho, desinfección de los esputos que pueden extender el contagio, etc.

La alimentación debe comprender el alcohol u otros esti-

mulantes difusibles, para sostener las fuerzas del enfermo. El alcohol, en sus diversas formas, responde mejor que la quinina y las sales de amoníaco a esta indicación, pues éstas, irritan a menudo el estómago. Se puede administrar en poción de Todd, en ponches, o en forma de vinos generosos de Bordeaux, de Champagne, etc.. Para un adulto es necesario prescribir alrededor de unos 60 gr. de coñac o de ron en 24 horas, o de 250 a 400 grs. de vino; para un niño, se darán de 15 a 30 grs. de coñac o 50 a 150 grs. de vino.

Nunca, salvo en casos especiales, debe someterse a los pneumónicos a dieta; pues ellos tienen necesidad de conservar sus fuerzas, ya que las pleuresías metapneumónicas son a menudo frecuentes en los enfermos debilitados por su pneumonía y que no han sido suficientemente alimentados. Es conveniente alimentar a los pneumónicos, con huevos, peptonas líquidas o en polvo, jugo de carne, etc. La leche será tomada en abundancia en pequeñas cantidades cada vez, fría o caliente, como alimento y como diurético.

### *Medicación externa*

Por mi parte he renunciado casi completamente a la revul-

sión; ésta es penosa para el enfermo y sus resultados son francamente inferiores a los que proporcionan los baños y envolturas húmedas; este es también uno de los procedimientos a los que recorro en todos los casos.

Lo que es preferible, en un caso de neumonía hiperpirética con pulso frecuente y trastornos nerviosos, en una palabra, en la forma ataxo-adinámica, son los baños calientes a 35.9 grados cada tres horas, como se hace en la fiebre tifoidea, después del método Brandt por los baños fríos ejercen una acción sedante sobre el sistema nervioso y favorecen las secreciones cutáneas y urinaria.

En las neumonías graves, ordeno baños calientes a 39° repetir tres o cuatro veces en las 24 horas. Así aumentan las secreciones y por consecuencia ayudan al organismo a desembarazarse de las toxinas; ejercen sobre el sistema nervioso una acción quizá menos marcada que la de los baños tibios, pero no obstante muy apreciable. Conducen a una transpiración abundante y a menudo, a continuación, a una notable baja de la temperatura.

No empleo con gusto los baños fríos, a menudo penosos y rehusados por el enfermo, ni tampoco las envolturas frías. Pero cuando los baños no pueden ser dados, los reemplazo por la envoltura del tronco con algodón empapado en agua caliente y rodeado de tafetán engomado. Esta envoltura conduce a una transpiración abundante y anticipa la crisis salu-

dable. Es un método muy práctico, que no dejo de recomendar, sobre todo a los niños. Para realizarlo, se envuelve completamente el tronco del niño por delante y por detrás, con un gran trozo de algodón escotado por debajo de las axilas, y previamente introducido en agua caliente y exprimido después. Se recubre con un trozo de tela engomada, de dimensiones algo superiores y se fija todo rápidamente mediante algunas vueltas de venta. El tórax del niño queda así mantenido en cierto modo en un baño caliente continuo, que contribuye a descongestionar el pulmón y a disminuir la excitación nerviosa.

Casi siempre, el dolor de costado causa una molestia y dificultad respiratoria que es necesario hacer desaparecer. Se llega a ello, bien por medio de la aplicación de unas ventosas secas o escarificadas o bien, de preferencia, poniendo una inyección de morfina "loco-dolenti"; la acción de ésta es casi inmediata.

#### *Medicación descongestiva*

Si bien casi no utilizo las caplasmas, sinapismos y otros revulsivos, reservo sin embargo a la medicación descongestiva un lugar importante.

Según los casos, se hace la derivación por medios diferentes. Si se trata de una neumonía de tipo congestivo en un individuo joven y vigoroso, con temperatura elevada, rostro congestionado y grandes molestias respiratorias, no es preciso

dudar en hacer en el brazo una sangría de unos 300 gr. que en este caso particular puede proporcionar los mayores servicios restringiendo los fenómenos respiratorios graves.

Si la sangría no es posible, por no parecer el enfermo muy robusto, se la reemplaza por sanguijuelas o por ventosas escarificadas, en número variable, según la intensidad de los trastornos producidos por la congestión y según la resistencia del sujeto.

Finalmente, cuando la extracción sanguínea deba ser completamente rechazada, se recurrirá a las ventosas secas, aplicadas en la región enferma y repetidas mañana y tarde durante todo el tiempo necesario. Esta derivación cutánea no es de gran utilidad, pero satisface a las relaciones familiares, y esto tiene su importancia.

En ningún caso debe ponerse vejigatorios. Aplicados al comienzo de la neumonía, durante el período congestivo, no tienen nunca la menor acción sobre el fenómeno que se quiere combatir; aumentan los trastornos nerviosos por el dolor y el insomnio que provocan; y lo que es más grave, pueden paralizar el riñón, cuyo buen funcionamiento es tan necesario en la neumonía.

Casi siempre es útil activar la defecación, mediante laxantes o enemas, a menos de que haya diarrea. Se obtiene así una eficaz derivación y se impiden las fermentaciones activas y absorciones pútridas.

### *Quimioterapia*

La quimioterapia de la neumonía y de las afecciones pulmonares agudas es extremadamente abundante y rica. No puedo darla en todos sus detalles por lo que me limitaré a exponer lo que hago, del andaparte medicaciones quizá útiles, pero cuya utilidad me ha parecido inferior a la de los procedimientos que voy a describir de pasada.

La medicación tónica cardíaca es el complemento necesario<sup>1</sup> de la medicación descongestiva, externa. Al luchar contra el obstáculo que crea la hepatización pulmonar, el corazón se fatiga poco a poco y termina por debilitarse. Conviene dar los tónicos cardíacos desde el comienzo de la enfermedad, antes de que este órgano se debilite; pues entonces es ya muy difícil volver a colocarlo en buenas condiciones.

La medicación que me parece mejor, consiste en utilizar el alcanfor y la adrenalina; yo hago inyectar 5 c. c. de aceite alcanforado al 1-109, o alcanfor soluble, y medio miligramo de adrenalina, mañana y tarde en los casos medios, y de tres o seis veces por día, en los casos más graves.

No empleo con gusto la digital ni la digitalina, a pesar de lo extendido de su uso, pues estos medicamentos son notablemente activos en casos de lesiones antiguas de corazón, llegados o no a la asistolia, por lo tanto prefiero en caso de amenazas de localizaciones infecciosas en el

corazón, el uso del alcanfor y de la adrenalina.

Yo agregó en ciertos casos a estos medicamentos la estriquina (dos a tres miligramos por día), cuando el músculo cardíaco parece debilitarse; la misma jeringa sirve entonces para las tres soluciones, e inyecto a la vez, alcanfor, estriquina y adrenalina.

La cafeína es útil a veces, de preferencia en inyecciones subcutáneas, o si el enfermo las rehusa, en poción. La dosis será variable: de 0'50 a 1'50 por día.

Cuando el corazón se deprime "bajo la influencia de la infección, y comienzo a observar algunas irregularidades, aconsejo vivamente colocar sobre la región precordial una vejiga de hielo, o compresas empapadas en agua helada, renovadas a menudo y mantenidas en su lugar.

La medicación antitérmica me parece inútil y no la empleo nunca; se corre el riesgo de modificar la curva térmica, sin ninguna ventaja para el estado general del enfermo, sino al contrario.

Sólo los baños y envolturas húmedas como hemos indicado anteriormente serán susceptibles de ser utilizadas con provecho.

La medicación diurética, realizada por bebidas abundantes, no requiere drogas.

A veces, una inyección cotidiana o bicotidiana de suero artificial salino o azucarado proporcionará alivio a los enfermos que no se alimentan.

La medicación antiséptica no me ha parecido jamás de ningun-

na utilidad, y no la prescribo en ningún caso.

#### *Tratamiento biológico*

Al lado de los diversos procedimientos de tratamiento expuestos brevemente más arriba, dos métodos biológicos se disputan hoy día el favor de los médicos en la terapéutica de las afecciones pulmonares agudas, la sueroterapia y la vacunoterapia.

#### *Sueroterapia*

La sueroterapia de las afecciones pulmonares agudas se refiere esencialmente a las afecciones pneumocócicas. El pneumococo tipo microbiano que parecía tan claro en la época del descubrimiento de Thalomón y Fraenkel, ha sido recientemente desmembrado y sabemos hoy que existen un cierto número de ti-

En presencia de un pneumónico y para hacer una sueroterapia útil es preciso ante todo identificar el tipo de pneumococausal; esta identificación se hace en los esputos o por punción del pulmón o también mediante el hemocultivo; se aísla el germen y se identifica mediante la ayuda de sueros aglutinantes experimentales. Se obtiene así, bien un germen pura tipo 1, 2, 3, 4, bien tipos mixtos 1-4-2, o 2-3-4 (estos tipos mixtos se observan sobre todo en la broncopneumonía). Una pleuresía que complique una pneumonía, puede ser ya del mismo tipo, y aun ser debida a un microbio diferente (estreptococo).

Estas nociones son indispensables para comprender la dificultad que hay para aplicar a una afección neumónica un suero apropiado; ya que mientras se procede a la identificación del germen, la pneumonía continúa evolucionando, y el suero bien adaptado al microbio causal corre el riesgo de llegar demasiado tarde. También en espera del resultado de esta identificación (son necesarias 48 horas por término medio), puede mezclarse una parte de suero anti-pneumocócico tipo I, con dos partes de suero tipo 2, puesto que estos son a menudo los tipos causales; pudiendo acudir, una vez identificado el germen, al suero del tipo aislado. Se encontrará por lo demás, en el comercio, un suero antipneumocócico que se dirige en esta forma a los tipos más corrientes.

Este suero anti-pneumocócico debe ser inyectado por vía venosa, ya que la vía cutánea es poco activa. Se le diluye con 5 a 10 partes de agua salada fisiológica (40 c. c. de suero en 250 a 300 c. c. de agua salina). Se empleará templado. Debe hacerse esta inyección muy lentamente (en 25 a 30 minutos). Se la renovará dos o tres veces con 24 o 48 horas de distancia; los americanos llegan hasta repetirla cada 8 horas. Los resultados son alentadores; diversas estadísticas publicadas en América y en Francia han demostrado que se dispone, con esta sueroterapia, de un arma verdaderamente efectiva contra las afecciones pneumocócicas.

Pero lo que he dicho acerca de

la técnica de su empleo (necesidad de la identificación del germen, suero bien específico, inyección intravenosa), y lo que se sabe acerca de las reacciones séricas frecuentemente tan violentas, que da este suero, no obstante las precauciones empleadas. ..., muestran toda la dificultad y la delicadeza de su empleo. En realidad, esta sueroterapia no ha entrado todavía en el dominio de la verdadera práctica.

#### *Vacunoterapia*

No es lo mismo con la vacunoterapia. Nacida en Inglaterra, después de los trabajos de Wright, la vacunoterapia de las afecciones pulmonares ha sido estudiada en un cierto número de publicaciones aisladas. No se ha emprendido sobre esta cuestión ningún trabajo de conjunto anteriormente a las investigaciones realizadas por el doctor Benoit en colaboración conmigo, hace aproximadamente unos 15 años. Después de estos, numerosos autores han confirmado nuestros primeros trabajos y obtenido con la vacunoterapia resultados análogos a los nuestros.

El doctor Benoit y yo, hemos pensado utilizar verdaderas autovacunas pero rápidamente; su preparación ha parecido poco práctica debido a la desigual rapidez de desarrollo de los gérmenes contenidos en los esputos, pues, en efecto, casi no era posible reproducir la «imagen» de la flora pulmonar.

Hemos empleado a continuación, vacunas de un tipo espe-

cial que hemos llamado «vacunas adaptadas», intermedias entre las auto-vacunas y las stock-vacunas. Tras una meticolosa numeración de los gérmenes de los esputos, reproducimos fielmente con, ayuda de troncos microbianos diversos, la flora bacteriana del enfermo; obtenemos así una vacuna mixta bien adaptada a esta flora y variable con cada sujeto.

Pero si bien este proceder de preparación era práctico para las afecciones crónicas del pulmón, lo era menos para las enfermedades subagudas y nada para las agudas. En estas afecciones, es preciso actuar lo más rápidamente posible, y la fabricación de una vacuna adaptada a la flora de los esputos, produciría un recargo demasiado perjudicial para el paciente. Por ello hemos resuelto utilizar para las pneumonías, bronconeumonías, congestiones pulmonares, un stock-vacuna, conteniendo los huéspedes más frecuentes de las vías respiratorias, en las proporciones que nos han parecido más reales, y frecuentes. Hemos tenido la feliz sorpresa de llegar con estos stock-vacunas a resultados **tan** excelentes como los obtenidos, con las vacunas adaptadas, en las afecciones respiratorias crónicas.

Actualmente, y desde hace ya largo tiempo, para las afecciones pulmonares agudas nos hemos detenido en la fórmula siguiente:

Pneumococos . . .	100 millones	
Estreptococos . . .	50	
Estafilococos . . .	350	„
Enterococos.....	100	
Piociánicos.....	600	„

■La adición del piociánico ha aumentado de modo muy notable la acción de la vacuna, por razones todavía oscuras que sería enojoso discutir aquí.

Empleando la vacuna en pneumonías, bronco-pneumonías, y congestiones pulmonares agudas, unas veces he obtenido a **manera** de un shock, con una reacción general intensa y una expectoración que recordaba la del edema agudo pulmonar, shock que era seguido con extraordinaria rapidez de la curación completa. Otras, por el contrario, siendo igualmente rápidas en la acción, no he visto producirse ninguna expectoración; las vías aéreas han sido en cierto modo secadas bruscamente. Otras veces no he comprobado acción inmediata evidente, pero no por ello se ha beneficiado menos el estado general de los enfermos, de la terapéutica por la vacuna, ya que

les ha permitido conducir hasta el **fin** con una euforia verdaderamente notable, pneumonías o bronco-pneumonías extremadamente graves.

He inyectado vacunas durante infecciones pulmonares agudas en niños, adultos y viejos. Siempre o casi siempre, he logrado resultados satisfactorios, inmediatos o a largo plazo. El fracaso ha sido excepcional. No he observado nunca accidentes; y sin embargo no acepto más que una sola contraindicación, la presencia de una nefritis crónica anterior.

Estimo que al encontrarse ante una afección pulmonar aguda simple sin complicación cardíaca, renal, o de otro género, puede inyectarse de golpe una ampolla de stock-vacuna y repetir la inyección todos los días. Si el corazón y el riñón están ya atacados por la infección, será conveniente comenzar por la dosis de medio centímetro cúbico. En los casos de nefritis anterior, es necesario utilizarla con extrema prudencia.

Ha sido en los niños donde he obtenido resultados a la vez más constantes y más rápidos, cualquiera que fuera el origen de la infección primitiva o consecutiva a una roseóla, coqueluche, etc. La inyección se hará bajo la piel, como en el adulto, a la dosis de un cuarto de c. c. en los lactantes, de medio c. c. en los niños y de un c. c. en los adolescentes. Se aumenta poco a poco la dosis si la tolerancia es buena, hasta llegar a 1 c. c. y 1 y medio c. c. aun en los niños de corta edad.

En cuanto a la repetición de las dosis, deberá variar según los casos. De ordinario con una inyección cotidiana será suficiente.

En los casos más grave acostumbro a poner una inyección mañana y tarde. Finalmente,, debe preservarse en la terapéutica con la vacuna sin interrupción, hasta el descenso definitivo de la temperatura; toda detención prematura expone a recaídas y a nuevos brotes.

Algunos autores han preconizado recientemente la acción conjunta de la sueroterapia y vacunoterapia. Este método, a primera vista seductor, no ha sido todavía suficientemente comprobado; tiene por otra parte los mismos inconvenientes, que la sueroterapia sola, en lo **que** se refiere a las reacciones, séricas inmediatas y tardías. Por lo demás no me ha parecido superior a la vacunoterapia.

En resumen, la terapéutica de las afecciones pulmonares agudas está hoy bien dotada; será tanto mejor cuanto más juiciosamente se haga la elección y se combinen los procedimientos antiguos y los nuevos métodos, sabiendo completar aquéllos por éstos.

**Esta** es una de las mejores: respuestas que pueden darse a los espíritus **escépticos** o pesimistas, y también a los "Laudadores temporis acti" que, o bien son rebeldes a los nuevos, tratamientos, o bien afirman (y esto se ve también a veces hoy día), la inutilidad de la terapéutica.



## REVISTA QUIRÚRGICA

*Sangría en la reacción post-operatoria de los Basedowianos*

Lang de Koenisberg en Zentralblatt für Chirurgie se declara partidario de la sangría para combatir los accidentes tóxicos post-operatorios en los Basedowianos como cianosis, hipertensión, trastornos respiratorios. En un caso del autor una sangría de 150 gramos fue suficiente para detener inmediatamente una inquietante agitación aparecida al siguiente día de la operación.

La administración de yodo antes de la operación ha disminuido notablemente los accidentes post-operatorios.

*Reumatismo agudo de forma abdominal observado en los Servicios de Cirugía*

H. Støren de Ullevaal en Norsk Magazin for Laegevidenskaben refiere que cinco veces ha visto poner en servicios de cirugía enfermos cuyos dolores abdominales no eran sino el principio de un reumatismo agudo. Dos llegaron con diagnóstico de apendicitis aguda, uno con el de úlcera perforada del estómago, otro con el de cólico febril, el último con el vago de afección aguda del abdomen. En el primero una laparotomía mostró reacción serosa del peritoneo, al segundo día aparecieron dolores articulares francos.

*Trasposición del Apéndice en la parte superior e izquierda del abdomen*

Kaspar de Dortmund en Zentralblatt für Chirurgie expone esta observación: mujer de 66 años, quejándose desde hace años de sensación de plenitud en la región superior e izquierda del abdomen, acentuada en las últimas semanas acompañados de vómitos, adelgazamiento y constipación; a la palpación se percibe un tumor móvil, blando, doloroso a la presión bajo el borde costal en la línea mamilar. La radiografía muestra con lavado opaco claramente la entrada del bario al colon descendente, transverso hasta el ángulo derecho, después una aza primero ascendente cruza el transverso en su tercio derecho y corre en seguida paralelo y subyacente a él hasta el ángulo cólico izquierdo y por último al ciego distendido por gases y correspondiente al punto doloroso.

Una laparotomía comprueba e l examen radiológico: colon anormalmente largo y extendido de derecha a izquierda; ciego sin ninguna adherencia fijado en una especie de nido formado por el ángulo cólico izquierdo y repliegues peritoneales; apéndice normal. Se hace un desprendimiento del colon, extirpación del apéndice, plicadura del colon ascendente y fijación del ciego a la fosa ilíaca derecha. La paciente cura.

Explicación: falta de coales-

ciencia del colon derecho y persistencia de un mesenterio común.

*Tratamiento operatorio de la incontinencia de orina en la mujer*

A Manujilow de Omsk en Zeitschrift für Urologische Chirurgie propone un procedimiento operatorio simple que le ha dado buenos y durables resultados en la incontinencia de orina en las mujeres.

Después de asepsia de la vulva practica con un bisturí a dos centímetros del meato cuatro incisiones en la mucosa vulvar, una preuretral, una retrouretral y dos laterouretrales; se introduce la punta del bisturí 2 a 2 y medio centímetros hasta alcanzar el esfínter interno; una aguja muy curba cargada con seda o catgut penetra por la incisión superior, carga profundamente el esfínter y sale por la incisión lateral derecha; entra de nuevo y vuelve a tomar el esfínter saliendo por la incisión inferior donde entra otra vez para salir por la incisión izquierda; entra allí y sale por último por la superior con el primer cabo del hilo; se introduce en la uretra una sonda de Nelaton y sobre ella se anuda y aprieta; se suturan las incisiones, la sonda es retirada al octavo día; practicada esta operación por el autor ocho veces obtuvo éxito en las ocho.

*Las consecuencias de la colecistectomía*

Dominici de Verona en Giornale medico dell'Alto Adige dice que en sesenta operaciones

el 70 % presentaban trastornos; más o menos serios sin impedirles su vida social. Se trataba de trastornos digestivos y dolores del hipocondrio derecho. Más sujetos a esos fenómenos; los gordos y nerviosos. Influencia marcada tiene indudablemente la calidad de alimentación. Los observados entre 5-y 1 años no tuvieron nunca necesidad de ser reintervenidos.

*Resultados inmediatos y tardíos del tratamiento operatorio de la litiasis biliar*

Finsterer de Viena en Wiener klinische Wochenschrift publica su estadística. Resultados inmediatos:

I.—Litiasis vesicular: fecha de la operación-intervención, precoz en jóvenes, antes de cuarenta años y después de 40 años; distinguir la intervención precoz al principio de los accidentes y la retardada; en los jóvenes la operación retardada en frío es excelente (en 136 casos 2 muertes sin relación con la operación). La operación precoz desde el principio de los accidentes magnífica (en 39 casos con accidentes febriles ningún muerto). El porcentaje de mortalidad aumenta de los 40 años en adelante: en frío da entre 40 y 60 años 3.4 %; después de 60, 2.7 %; en caliente y al principio de los accidentes el porcentaje e pasa de 0 % antes de los 40 a 9 % después.

El autor opina por la operación precoz en caliente dentro de las primeras 24 horas, aun en viejos por el peligro de las perforaciones por gangrena.

En 125 operaciones el resul-

tado fue 46 en las primeras 24 horas un muerto o sea 2.1; 79 en frío mortalidad 6.9 %. El peligro de peritonitis que hace retardar la intervención no debe contarse a condición de proteger bien el campo operatorio.

Tipo de operación: si se encuentra un absceso perivesicular antes de abrir la gran cavidad, incindirle, abrir y drenar la vesícula previa extracción de cálculos. Si el absceso se encuentra después de abertura de la cavidad, quitar la vesícula. Finsterer prefiere la colecistectomía: en 125 casos hizo colecistostomía en 7 con 3 muertos y colecistectomía en 118 con 3 muertos. En 6 casos de peritonitis por perforación murieron 2. En 5 operados con complicación pancreática 5 muertos (**ne-crosis**). En estos últimos casos le parece una colecistectomía o coledocotomía que baja la mortalidad de 86 a 28 %; colecistectomía en plena infección septicémica dio al autor 4 muertes en 4 operados. En resumen, intervenir precozmente.

II.—Obstrucción calculosa del colédoco. Los cirujanos prefieren operar inmediatamente, los médicos son partidarios de esperar 5 a 6 semanas con la esperanza de que el cálculo será expulsado. Recuerda el autor los falsos cálculos del colédoco: él ha visto 10 casos que eran del cístico y comprimían la vía principal. Recomienda la operación precoz después de 1 a 2 semanas de ictericia. Si se espera más pueden sobrevenir la alteración del hígado, infección ascendente, hemorragias colémicas, etc. Su estadística da:

10 % sobre 99 operados. Esa disminución de mortalidad se debe a la supresión de narcosis al éter sustituida **por** local o esplánica; al empleo de la colédoco-duodenostomía (drenaje externo 22.2 % de mortalidad, drenaje interno 7.8 %); a la irradiación pre-operatoria del bazo, a la transfusión sanguínea.

Resultados tardíos: Colocistectomía en caliente 70 operados con 91.4 % sin dolores después de 4 a 20 años; 5.7 % con pequeños dolores pasajeros; 2.8 % fracasos.

Colecistectomía en frío: 178 operados, 79 % sin dolores después de 4 a 22 años; 6.7 % con pequeños dolores; 13.5 % fracasos.

Colecistectomía por colecistitis no calculosa: 34 operados con 17.6 % de fracasos.

Obstrucción calculosa del colédoco: después de drenaje del hepático, 13 no curados, de los cuales 3 **muertos** -

Después de colédoco-duodenostomía: 42 casos o sea **88.1** % curados; 3 con pequeños dolores pasajeros; 2 fracasos.

La coledoco-duodenostomía ha sido severamente combatida por la infección ascendente, pero el autor la defiende con pruebas radiológicas experimentales.

La estadística del tratamiento médico de Mozkowicz (89 casos) y de Jaguttis (114 casos) dan curaciones durables 40 a 50 % y una mortalidad de 16 a 25 % por complicaciones. En el joven, en frío y al principio el tratamiento quirúrgico es superior.

*S. Paredes F.*

## El Plátano en Terapéutica

J. Schunck. — (*La P. M.*, 28 de agosto de 1935.) — El valor alimenticio del plátano está reconocido por todos. Henri Labbé ha dicho: "El poder nutritivo del plátano es considerable; no es inferior a 100 calorías por 100 g. de plátano fresco, o sea, con referencia a la tabla de equivalencia alimenticia, tiene evidentemente el valor nutritivo de un peso igual de carne ordinaria. En el plátano desecado el poder nutritivo de 100 g. asciende a 285 calorías; es superior al doble del de la carne. **Asimismo**, cocido con azúcar, se convierte en un verdadero depósito de energía."

El plátano maduro contiene agua, materias nitrogenadas, glúcidos, azúcares (sacarosa y levulosa), por lo cual 1000 g. de pulpa proporcionan unas 950 calorías. Contiene además la vitamina A (factor del crecimiento), la vitamina P (antipelagrosa), la vitamina B (**antineurítica**) y de utilización nutritiva y celular) y la vitamina C (antiescorbútica).

Además de poseer las cualidades nutritivas normales, los hidratos de carbono del plátano hacen de este fruto un específico de algunas afecciones gastroentéricas, particularmente de las gastroenteritis de todas las edades.

En el Brasil se emplea habitualmente el jugo fresco de plátano contra las bronquitis, la tos, la influenza, los esputos de sangre.

El plátano es un verdadero remedio que debe preconizarse a los niños enfermos, y Schunck lo ha empleado con éxito, asociado a la leche cruda, en una cura de desintoxicación estival: 15 plátanos y un litro de leche para un adulto que atiende a sus ocupaciones habituales.

Estas acciones múltiples débense a dos órdenes de factores: los hidratos de carbono en el aparato intestinal, y las vitaminas en las células. En efecto, se ha observado que la vitamina A que contiene este fruto aumenta la resistencia del terreno pulmonar y que las vitaminas C, B1, B2, B3 aumentan el coeficiente de nutrición del organismo.

En la nutrición, como en la terapéutica, es necesario saber escoger la mejor fruta: la que ha estado más expuesta al sol y la que es más madura. El clima más excelente del lugar de producción y el medio de transporte rápido de la fruta desde el punto de producción al consumo, son las condiciones requeridas (Guinea francesa, Somalia italiana) (1) para recibir los plátanos en las mejores condiciones.

(1) Canarias para España.

—De Revista Española de Medicina—

## REVISTA DE REVISTAS

I.—La transfusión de la sangre en la infancia.

10—Para la transfusión de la sangre en la infancia conviene emplear el método de la sangre citratada. Las desventajas que tiene este método en los adultos, no existen en los niños.

29—Las posibilidades técnicas de la transfusión intravenosa son: a) la infusión intravenosa simple en la vena cubital; b) la transfusión intravenosa; c) el descubrimiento operatorio de una vena. Este último método es preferible a la transfusión intravenosa, de conseguirse la simple punción de la vena.

31?—Las indicaciones para la ejecución de una transfusión de la sangre son muy numerosas. Se pueden distinguir en principio 3 grandes campos de indicaciones:

a) hemorragias y predisposición a las hemorragias, de las más diversas clases, e intoxicaciones que conducen a la formación de metahemoglobina; b) infecciones graves — lo decisivo no es la naturaleza, sino la gravedad de la infección; c) estados atróficos graves, autointoxicaciones y quemaduras.

4?—La sangre actúa en primer término como mero sustituto. Los eritrocitos transfundidos empiezan en seguida su función en el organismo receptor. Además, en los casos de predisposición a la hemorragia, favorece la coagulación y ejerce un estímulo muy eficaz sobre los centros hematopoyéticos. En las infecciones graves, au-

menta la resistencia del organismo con la aportación de anticuerpos y de otras sustancias de valor no conocidas todavía del todo. En las atrofas, estimula los decaídos procesos metabólicos.

(Mommson — Revista médica Germano-Ibero Americana).

II.—Malarioterapia. — Cecil y colaboradores han ensayado la malarioterapia en 13 casos de artritis reumatoidea, 12 crónicos y uno de cuatro meses. Todos los enfermos se beneficiaron desapareciendo casi todo el dolor y edema de las articulaciones afectadas después de tres o cuatro accesos palúdicos. (*P. vivax*.) Sin embargo, en unas cuatro a seis semanas después del tratamiento, todos los enfermos, menos el de cuatro meses, experimentaron recidivas. A los seis meses en ocho de los enfermos la artritis había vuelto a su estado anterior; pero en los otros cuatro habían mejorado definitivamente el estado general y los síntomas.

(Cecil R. L. — Revista de la Asociación Médica Americana).

III.—Método de embalsamamiento. — Icard describe en la *Revue de Pathologie Comparée* un método de embalsamamiento que considera sencillo y barato. Consiste en mantener el cadáver en íntimo contacto con una solución de formaldehído, por dentro y por fuera. La solución

## La Halitosis. Sus Causas y Tratamientos

Por el Dr. Gregorio A. Mórtola,  
Adscripto a Patología Médica

La halitosis (mal aliento), es un síntoma de frecuente observación que constituye en ocasiones para el enfermo una verdadera pesadilla, así como también para el médico que muy a menudo encuentra dificultades para hacerlo desaparecer.

Desde un punto eminentemente práctico el tema es por demás interesante, pues, si bien las causas capaces de producirlo son múltiples (nasales, pulmonares, etc.), es el caso que en la inmensa mayoría el origen asienta en el tubo digestivo. Pero ¿cuál es la perturbación que lo engendra? Tan desconocida es ésta que casi fatalmente el médico tratante lo imputa a una constipación intestinal, a veces inexistente, y, como es lógico, el tratamiento dirigido en ese sentido no modificará en nada la situación.

La importancia social de la

halitosis es ciertamente grande ya que el paciente repele inconscientemente a sus familiares y amigos con olas de aliento nauseabundo, volviendo incómoda su situación. Es un síntoma que no respeta clases sociales ni posiciones; y así vemos hasta médicos, cuidadosos de su higiene bucal, ser focos ambulantes de aliento fétido. Si esto sucede en el trato diario, ¿cómo no será en la vida íntima del hogar, justificándose entonces que se haya dicho que por halitosis "los besos pierden su poesía"?

La palabra halitosis viene del latín: halitus (aliento) y del griego: osis (aumento), y es sinónimo de la locución fetor ex ore, que emplean otros autores.

Este síntoma, que es de antiguo conocido, no ha merecido sin embargo una especial atención del mundo médico. Prinz,

es inyectada en el cuerpo por los distintos orificios de éste, y en los principales órganos; mantiene el cadáver en un ataúd metálico herméticamente cerrado y cuya atmósfera se satura con formaldehído. Este es inyectado a grandes dosis en el abdomen, el estómago y alrededor del hígado, y con una jeringa, por las narices, al esófago; luego en los pulmones por el tórax y la tráquea, y luego en el cerebro por el etmoides y las ór-

bitas. Hay que usar dos o tres tarros de solución para el adulto. El ataúd debe ser doble: plomo o zinc por dentro, y madera por fuera; debe llenarse de aserrín impregnado en 4 litros tres de solución. Si se prefiere, puede utilizarse en vez de la tapa de madera una de cristal bien ajustada.

A. V.

Tegucigalpa, 12 de junio de 1936.

en 1930, en un estudio de conjunto reconoce que el tema ha sido descuidado, tanto, que sólo encuentra un trabajo original, el de Harvey Stellard publicado en el J. of the Am. Dental Ass (1927) ; y en los 35 años de existencia de la importante revista de estomatología, "Cosmos," no hay ningún trabajo original sobre la halitosis.

La primera mención que de ella se hace pertenece al Ebers papyrus, en 1550 antes de Cristo, y se refiere al mal olor que despiden algunas personas por el hábito de masticar ciertas hierbas aromáticas como la mirra. Plinio el joven, en su "Historia Natural," hace constar que se le halla también en los individuos que ingieren alimentos descompuestos o que tienen la dentadura en mal estado.

Antes de entrar a estudiar la halitosis de origen digestivo, que es con mucho la más frecuente, pasaremos revista a otras causas capaces de provocarla.

Entre las de asiento bucal hay que señalar en primer lugar las de origen dentario: detritus alimenticios que permanecen en los espacios interdentarios y que luego entran en descomposición produciendo ácidos oxibutírico, diacético, láctico, propiónico, hidrógeno sulfurado, sustancias amoniacaes, mercaptán, etc., todas sustancias que despiden olor desagradable que por el aliento es proyectado al exterior. También después de las extracciones dentarias, quedan coágulos que pueden sufrir

idéntica descomposición, y dar lugar a semejantes olores.

A nivel de las encías pueden radicar otras causas de fetor ex. ore; nos referimos a las gingivitis (mercurial, bismútica, etc.), a veces acompañadas de estomatitis. En este renglón debe mencionarse también al escorbuto. El noma y algunas afecciones de las glándulas salivares lo producen más raramente.

En las fosas nasales: ciertos, corizas crónicos, el ozena, el rinoscleroma con perforación del paladar; las sinusitis, sobre todo las crónicas y los cuerpos extraños nasales.

Para localizar el asiento de la causa del mal aliento, cuando radica en las partes superiores de las vías aéreas o digestivas, Lermoyez señala las siguientes normas:

19—Aire espirado por la nariz es fétido, y el espirado por la boca no: la causa reside por encima del velo del paladar.

2? El aire espirado por la boca es fétido, y el espirado por la nariz lo es apenas; la causa reside en la boca.

3? Los dos aires espirados son igualmente fétidos: prever las amígdalas y explorar las vías aéreas (y digestivas, agregamos) inferiores.

Las faringitis crónicas, las laringitis crónicas y las adenoides, raramente provocan halitosis.

Dentro de la cavidad bucal merecen una especial mención las amígdalas como causa del síntoma que estudiamos. Todos los médicos hemos tenido opor-

tunidad de comprobar lo heidiendo que son algunos tapones que surgen a la expresión de ellas. A. Castellani ha realizado prolijos estudios bacteriológicos con este material, y llega a las conclusiones siguientes: numerosos bacilos, cocos, nocardias, monillos, espiroquetas, b. fusiformes, amebas y flagelados pueden individualizarse en él, pero entre ellos ha identificado un bacilo que cultivado en agar-agar a 35<sup>1</sup>?, a las 24-48 horas despide un olor semejante al del aliento de estos enfermos; a los 3-4 días los cultivos pierden el olor. Este bacilo es Gram negativo, y se tiñe fácilmente por los colorantes de las anilinas; no produce gas en los azúcares, no coagula la leche y no licúa la gelatina ni el suero.

Después de las amigdalectomías es muy frecuente que los operados presenten mal aliento, el que proviene de las superficies cruentas recubiertas de un exudado verdeamarillento.

Siempre en la cavidad bucal no debemos dejar de mencionar otra causa capaz de producir malos olores; nos referimos a la lengua, o más propiamente a las papilas vellosas de la base, a sus glándulas serosas y folículos los detritus y productos de descomposición pueden entrar en descomposición. A su vez ello puede engendrar dispepsias, las llamadas dispepsias glosógenas de Boas, y que curan con la limpieza de la lengua, especialmente de su base.

También en el esófago pueden asentar causas del mal aliento; por ejemplo, los diver-

tículos esofágicos, que con frecuencia se vacían mal, de ahí retención de alimentos que entran en descomposición. Así también el cáncer del esófago, tan a menudo exulcerado o ulcerado, lo puede provocar. El megaesófago y el cardiospasmó raramente lo originan.

En el tórax pueden radicar también otras causas de halitosis: procesos pleuropulmonares, como ser las bronquitis fétidas los abscesos del pulmón, la gangrena pulmonar, y, por último» la pleuresía fétida.

Pasando al estómago mencionaremos ahora, solamente, a las fistulas gastroyeyunocólicas, como fuente de mal aliento. Como es sabido, en la boca de las gastroenterostomias se pueden producir úlceras, las llamadas úlceras pépticas que avanzando en profundidad y después de haber creado adherencias entre estómago, asa yeyunal anastomosada y colon transversal, las horadan lo mismo que a las paredes del colon y llegan a establecer una comunicación del estómago al colon (fistula gástrica o gastroyeyunocólica); en estas condiciones es fácil explicarse el porqué del aliento fecaloide de estos pacientes, así como de la existencia de vómitos del mismo carácter; la comprobación de estos síntomas en un gastroenterostomizado permite afirmar la existencia de una fistula abierta o en vías de abrirse.

Afecciones graves del hígado pueden provocar el mal aliento, como ser la ictericia grave (Espinger, Boas), la atrofia ama-



rilla aguda del hígado (Umber), las cirrosis del hígado (Rolls-ton).

Algunas afecciones del metabolismo pueden asimismo presentarlo como ser la diabetes (aliento acetónico en el coma diabético), y en la uremia grave. Algunos casos de púrpura, leucemia y cloroanemia también llegan a originarlo.

Excepcionalmente algunas funciones fisiológicas se acompañan de halitosis, como en algunos casos citados en la literatura médica de mujeres que durante las menstruaciones tienen aliento oloroso, y de otros casos aun más raros de mujeres que sienten (o creen sentir el olor a esperma en su aliento, durante el coito.

Es característico de ciertas drogas al provocar mal aliento, como ser el cacodilato, el cloroforno, etc.; en la intoxicación saturnina se le puede observar asimismo.

La ingestión de algunos alimentos suele ser seguida de halitosis: huevos duros, ajo, cebolla, especias, alcohol, etc.

La inyección o ingestión de

algunas sustancias balsámicas prestan su olor al aliento (eucaliptol, gomenol, etc.).

Una nueva causa de halitosis de frecuente observación, ha surgido con la prescripción de regímenes cetónicos para el tratamiento de la epilepsia, y que constituye un inconveniente más para su realización, no compensados por lo demás, con los resultados obtenidos.

Por último, el enfermo puede consultar por sentir él mismo malos olores; sin que sus familiares ni el médico puedan corroborar la existencia de tales, se trata entonces de casos de cacosmia subjetiva; ésta, en los ancianos, va acompañada de anosmia. La cacosmia puede preceder a la anosmia como los ruidos subjetivos a la sordera. (Lermoyez). Se citan ejemplos de estos casos como secuelas de neuritis diftéricas o gripales del nervio olfatorio.

La cacosmia se la ha observado también como aura en la epilepsia (aura sensorial).

Ciertos tumores cerebrales que asientan o interesan en un momento de su evolución la

olfativa de la corteza, son capaces de crear estímulos que son referidos a la esfera del sentido del olfato (olores).

En la histeria, contribuye a veces a completar cuadros clínicos de frondosa sintomatología.

Aunque no se trata precisamente de mal aliento, pero por tener atinencia al tema que desarrollamos, queremos referir una curiosa observación publicada por un médico polaco, J. Handelsman, de Varsovia. En 1929 publica este autor en *Anales Méd. Psicolog.* (pág. 329), un artículo titulado "Acceso de delirio periódico con exhalación de olor fétido (foetorkreurosis) en un caso de encefalitis epidémica, en que se consigna el caso de un hombre de 20 años, enfermo de encefalitis, y con períodos de exacerbación en los que predominan fenómenos neurovegetativos, entre ellos -se destaca la emanación de un olor fétido perceptible de varios metros y que provenía de toda la piel. Es claro que en estos rarísimos casos, podría pensarse, de primera intención, que se estaría frente a un caso de halitosis.

El mismo Handelsmann, recuerda que en la epilepsia fétida descrita por Sterling, mediante la prueba de la hipernea, el enfermo empieza a despedir o exhalar por la boca un olor tan penetrante que hace desagradable el acercarse a él.

Pues bien, a pesar de la gran cantidad de procesos que son capaces de producir halitosis, evidenciados en la larga lista

que desarrollamos hasta aquí, resulta que los casos que es dable observar en la práctica diaria, responden en una mínima parte a estas diferentes etiologías, siendo que en la inmensa mayoría la causa reside en el tubo digestivo, y para ser precisos, en el sector estómago-duodeno, por un mecanismo recientemente puesto en claro.

Cuando un enfermo consulta por su mal aliento, casi fatalmente el médico lo imputa a una constipación, a veces inexistente; tratada ésta, cuando es real, la halitosis continúa, lo que prueba que no había relación de causa a efecto. Por otra parte, el número de constipados es muy superior al de personas con mal aliento, y a la inversa no todos los halitósicos son constipados.

El desconcierto reina también en lo que respecta a la substancia productora del mal olor y al lugar donde se liberaban; así es que se mencionaba como tal a algún cuerpo nitrogenado, el cual alcanzara los pulmones a través de la circulación portacava; tal presunción no fue jamás confirmada.

Como hace notar Boldireff, si por la vía pulmonar se eliminaran substancias nitrogenadas, éstas hubieran sido ya señaladas en las numerosas experiencias que a diario se realizan en los institutos de fisiología con el aire expirado, lo cual no ocurre. La pequeña cantidad, (insignificante) de substancias nitrogenadas que fueron halladas en los análisis de aire en la cá-

mará de Pashutine, fueron imputadas no a los pulmones sino a la piel.

La hediondez del mal aliento hace sospechar que en su origen estén presentes sustancias azufradas (hidrógeno sulfurado; y en este sentido realizamos nosotros pruebas para verificarlo. Usamos para ello papeles embebidos en una solución de acetato de plomo que ennegrece al contacto de aquel cuerpo, que exponíamos ante la boca del enfermo con mal aliento durante un rato, habiendo resultado siempre las pruebas negativas. De la gran sensibilidad del reactivo habla en favor el hecho de que se le usa en bacteriología para saber si un cultivo despide hidrógeno sulfurado.

Probando también el origen gástrico del mal aliento, está el hecho que habitualmente se le observa en ayunas, y que desaparece en cuanto se ingieren alimentos. La persistencia de la halitosis después de las comi-

das, indica una perturbación más seria del tubo digestivo.

Como hace notar Boldireff, los filósofos que se dedican a problemas digestivos, reconocen perfectamente el olor de los diferentes jugos digestivos en estado fresco y en el de descomposición; pues bien, ni la saliva, ni el jugo gástrico, ni la bilis, ni el jugo intestinal por separado o en conjunto, ni frescos ni ya entrado en descomposición, tienen un olor que se asemeja al que exhalan los halitósicos.

Sólo resta considerar el jugo pancreático. Y, efectivamente, fisiólogos y médicos recordarán el olor desagradable y característico de los preparados opoterápicos de páncreas. Mas aun: el jugo pancreático fresco tiene un olor semejante al del aliento de los pacientes con ligero grado de fetor ex ore; y el jugo pancreático descompuesto huele como el de aquellos con halitosis severa.

Recuerda Boldireff que nor-

malmente regurgitan los jugos alcalinos (bilis, jugo pancreático) al estómago. Este hecho solo no basta para originar el mal aliento, pero cuando existe un estado de hipersensibilidad (inflamación) del intestino delgado, por ser este jugo altamente irritante de la mucosa intestinal, se producen contracciones peristálticas y antiperistálticas que proyectan parte de los jugos alcalinos (en los que predomina el jugo pancreático) al estómago, donde permanece más o menos tiempo. Pues bien, si el estómago es ana o hipoclorhídrico, contiene en ayunas una pequeña cantidad de líquido alcalino con gran número de microbios de descomponer las proteínas; en estas condiciones el jugo pancreático entra rápidamente en descomposición y da lugar a la aparición del fotor ex ore. Después de la comida las circunstancias cambian, porque si el estómago es capaz de producir algo de jugo gástrico, éste por su acidez es altamente desinfectante, y de ahí que inhiba la descomposición microbiana, cesando el mal aliento. Así pues, una halitosis que no desaparece con las comidas significa una grave perturbación gastrointestinal.

Esta interpretación patogénica del mal aliento ha sido probada por Boldyreff en experiencias en el perro. A un animal (perro), le practica una fístula gástrica, por la cual introduce jugos pancreático e intestinal y bilis obtenido de tres perros con fístula duodenal; en estas condiciones observa que cuando

los líquidos introducidos no son neutralizados con la acidez del propio jugo gástrico, desprenden un suave olor de proteínas descompuestas, al tiempo que el animal presenta mal aliento.

En resumen: *la irritación de la mucosa duodeno-yeyunal, al favorecer la regurgitación del jugo pancreático al estómago, por una parte, y la falta o escasez de jugo gástrico ácido por otra, son los factores que condicionan el mal aliento de origen gastrointestinal.* Por eso habrá que prohibir a estos pacientes la ingestión de bebidas alcohólicas fuera de las comidas o su uso excesivo durante ellas, con objeto de evitar el catarro intestinal que produce a menudo y que da origen a mayor peristaltismo y antiperistaltismo. En ese mismo sentido se prohibirá el uso de mostaza, vinagre, picantes y cualquier otra sustancia que por demasiado estimulantes lleven a la irritación de las mucosas. Cuando se ha verificado la ausencia o pobreza de acidez en el jugo gástrico será de gran utilidad prescribir bebidas ácidas, limonadas, etc.

Muy a menudo, con indicaciones dietéticas podrá dominarse la situación, esto es, confeccionando un régimen adecuado; para ello habrá que tener muy presente las idiosincrasias personales de cada caso, eliminando lo que la experiencia haya mostrado como perjudicial; además el enfermo sólo comerá cuando tenga hambre en cantidad moderada y no más de dos o tres veces al día. Por ejemplo (Boldyreff):

Desayuno: una taza de leche y dos biscuits.

Almuerzo: carne asada o pescado ídem, verduras y legumbres.

Cena (fría): Una taza de leche o dos huevos, jugo de naranjas.

Se deben comer alimentos de gusto agradable, que existen la secreción gástrica por su olor y sabor, sin ser irritantes. No comer más que tres veces al día. El régimen antedicho es un tipo, al que el médico podrá ajustarlo según el caso particular.

Si los cuidados diatéticos no alcanzaran a dominar la situación clínica, deberá recurrirse a los lavajes de estómago, practicados a la mañana en ayunas.

Por último diremos que en los niños habrá que tener presente la posibilidad en una infestación parasitaria del intestino delgado; en tal caso, se impone la cura específica antiparasitaria.

*Nota.* — De acuerdo con las experiencias e investigaciones, de H. Aggard y L. Greenberg, el tratamiento de la halitosis consecutiva a la ingestión de comidas con ajo o cebollas, es muy sencillo.

Estos autores demostraron que es debido a partículas de un aceite esencial muy oloroso que contienen esos vegetales, que permanecen en contacto o depositados en la cavidad bucal (especialmente dientes y papilas de la base de la lengua), y cuyo olor es expelido con el aire durante la conversación o la espiración.

Aprovecho las propiedades desodorizantes del cloro, se lo usa bajo la forma de cloramina en solución al 1 por ciento, con la cual se limpian mecánicamente dientes y lengua, después de las comidas con platos que contengan ajo o cebolla.

—*Del Día Médico*—•

## La Lucha contra las Enfermedades Epidémicas

La Cruz Roja belga eligió como tema para una Semana de la Cruz Roja que organizó recientemente "la lucha contra las enfermedades epidémicas," publicando numerosos artículos de propaganda sobre esta cuestión y entre ellos uno interesante del Dr. Delattre, miembro del consejo médico de la Cruz Roja belga. De este artículo reproducimos los párrafos esenciales:

Enseñarle al público la parte que puede desempeñar personalmente en la lucha contra las enfermedades epidémicas es un deber urgente, pues tenemos derecho a esperar mucho del concurso de una población más instruida en materia de higiene.

En el fondo, la misión de cada uno en la ofensiva contra las enfermedades contagiosas no es muy complicada. Si en la práctica reclama buena voluntad y una atención sostenida, puede, sin embargo, resumirse en dos palabras: docilidad y limpieza.

DOCILIDAD respecto a los consejos y a veces a las órdenes conminatorias formuladas por las autoridades con motivo de las epidemias.

LIMPIEZA, en el sentido más amplio de la palabra; limpieza en las operaciones más sencillas de la vida doméstica empleando el cepillo, el jabón y la sal sosa y por medio de una desinfección médica minuciosa. La limpieza es indispensable siempre y en todas partes; la limpieza del cuerpo, limpieza del agua y de los alimentos, limpieza en

el aire, en la ropa, en los locales, escuelas, casas, fábricas, almacenes, etc.

Quien dice *nación limpia* dice *nación sana*, de tal modo que si estudiamos el progreso ejemplar de ciertos pueblos del Norte en materia de la salud pública, vemos que deben, sin duda alguna a la *limpieza popular* esa excelente salud física y moral que constituye el factor indiscutible de una prosperidad general.

### *Limpieza de las manos*

Esta práctica constante de la limpieza no debe aplicarse sólo a los locales, objetos y utensilios domésticos, sino también a todo el cuerpo humano. El baño diario es para el recién nacido una necesidad absoluta, lo mismo que la limpieza de las manos, boca, nariz, ojos y oído.

No se deben tocar los alimentos más que con las manos limpias. Las manos sucias introducen en el organismo toda clase de enfermedades infecciosas, especialmente la *gripe*, la disentería, fiebre tifoidea y paratífica, infecciones parasitarias (gusanos intestinales) anemia de los menores e intoxicaciones industriales como las que provoca el albayalde en los pintores.

La limpieza de las manos es indispensable en todos aquellos que preparan y distribuyen el alimento de otras personas: panaderos, pasteleros, confiteros, cocineros, carniceros, mozos de café, lecheros, etc.

### EN LA COCINA

Son innumerables los accidentes mortales debidos al descuido de las sirvientas, cocineras o asistentas que han condimentado alimentos o simplemente cortado y servido el pan con manos infectadas. Es intolerable que las personas que han de manejar los alimentos pasen de los retretes a la cocina sin antes lavarse cuidadosamente las manos y las uñas con agua, cepillo y jabón.

Desde otro punto de vista, las legumbres y las frutas que se consumen crudas deben lavarse durante mucho rato con agua potable. Muchas epidemias de fiebre tifoidea y de disentería pueden ser achacadas al consumo de ensaladas y rábanos contaminados por los gérmenes del estiércol y del cieno de las aguas, y que no han sido bien lavados.

Las ostras y los mejillones no se deben tomar crudos más que cuando se tiene la seguridad de que no hay peligro.

La limpieza más estricta debe aplicarse también a los objetos de la mesa y a los utensilios de cocina, sábanas, etc., que en lo que se refiere a los enfermos,

deben ser personales.

En los cafés y en los restaurantes, una limpieza meticulosa de todos los utensilios debería ser obligatoria y es verdaderamente desagradable comprobar que no siempre se practica. Por otra parte no se beberá *jamás* un agua que parezca sospechosa, sobre todo en el campo, sin antes tomar la precaución de hervirla. Esta medida es indispensable en tiempo de epidemias.

### EL CONTAGIO POR LOS HOMBRES Y ANIMALES

Durante las epidemias de gripe se evitará que besen y acaricien a los niños personas extrañas o que tosan.

El catarro es el resultado de una infección que puede transmitirse de una persona a otra por medio de la saliva, pañuelos de bolsillo, manos, tos, estornudos e incluso en el curso de la conversación. La gripe sería menos frecuente y menos grave si los acatarrados — que la mayor parte de las veces tienen ya una gripe contagiosa — se resignasen al aislamiento.

Pero los gérmenes infecciosos no se introducen solamente en

---

el organismo por las faltas de uno mismo o por las de otras personas. Los animales son frecuentemente los portadores más activos de gérmenes de enfermedades.

Hay que combatir la costumbre repugnante de que los perros y gatos coman en la mesa familiar o en la misma vajilla.

Al volver del establo, de la cuadra o del palomar, hay que tener cuidado de desinfectarse las manos generalmente contaminadas por los gérmenes de contagio grave que contienen las deyecciones de los animales, el pelaje o la pluma; tétanos y morbo del caballo, difteria del pichón, coccidia del conejo, tuberculosis de la vaca, gusanos intestinales del perro, sin contar la rabia, la psitacosis de la cotorra y del loro, etc....

Por otra parte, los productos alimenticios poco protegidos pueden contaminarse muy fácilmente con los gérmenes peligrosos que extienden las *moscas*, los vectores de microbios más activos de la creación, cucarachas, hormigas, ratones, ratas, etc.

En una casa bien atendida, la leche, el pan y la mantequilla no se dejarán nunca sobre la mesa sino que se guardarán en una fresquera. Los restos de o de otros platos deben sustraerse también a todo contacto posible. Tirándolos, se evita que estén al alcance de las ratas y ratones cuyas invasiones implican para la humanidad pérdidas colosales, justificando la lucha emprendida, en ciertos países, contra estos de-

voradores de cereales, distribuidores del germen de la peste. Del mismo modo que el piojo transmite el tifus exantemático, la pulga, parásito habitual de la rata, transmite la peste.

De esto se desprende que la más estricta limpieza es siempre la base de todas las recomendaciones higiénicas.

#### UNA VIDA SANA

Unid a una alimentación suficiente y sin excesos de ningún género, sobre todo de alcohol, un trabajo moderado, ratos de ocio pasados al aire libre, una casa perfectamente ventilada día y noche, y, con un poco de alegría natural, tendréis un hogar perfectamente protegido contra las enfermedades epidémicas, gracias a las virtudes domésticas de la mujer. El médico hallará así establecida una poderosa colaboración en caso de epidemia, pues las enfermedades contagiosas hacen presa con más facilidad en un terreno débil que un terreno sano. La salud de hoy asegura la salud de mañana.

#### VACUNA

Por medio de la vacuna contra la viruela y de la vacuna contra la difteria se protege hoy día, sin el menor riesgo, la vida del recién nacido contra enfermedades que, hace muy pocos años aún, constituían temibles azotes.

Por consiguiente, sin la menor vacilación, toda madre debe hacer vacunar a sus hijos



contra la viruela entre el tercero y sexto mes del nacimiento y en el curso del segundo año contra la difteria, pues en esos años de su vida es cuando el niño está más expuesto a las enfermedades que antiguamente hacían miles de víctimas y contra las cuales la vacuna, que aporta una seguridad absoluta, debe figurar como una obligación que corresponde a los padres. Los admirables remedios de Jenner y de Ramón operan con un mínimo de molestia para los vacunados.

Ahora bien, estas maravillosas posibilidades de tranquilidad que tienen las madres, tranquilidad desconocida hace algunos años, respecto a los peligros de la difteria, estas verdades indiscutibles no son suficientemente conocidas.

Los llamados escépticos, que no están calificados en modo

alguno para dudar del alcance de los medios profilácticos cuyo interés es universalmente proclamado, y los ignorantes o charlatanes que hacen comercio de drogas sin valor, dificultan con harta frecuencia la difusión de estas vacunas que nada puede sustituir en caso de epidemias.

Por eso toda ocasión es buena para repetir que es posible y fácil proteger al recién nacido y a los niños pequeños contra la difteria y la viruela y que las vacunas indicadas deben figurar entre las obligaciones parentorias de un padre de familia.

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

---

## El tratamiento de la Angina de Pecho

Harlow Books. —■ *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, tomo 11, N° 7. Julio, 1935. — New York.

La angina de pecho no es una enfermedad, sino un cuadro sintomático que puede tener origen patológico básico muy diverso. Raras veces se llega a acertar directamente la enfermedad fundamental en la angina de pecho; más bien se procede con el tratamiento de los síntomas y signos, que a su vez se ven fuertemente modificados por la individualidad y estado de sensibilidad de la persona. Como en todas las enfermedades, también en ésta hay condiciones excepcionales. En la angina de pecho de origen sifilitico, como lo encontramos en la parte oriental de la América del Norte, en un 4 %, aproximadamente, se debe atacar esta enfermedad fundamental directamente. Lo mismo ocurre, por lo menos en algunos casos, en la angina de pecho producida por la gota, pero ésta representa una excepción rara.

Por esta razón, si se desea tener éxito en el tratamiento, ese debe ser de dos tipos: primero un tratamiento para la modificación de la enfermedad fundamental causal, que varía mucho en casos individuales y segundo para prevenir o neutralizar los factores emotivos perjudiciales que también varían mucho en cada individuo. Tenemos que comprender y tratar en todos

los casos el carácter físico altamente individual, y especialmente el carácter emocional de cada paciente.

Este síndrome no permite un tratamiento científico estandarizado, pues el paciente individual no es un tipo estandarizado, sino una unidad biológica pleomorfa y emocional.

Los pacientes con angina de pecho son siempre susceptibles a muchos factores de emoción de carácter extremadamente variado.

Por regla general las condiciones emotivas se puede dominar, en la mayoría de las veces, más fácilmente que las condiciones físicas. También tenemos que considerar que los factores de excitación muchas veces dominan el cuadro físico. En ningún órgano del cuerpo se observa este fenómeno con tanta frecuencia como en el corazón. La colore, el miedo, el amor, la sorpresa, aun una alegría intensa influye más el ritmo del corazón que la mayoría de los factores patológicos y físicos.

El caso es que el peligro de un ataque de angina, en la mayor parte coincide con la actividad de las manifestaciones de los síntomas. Con el apareamiento del dolor y la angustia del

ataque, el peligro desvanece rápidamente. A excepción de algunos casos en que el sueño precipita el ataque, quizás de acuerdo con la teoría de Albutt, el método más eficaz de la prevención del ataque o de la disminución del dolor es el descanso, cuya forma más perfecta es, desde luego, el sueño. Se puede producir un sueño adecuado o si se quiere abundante por el uso de calmantes, como por ejemplo el bromuro, doral, barbituratos, alcaloides del opio, por muchas otras drogas y también por el alcohol. (Este último según las observaciones de Herberden).

La reiteración monótona, la lectura de poesías, la música, etc., son todos calmantes de valor, en algunos casos de angina de pecho, sin embargo, la música a veces produce tal emoción que pudiera precipitar los ataques. También se puede producir el sueño por ligeros ejercicios y por una fisioterapia cuidadosa. En muchos casos la eletroterapia resultó mejor calmante que cualquiera droga. En muchos casos logré éxito al mandar al paciente volver al trabajo adecuado. Un ambiente alegre es de efecto curativo. Por

consiguiente, se recomienda sacar al enfermo de su casa y meterle en un sanatorio si el ambiente de su casa no fuera adecuado, y vice versa.

Desde un punto de vista puramente físico, el descanso más completo se logra acostándose en la cama. Sin embargo, para personas de carácter nervioso el descanso en cama es perjudicial, a no ser que ese descanso en cama sea limitado. El descanso en cama es esencial por razones anatómicas en caso de la trombosis coronaria.

La angina de pecho es una enfermedad relativamente rara en los trópicos y se encuentra menos frecuentemente en las subtropicales que en las frías. Si es posible, se les recomienda a los pacientes, pasar por lo menos los meses fríos en un clima subtropical. A algunos enfermos conviene más el clima caliente y húmedo, como por ejemplo la Florida o la parte suroeste de California, España o la India, etc., mientras otros pacientes prefieren el clima caliente y seco, como en la parte sureste de California, Arizona y New México, etc.

De manera que el terapéutico tiene que familiarizarse con muchos factores geográficos, circunstancias de mucha importancia en la terapia de la angina de pecho. También los requisitos para los ejercicios, inclusive las alturas, los rayos del sol y el calor deben ser objeto de estudio.

En el problema de la vasodilatación el clima y la elevación tienen papel muy importante. Generalmente los pacientes no se sienten bien en regiones muy elevadas, mientras otros se mejoran en regiones de altura mediana. Así que el tipo del tratamiento tiene que ser elegido por medio de experimentos previos. La alegría y la sensibilidad a comidas son también factores importantes.

La introducción del uso de nitritos para aliviar los ataques agudos del síndrome causó a los atacados una alegría inefable. En la mayor parte de los casos no hay otra droga que tuviese efecto rápido y eficaz que los nitritos en los ataques agudos de angina de pecho, mientras que no se presenta una trombosis coronaria, en cuyo caso los nitritos suelen tener poco efecto. Los nitritos suministrados preventivamente también resultan muy beneficiosos. El propósito principal es eliminar la sensación del dolor en el tratamiento de la angina de pecho.

Por la acción de vasodiladores se puede controlar aún mejor el dolor, a excepción de casos en que se presentase una trombosis coronaria. En ataques severos es recomendable el uso de opia-

dos a base de otros suporíficos y sedativos, como el cloral paraldehído o barbituratos. Ahora, vasodiladores, como las sales de teosina, cafeína en general no son bastante efectivos y tienen el inconveniente de estimular los nervios que a su vez excitan a tan numerosos factores que hacen papeles importantes en la precipitación de ataques. El valor de estas drogas en la trombosis coronaria aguda es grande. Es curioso cómo muchos prescriben teosina, cafeína, benzoato de sodio, metafina teominal y al mismo tiempo prohíben el uso del café o te que son indiscutiblemente de más agradable manera de introducir estas drogas.

Algunos médicos ponen mucha atención al tratamiento dietético. No es la calidad, sino la cantidad de alimentos la que tiene importancia ya que un estómago demasiado distendido actúa sobre el diafragma, provocando la crisis. De todas maneras hay que evitar alimentos de mucho contenido salino. En casos de la alergia que muchos tienen a determinadas drogas o condimentos, éstos deben ser eliminados.

Alimentos que provocan flatulencia y distensión del colon, como coles, frijoles, etc., se deben evitar también. Aunque el síndrome se deriva de un estado patológico cardíaco, sin embargo hay otras circunstancias que pueden intervenir en la ocurrencia de la angina de pecho, como enfisema, pleuresía adhesiva, fibrosis pulmonar, bronquitis crónica y otros.

Los clínicos de experiencia saben que la enfermedad arterial coronaria, aortitis y las condiciones que determinan la producción del síndrome son hereditarias. Sin embargo, poco se ha hecho para su profilaxis. Se debería advertir a los miembros de las familias que padecen de enfermedades de la arteria coronaria o de angina de pecho que no se casen; instruir a los miembros de tales familias que se abstengan de emociones, etc.

La manera más simple para aliviar el dolor es por inyección. El mejor método es probablemente el de Swetlow. Su resultado no es permanente y no aleja el peligro de la muerte.

Lo mismo se puede decir de las operaciones de los troncos simpáticos del cuello, o de la remoción de los ganglios simpáticos cervicales. Se están estudiando varias operaciones de este tipo; quizás las de mayor éxito son aquellas fundadas en el trabajo primario de Jonesco. En algunos casos estas operaciones alivian la agonía del síndrome, pero no alivian la enfermedad. Makenzie y también otros dicen que el peligro de la muerte aumenta por estas operaciones por la simple razón de que el paciente no siente dolores y se permite esfuerzos quizás más fuertes de los que su estado le permitiría. Mis propias observaciones no son completamente las mismas, pues, por lo menos en unos casos la disminución en los reflejos nerviosos que provocan los ataques se nota un mejoramiento obtenido por la operación. Hasta la

fecha los resultados no han justificado la operación, menos en algunos casos, en que la agonía era tan aguda que permitía el riesgo de una operación. Los clínicos opinan que la operación debe ser reservada para algunos casos en que no se logró alivio adecuado por el descanso y el tratamiento médico.

Del segundo grupo de la intervención quirúrgica para la eliminación de la enfermedad fundamental el método más popular es, sin duda, la tiroidectomía total o parcial. La patología tiroide tendrá —indudablemente— un papel importante en muchos casos, pero aun falta de probar su carácter general por resultados y no por la teoría. La tiroidectomía produjo en algunos casos una cura aparente.

No he visto suficientes casos de tiroidectomía total para dar mi opinión personal; lo que he visto no me inspiró confianza.

Otra operación aún más nueva trata de mejorar la condición por el establecimiento de una circulación adventicia.

En el tratamiento de la angina de pecho, en primer lugar se debe producir la dilatación de los vasos. Esto se logra lo más rápidamente por la suministración de nitroglicerina o de nitrito de amilo. Un poco de experiencia en cada caso individual pronto demostrará, cuál de estos dos será el más eficaz. La nitroglicerina se suministra en solución, pero las tabletas frescas, preferiblemente hipodérmicas son perfectamente satisfactorias. Su efecto es más eficaz machacándolas y tragándolas que sosteniéndolas bajo la len-

gua. Para lograr buen resultado, al inhalar el gas de nitrato de amilo, se rompe la cápsula en un pañuelo y se inhala el gas reconcentrado. Ninguna de estas drogas es perjudicial.

Si se logra éxito la repetición de la dosis no está indicada. Como segundo paso se suministra al paciente un calmante que al mismo tiempo tiene efecto lento dilatativo a los vasos. La morfina es la mejor, pero no se la usan por razones obvias. El alcohol fuerte resulta eficaz. El

descanso físico y mental y, si es posible, un período corto de sueño es deseable. El paciente debe hacer gran esfuerzo para dominarse, pues el susto, el miedo y la cólera prolongan o provocan el ataque. No se debe tomar alimento alguno, o hacer ejercicios antes de haberse descansado durante un período más o menos largo.

—De Revista de Cirugía y Medicina de la Habana.—

## A propósito de las Acromías Parasitarias

Por Clemente SIMÓN, Médico  
del Hospital San Lázaro, de París

La casualidad ha querido que en un mismo día viera tres enfermos, uno, en el hospital, y dos, en mi gabinete, enfermos cuyo diagnóstico habría sido hasta hace poco algo difícil para un médico no prevenido y que siempre suscita problemas fisiopatológicos curiosos y no bien dilucidados aún.

Uno de estos enfermos era un adolescente de catorce años, bien constituido a pesar de su estatura más bien baja, y cuya piel había quedado bronceada por el sol del verano. Antes de ir al mar no tenía en su piel ningún defecto apreciable, ni siquiera a los ojos de su madre. Pero, a medida que iba bronceándose la piel aparecieron en ella manchas blancas, de suerte que hoy vense en sus espaldas y **en la parte superior del tórax**, máculas, casi redondeadas, de un color blanco brillante, que

contrasta con el fondo parda de la piel. Estas manchas miden de  $y_2$  a 2 cm. de diámetro; no presentan, ninguna depresión atrófica ni cicatricial, ni tampoco forman prominencia alguna. Por el tacto, cerrando los ojos, sería imposible encontrarlas. Rascando la epidermis no se provoca ninguna descamación. Sin embargo, en el cuello existe, por fortuna, una placa muy diferente, que aun cuando redondeada, es de color blanco sucio, como de café con leche, claramente escamosa y que acusa el "signo de la uña." Se trata de una placa de pitiriasis *versicolor*, de la que las manchas blancas vienen a ser la variedad acromiante.

Ya conocéis la pitiriasis versicolor trivial. Es una enfermedad parasitaria "contagiosa" producida por el *microsporon fúrfur* (en el extranjero se la

denomina *malassezia furfur*), hongo parásito del hombre. Está caracterizada por manchas de color variable (*versicolor*), pero casi siempre café con leche, diseminadas sin orden alguno, en el tronco y a veces en los miembros. A su nivel, el rascado permite separar una capa de escamas epidérmicas grisáceas, adherentes, por debajo de las cuales las capas subyacentes parecen como barnizadas (signo de la uña).

Esta es la definición clásica que tomo del pequeño prontuario de L. Brocq y Clemente Simón. No se trata, pues, de acromia.

El segundo enfermo, de alguna más edad, viene a consultarme por dos "manchas" que han aparecido en su frente. Son manchas redondas, ligeramente ovaladas, cuyo diámetro mayor mide 4 cm. Su color no es completamente blanco, como en el enfermo anterior, sino más bien blanquecino, mucho menos pigmentado que la piel próxima. Este color blanquecino va mezclado con un matiz rozado de aspectos inflamatorios. Cerca de la periferia, la piel se pigmента algo, de suerte que, circunscribiéndola, se ve una tira de color pardo claro, color intermedio entre el de la placa y el de la piel próxima.

Se trata de dos placas de tricofitia de la piel lampiña, de tina cutánea.

El tercer paciente es un hombre de unos cincuenta años, a quien no interesan los juegos en la playa en traje de baño. Además, las dos placas acrómi-

cas radican en las caras laterales del escroto, en una región poco expuesta a las caricias de Febo. Estas dos placas son casi blancas. A primera vista parece un vitíligo, tan frecuente en esta región. Pero no están completamente despigmentadas. Persistiendo en ellas un poco de pigmento. Además, no se observa una zona periférica hiperpigmentada, como en el vitíligo, y el prurito parece ser bastante intenso. Un examen más completo, que siempre debe ser practicado (a pesar de la repugnancia que tienen los enfermos en mostrarnos sus pies, nos pone de manifiesto una epidermofitia interdígito plantar. Es el "athletic-foot," del que las placas del escroto son la variedad acrómica, muy rara, de la epidermofitia génitocrural, antiguamente denominada eczema marginatum.

He aquí, pues, tres enfermedades parasitarias que van acompañadas de una decoloración de la piel, en tanto que su naturaleza, sobre todo por lo que se refiere a la pitiriasis versicolor, hace que casi siempre formen en la piel manchas de colores diversos (*versicolor*), pero generalmente pardas. En el libro anteriormente citado no se habla de la pitiriasis versicolor acrómica. Es de suponer, no obstante, que esta forma clínica existía ya en 1912, fecha de la publicación del libro. Pero era más rara y observada casi exclusivamente en las Colonias, donde los individuos van casi desnudos. Es desde que nos vamos pareciendo a los salvajes,

desde que existe la moda de los baños de sol, que las formas acrómicas van siendo conocidas. Precisa, pues, trabar conocimiento con ellas. En Francia, los primeros casos fueron presentados por Gougerot y sus colaboradores, en 1929, a la Sociedad de Dermatología. Sabouraud, que asistía a la sesión, declaró que había visto ya un caso. Nadie más tomó la palabra. Pero, como ocurre siempre, una vez despertada la atención, fueron publicándose otros casos, y este asunto, ya bien estudiado por Gougerot, fue confirmado por numerosos *lucípatas*, perdonad el neologismo, sobre todo por Jausion, quien cree es debido al actinismo. En el extranjero, las acromias parasitarias eran ya conocidas. Sin fatigaros con una bibliografía, no estará de más recordar que ya en 1908, Ehrmann y su discípulo Wertheim, no solamente había estudiado la parte clínica, sino también comenzado la experimentación. Citemos aún otro nombre, porque representa el portavoz de una de las dos o tres teorías que pretenden explicar el fenómeno paradójico por el que algunas regiones de la piel expuestas al sol o, lo que es igual para nuestro caso, a los rayos ultravioletas, en lugar de pigmentarse, se mantienen blancas, e incluso — y esto es lo que se está discutiendo aún — pierden su pigmento normal.

Es notable que la gran "Summa" de nuestra especialidad, *La Pratique Dermatologique*, bien que publicada en 1902, no hable de las formas blancas de la pi-

triasis versicolor (artículo de Thibierge. El mismo Brocq, a quien pocas cosas pasaron desapercibidas, ni siquiera hace alusión a ellas en su *Tratado elemental*, publicado en 1907. Precisa, pues, deducir que la forma que estudiamos era entonces sumamente rara y que es probablemente cierto que su mayor frecuencia sea debida a la moda de los baños de sol.

Pero volvamos a Gougerot. Describe dos formas: una, pitirriásica, es decir, finamente escamosa, la más frecuente; y otra, eritematosa escamosa circinada, es decir, que el color es blanco rojizo, habiendo también en ella escamas, aun cuando menos finas, y ser su forma redondeada. Fácil es encontrar en ella el parásito, que es idéntico al que produce las formas comunes. Gougerot se pregunta después si se trata de una acromia verdadera o de una falsa acromia, si la cantidad de pigmento es realmente menor o si el color más claro de las placas es simplemente un efecto de óptica, no habiendo el halo solar prendido en la piel parasitada como el resto de la piel. El estudio de la piel de los europeos mediante diafragmas no es muy demostrativo; la de los africanos del Norte, en cambio, permite —dice— afirmar que hay "acrodemia verdadera o despigmentación."

Gougerot, con sus colaboradores, de los cuales, dos son verdaderas autoridades en actinología, ha verificado una serie de experimentos con los rayos ultravioletas. No expondré las



conclusiones de estas investigaciones, cuyos detalles podréis leer en los *Archivos dermatosifiliográficos de la clínica del Hospital San Luis*, 1929, pág. 770.

Según estos autores, las placas de pitiriasis versicolor obran como una pantalla, protegiendo, dentro de ciertos límites, la piel contra los rayos que tienden a oscurecerla. Pero esta acción protectora no es suficiente para explicar la acromia. Los autores creen que el sol ejerce una acción decolorante sobre las manchas pardas, y también que las manchas de este color destruyen, por su cuenta, una cierta cantidad de pigmentos. Tal es, por lo menos, lo que he podido deducir después de leer atentamente un texto que, con perdón sea dicho, es algo profuso, como ocurre siempre cuando los colaboradores son numerosos. No cabe sentirse molesto por lo que acabo de decir, pues lo propio ocurre con textos ilustres, firmados en Versalles por plumas inmortales.

El estudio de Gougerot comprende también las acromias parasitarias del Norte de África, que asimila por completo a las formas acromiantes de la pitiriasis versicolor. También se inclina a pensar que la *tinea flava*, la tifa amarilla de Castellani, observada en Ceylán, es, asimismo, producida por un parásito que es imposible diferenciar del *malassezia fúrfur*, agente de la pitiriasis versicolor.

En definitiva, junto a la pitiriasis versicolor con placas de

color café con leche (con todos sus matices), Gougerot describe dos formas clínicas acromiantes (la forma pitiriásica blanca y la forma eritematoescamosa), en las que se encuentra el mismo parásito.

Muy diferente es el concepto de los autores alemanes (pero no de todos ellos) y de los autores rusos: Hermann, y su discípulo Wertheim, en Alemania, Feldmann y Kistiakowsky, en Rusia. Este último me ha mandado, para los *Anuales de Dermatología*, una importante memoria, publicada en 1930, y que me servirá de guía. Según él, no hay más que una forma de pitiriasis versicolor, la forma con placas pardas. Las formas llamadas acromiantes, blancas, no son escamosas y representan el lugar en que ha evolucionado una placa parda, curada por el sol. El color blanco no es realmenteacrómico, sino que representa el color normal de la piel, color que parece blanco por contraste con el halo del resto de la piel. En cuanto a la forma pitiriásica blanca y a la forma eritematoescamosa de Gougerot, sólo representa dos estados, transitorios, de la placa parda insolada y en vías de curación por exfoliación completa y desaparición total del parásito. El autor ha podido reproducir todos estos aspectos con la lámpara de cuarzo. "Podemos decir, concluye, que en la naturaleza no existe pitiriasis versicolor blanca." En los esporos de la *malassezia fúrfur* se encuentra un pigmento amarillento, que refracta intensa-

mente los rayos del sol. Estos esporos, el micelio y las escamas forman un filtro que, detienen los rayos ultravioleta del parásito. Si es indudable que la pitiriasis versicolor produce en la piel de los negros manchas claras que el resto de la piel, no por ello se trata de una despigmentación, sino de que el pigmento de los esporos es más claro que el de la piel. En todas las razas, la aparición de las placas blancas es debida a propiedades físicas y no biológicas, y el nombre adecuado con que debe ser conocida esta afección es el de *pseudo acromia post-parasitaria*.

La opinión de los autores rusos es categórica y tiene el atractivo de las cosas sencillas. ¿Es exacta Recordad mi primer enfermo. Indudablemente, el color de sus manchas comparado con el de las regiones respetadas por el halo (axilas y cintura, ésta protegida por los calzoncillos), era más blanca y parecía vitiginosa. No ignoro que Kistiakowsky se ha valido del cuadro cromático de Broca para medir los matices. Pero continúo fiel a lo que me dicen mis ojos. Recordad, finalmente, nuestro tercer enfermo, que, independientemente de toda acción solar, presentaba dos placas acrómicas escrotales. ' Jausion presentó un caso análogo a la Sociedad de Dermatología. Podréis ver su fotografía en los boletines de dicha sociedad. Es un caso muy demostrativo.

Jausion, que ha publicado un libro sobre las enfermedades producidas por la luz (Masson, editor), para el que me ha he-

cho el honor de pedirme un prefacio, ha insistido en la cuestión de las acromias parasitarias. Ha repetido los experimentos de Gougerot y los de Kistiakowsky, quienes, partiendo del mismo punto, llegan a conclusiones diferentes. Ha practicado, además, otro experimento muy elegante, que considero decisivo. Practica en la piel una inyección de tricofitina, líquido tóxico completamente claro. Expone después la región a los rayos ultravioletas y obtiene un halo difuso en el que destaca, despigmentada, una zona redondeada que corresponde al punto en que se ha difundido el líquido. No se trata de una pseudoacromia, pues la piel conserva su color normal, obrando tan sólo como una pantalla para los rayos ultravioletas; no se trata, dice Jausion, de una verdadera acromia. La explicación que da la transcribo entre comillas, porque no me parece tener mayor enlace que el de una observación expresada con elegancia: "Es de suponer, creemos, que los hongos parásitos, generadores de micoporfirinas. . ., son susceptibles, al provocar un efecto fotodinámico, reversible porque es llevado hasta el exceso, de determinar, no ya la hiperacromia, sino la acromia."

Según Jausion, el hongo parásito, ayudado de los rayos solares o ultravioletas, acaba por producir una melanólisis, desplazando el pigmento destruido hacia las escamas que, al principio, son más pardas; después, estas escamas caen, quedando una superficie despigmentada

que tarda mucho en repigmentarse.

Inútil decir que esta explicación no es valedera para la acromia de la epidermofitia inguinal, puesto que en ella no intervienen los rayos actínicos. Precisa admitir aquí que el pigmento desaparece con la caída de las escamas. Sin embargo, algo queda por determinar, porque estas formas acrómicas del eczema marginatum son muy raras y no guardan relación alguna con la abundancia de la descamación. Ello basta para explicar el color de la piel, sin necesidad de invocar una propiedad despigmentada, hacer observar, con forme lo ha hecho Jausion para la *pitiriasis versicolor*, que las descamaciones artificiales obtenidas con el alcohol yodado no acaban produciendo la decoloración.

La cuestión se complica aun más si estudiamos, no ya las acromias parasitarias, sino aquellas que aparecen después de exposición al sol de las regiones afectadas de dermatosis muy diversas. Recuerdo haber visto un joven que después de una cura de sol mostróme sobre sus magníficas espaldas moienos dos o tres manchas completamente blancas que correspondían a dos pequeñas placas de eczema seborreico, simples *dartres* que apenas si eran visibles cuando el color del dorso era normal. El caso era grave, porque se trataba de un verdadero perjuicio profesional. Pero, ¿contra quién recurrir? El dios

Sol no recibe asignación alguna. Pero los denuestos fueron numerosos.

Un joven que tenía algunas *dartres* en los carrillos, volvió "atigrado" del mar. Las parakeratosis pitiriásicas psoriasiformes obran de la misma manera. En ausencia, por lo menos conocida, de parásitos, vémonos obligados a admitir aquí la teoría de Kistiakowsky, la del simple filtro, en espera de otra mejor.

Conforme veis, si la clínica de estas acromias parasitarias (o pseudoacromias postparasitarias) es bastante bien conocida, la explicación patogénica, a pesar de los experimentos ingeniosos practicados en todas partes, no parece definitiva.

El tratamiento es bastante difícil, porque si bien estas acromias tienen tendencias a desaparecer espontáneamente a medida que el halo próximo disminuye, tardan mucho tiempo en recuperar su pigmento. Parece como si su poder o su función pigmentógena quedara inhibida durante varios meses. Es posible despertar esta función mediante los rayos ultravioletas, valiéndonos de cuadros y de pantallas, por cierto bastante difíciles de realizar, y de sustancias (catalíticas" para hacer la piel más sensible a la acción de los rayos.

*Clemente SIMÓN.*

—*Del Mundo Médico*—

## El Timo y la Muerte Repentina en los Niños

{Concluye}

Se halla situado entre la laringe y el corazón, detrás del esternón y delante de la tráquea. Por este emplazamiento se relaciona con los vasos y nervios que pasan por los lados del cuello, y, contenido en un círculo óseo inextensible, todo aumento de volumen ha de producir serios trastornos sobre los órganos mencionados. Su forma es la de una pera, con el pedúnculo, bífido, hacia arriba.

El timo está constituido por lóbulos y lobulillos separados por trabéculas y llenos de células, timocitos, que constituyen una secreción interna. Esta actúa en el período de la vida más intenso del crecimiento, gobierna el metabolismo de las nucleoproteínas que forman el 75 por 100 de su tejido e interviene sinérgicamente con otras glándulas de secreción interna, tiroides, suprarrenales, hipófisis, para elaborar substancias necesarias para el desarrollo general del cuerpo y en particular de los órganos genitales. Su función hematopoyética no está admitida por todos los autores.

Es, además, un órgano muy sensible a todo influjo. En la atrofia y en las enfermedades consuntivas, se empequeñece. Por el contrario, aumenta su volumen y actividad con la digestión. Las muertes repentinas han acaecido casi siempre después de las comidas; en las autopsias se ha encontrado el estómago lleno de alimentos y en

las radiografías hechas en ayunas, la sombra mediastínica aparece más pequeña que en las hechas en plena digestión.

*Síntomas.* — Salvo los niños que mueren sin el menor trastorno anterior, en general se presenta una respiración ruidosa, con fatiga, sibilante, cianosis o amor atamiento, huélfago (cormage, de los franceses). Estos trastornos se intensifican en la posición horizontal y cuando se estira la cabeza hacia atrás. Pasa la crisis, todo queda tranquilo hasta que une leve contrariedad y aún sin ésta, reaparecen los fenómenos.

*Mecanismo de la muerte.* — La interpretación de éste ha dado motivo a varias teorías. En el Congreso Internacional de Medicina celebrado en París en 1900 (1), el profesor Svehla, de Praga, fundado en varios experimentos con perros a los que inyectaba jugo **tónico**, por el cual morían, afirmó que en todos los casos la muerte repentina por el timo debía atribuirse a una hipertimización, intoxicación tímica. Yo argüí que no podían asimilarse los casos ocurridos en la clínica humana con los hechos experimentales desarrollados en los perros. Son hechos muy distintos, y propuse los siguientes mecanismos de muerte:

(1) Comptes rendus du Congrès Paris, 1900.

19 *Compresión de la tráquea. Asfixia.* — En el atlas de Cruveilhier existe una estampa de compresión traqueal indudable. En el cadáver del niño de mi **clínica** existe una estampa de compresión traqueal indudable. En el cadáver del niño de mi clínica, en el de la niña de Morán y otros, la compresión traqueal es evidente. Hochsinger insiste en ella, sobre todo cuando la hipertrofia del timo se desarrolla en el sentido antero-posterior más que en el transversal. Marfan afirma que en el estiramiento del cuello, las aponeurosis cervicotorácicas aplican fuertemente el timo hacia abajo y atrás, sobre todo al final de la inspiración y producen el aplastamiento de la tráquea. Esto ocurre siempre que el timo o aumenta de volumen por hipertrofia, por neoplasmas, quistes, inflamación (yo he visto un caso de timitis), etc. La muerte puede ocurrir sin previos síntomas.

29 *Compresión vascular.* — La compresión puede recaer sobre los vasos, sobre las aurículas y ventrículas del corazón cuando el timo ha crecido en volumen y se interrumpe la circulación. La muerte se anuncia por la cianosis transitoria desarrollada por crisis pasajeras.

39 *Por estímulo nervioso que paraliza el corazón por síncope, en sístole.* El corazón aparece contraído y sin coágulos. Moro ha insistido mucho sobre la conexión que existe entre los nervios del sistema intracardíaco y los filetes vagosimpáticos del timo. La compresión del

ganglio de Wrisberg puede suscitar esas crisis. La compresión del nervio frénico produce apnea (asfixia), la del nervio cardíaco inferior el síncope, la del nervio recurrente o laríngeo inferior el espasmo de la glotis. Mouriquand habla de un niño que murió con estridor y con hipo: la necropsia reveló el nervio frénico y el recurrente izquierdo completamente pegados al timo (1).

49 *Hipertimización. Teoría de Svehla.* — El timo produce una substancia, una hormona vagotónica, vagotonizante, que es capaz de detener el corazón y producir la muerte por síncope. Esta hipertimia no es un estado frecuente. Sería preciso que coincidiera con la espasmo-filia propia de una hipocalcemia, proceso que cae fuera de las relaciones del timo con la muerte repentina.

*Muertes súbitas extratímicas.* — Fuera de la acción del timo, se han registrado muertes repentinas en la difteria maligna por parálisis cardíaca (he visto de ella 5 casos, el primero en Granada el año 1889, en la escarlatina, en el sarampión, en la varicela (Gioseffi), en la tifoidea, en la neumonía, en la anestesia clorofórmica, en un baño frío, en el eczema, etc. Me Lean y Sullivan han citado casos en la hipoglucemia. En tales individuos hay que admitir una insuficiencia de las glándulas suprarrenales (Hammar), la cual permite la hipertrofia del timo y del tejido Mnfoide.

(1) Mouriquand, loc. cit. 815.

Además, no segregando la suficiente cantidad de adrenalina, se disminuye la resistencia del niño y no puede contrarrestar la cantidad de toxinas nucleínicas. De aquí la eficaz acción que presta la adrenalina administrada por la boca o por inyección.

*Diagnóstico.* — Cuando existe hipertrofia o abultamiento del timo, se puede encontrar en la posición horizontal y en la espiración forzada, una ligera prominencia sobre el borde superior del esternón (signo de Rehn).

La percusión es capaz de apreciar una zona triangular tras del mango del esternón en que haya disminución de la resonancia (triángulo de Blumenreich. Cattaneo ha apreciado muy claramente esta hipofonésis.

Pero el medio más seguro, diríamos, el único de valor, es la radiografía. La simple inspección ante la pantalla, la radiología, es muy equívoca. Hay que apelar a la Radiografía, puesto el niño en decúbito supino y disparando los rayos en el momento de terminar la inspiración. En la espiración la sombra tímica se agranda. La sombra mediastínica superior que se advierte en la radiografía, depende en el lado derecho de la vena cava superior, en el centro del cayado aórtico; y en la parte izquierda de la arteria

y de las venas pulmonares. En el centro contribuye también, además del timo, el cuerpo del esternón un centímetro, y el cuerpo de las vértebras centímetro y medio: la sombra, en total, tiene un ancho de 3 centímetros.

*Tratamiento.* — Estuvo en boga hace unos años el procedimiento quirúrgico, en el que se distinguió el doctor Veau, de París, pero dado lo cruento de la operación, sobre todo, en niños tan tiernos, no es aconsejable.

Cattaneo preconiza las curas iódicas preventivas con las sales iódicas.

Pero en la hora actual el procedimiento de elección es la radioterapia profunda. Por ser el timo tan sensible a la sola radiografía diagnóstica, a pesar de su instantaneidad, ha producido alivio. En la niña que cito al principio, mejoró con la radiografía y singularmente con dos aplicaciones de radioterapia profunda. Acaso la familia se confió mucho en ello y retrasó demasiado la sesión inmediata, que acaso con otras más, se hubiera producido la curación definitiva.

Al criterio del médico queda el empleo de otros medios coadyuvantes, cuales son la adrenalina, los tónicos cardíacos y antiarrítmicos de eficacia reconocida.

\* —*De Medicina de los Niños.*—

## 4<sup>ème</sup> Congrès de la Presse Médicale Latine

(Venise: 29 Septembre —  
3 Octobre 1936)

Nous rappelons à nos lecteurs que le 4<sup>e</sup> Congrès de la Presse Médicale Latine aura lieu à Venise, du *mardi 29 Septembre au samedi 3 Octobre 1936*, sous le haut patronage de S. E. Monsieur le Ministre de l'Éducation Nationale d'Italie et sous la présidence de Sénateur Professeur D. GIORDANO.

Le Comité de Patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le Prince FERDINAND de SAVOIE, Duc de Genes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la Province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent 3 questions:

1<sup>o</sup>—*Histoire de la Presse Médicale dans les Pays Latins.*—  
Rapporteurs: Prof. TRICOT-TOYER (Louvain), Dr. E. NOGUERA (Madrid), Prof. LAIGNEL-LAVASTINE et LEVT-VALENSI (Parte), Prof. RODOPOULOS (Athènes), Prof. PAZZINI (Rome), Prof. DA SILVA CARVALHO (Lisbonne), Prof. V. BOLOGA (Cluj.)

2<sup>o</sup>—Influence sociale de la Pres-

*se Médicale.*—Rapporteurs: Prof. A. LE SAGE (Mon-tréal), Dr. T. OLIARO (Tu-rin), Dr. J. B. PEREIRA (Rio de Janeiro).  
3<sup>o</sup>—*L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays latins.* —Rapporteurs: Prof. HARTMANN (Paris), Prof. PÉREZ (Rome), Prof. DANIELOPOLU et PAVEL

(Bucarest), X. .. (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera: — des conférences des Prof. Maurice LOEPER (de Paris), Nicolás PENDE (de Rome), A. CASTIGLIONI (de Padoue); — une excursion aux lies de la 'Lagune de Venise, offerte par la Municipalidad de Venise; — un concert de la "Banda Ciudadina" sur le place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile; — une visite de l'Hopital marin, au Lido;

— une excursion de 2 jour en autocars à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre de 1915-1918;

—une réception offerte par le Président du Congrès a l'Hotel Danieli; un banquet, etc..

Tous les médecin-s des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixé e a 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres *titulaires* (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique medical), et a 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres *adhérents* (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnat les Congressistes).

Le Secrétaire du Congrès est le Professeur SARAVAL, Hopital Civil á Venise.

Les adhésions peuvent lui etre adressées directment; elles peuvent l'etre également, pour les Congressistes non italiens, au

#### CONGRES INTERNATIONAL DE THERAPEUTIQUE

BERNE (Suis), 19-21, Mai 1937.

Sous les auspices de l'UNION THERAPEUTIQUE (Association Internationale) un *Congrès International de Thérapeutique*, préside par M. le Professeur Emil. BURGI, aura lieu a Berne du 19 au 21 Mai 1937.

Les inscriptions au Congrès sont recues par M. le Dr. GORDONOFF, Humboldtstrasse 53 a Berne, qui fournira les renseignements utiles.

Dr. L. M. FIERRA. Secrétaire General de la Fédération de la Presse Médicale Latine, "L'Hermitage," Luxeuil (Hte Saone), ou á M. Robert GARDETTE, Secrétaire Administratif de la "Fédération, 23, rué du Cherche-Midi, Paris.

## A Propósito del Tratamiento de las Quemaduras

Por el Dr. Juan JUDET, Jefe de clínica quirúrgica de la Facultad de Medicine de París

A pesar de ser las quemaduras un proceso sumamente trivial, pocas son las lesiones cuyo tratamiento sea tan discutido y tan variado.

Debates recientes, numerosos artículos, el gran número de métodos y de productos recomendados peligran despistar el práctico cuando se encuentra en presencia de un individuo que ha sufrido una quemadura. El tratamiento es urgente y el médico debe presentarse ante el enfermo con una línea de con-

ducta previamente meditada y adaptada a los diferentes tipos de lesiones que puede encontrar.

¿Cuál debe ser esta línea de conducta?

¿Qué método es el que parece ser más eficaz y más fácil de aplicar? He aquí lo que deseamos exponer en pocas palabras, según los documentos recientes y nuestras observaciones personales.

Tan sólo nos ocuparemos aquí de las quemaduras superficiales, llamadas de segundo grado, ca-



racterizadas por una flictena, cuya abertura deja el dermis al descubierto. Son en realidad las más frecuentes.

Exprofeso dejaremos de lado los eritemas simples y las quemaduras acompañadas de necrosis y escaras.

#### I.—CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS SEGÚN SU GRAVEDAD

Al comenzar el estudio del tratamiento de las quemaduras, se impone una distinción capital entre las quemaduras benignas, accidentes puramente locales, y las quemaduras graves, que van acompañadas de síntomas generales intensos, cuyo pronóstico debe ser siempre reservado.

Al ser llamados con urgencia cerca de un individuo que se ha quemado, lo primero que deberemos hacer en concepto diagnóstico es incluirlo en una u otra de estas categorías y, para ello nos fundaremos principalmente en la extensión de la quemadura.

Es clásico decir que una quemadura es grave en el adulto

cuando abarca la mitad de la superficie cutánea, y tratándose de un niño cuando afecta la tercera parte tan sólo. A decir verdad, es ello una indicación puramente esquemática, y para hacer el pronóstico y reglar el tratamiento no deberemos perder de vista algunas nociones especiales.

—Ante todo la frecuencia de quemaduras múltiples diseminadas, cuya importancia puede pasarnos desapercibida a causa de los grandes intervalos de piel normal que las separa.

Después, el hecho que, junto y limitando zonas francamente invadidas, en las que numerosas flictenas son la manifestación típica de la quemadura de segundo grado, existen zonas simplemente eritematosas y edematosas cuya importancia puede pasarnos desapercibida a primera vista, pero que en realidad forman parte de la superficie quemada y en las que las flictenas irán apareciendo durante las horas siguientes. Deberán ser muy tenidas en cuenta para apreciar la extensión real de una quemadura.

—Finalmente, no olvidaremos que la repercusión de una quemadura será muy diferente según el individuo que la sufra, recordando que las edades **extremas** son las más sensibles, que las cardiopatías y las lesiones renales agravan siempre el pronóstico.

En definitiva, será necesario, en términos generales, mostrarnos más severos en la apreciación de la gravedad de una quemadura de lo que acostumbra hacerse, y no titubear en instituir, a la menor duda sobre su benignidad, un tratamiento general enérgico.

## II.—QUEMADURAS BENIGNAS

No insistiremos en ellas **por** ser su tratamiento muy sencillo.

A poco de ocurrido el accidente, todos los autores están de acuerdo en la necesidad de practicar una *desinfección cuidadosa* de la región quemada y de la piel próxima: los colgajos de piel quemada serán cortados con tijera, las flictenas abiertas asépticamente. Un abundante lavado con suero fisiológico templado resultará muy eficaz y con el *mínimum* de dolor para el enfermo. Deberemos después secar cuidadosamente y, al ser posible, con aire caliente.

Realizada esta limpieza y desinfección, ¿qué producto aplicar sobre la quemadura?

Sumamente numerosos son los recomendados, hablando de cada **uno de ellos** sus partidarios con gran entusiasmo, e insistiendo todos en la rapidez de

las cicatrizaciones obtenidas y de su calidad.

Quiere ello decir que muchas substancias dan buenos resultados en estos casos.

*Los cuerpos grasos* (pomada, tal graso, etc.) impiden la adhesión dolorosa del aposito, pero carecen de valor absorbente. Su asociación con la vitamina D parece activar mucho su acción cicatrizante.

Empleando *la ambarina* y *las parafinas resinosas* (según el método de Barthe de Sandford y sus derivados) las curas no necesitan ser muy frecuentes, lo cual no deja de ser una gran ventaja. En efecto, las curas son dolorosas y el aposito permanece muchas veces adherido, haciendo sangrar la herida y arrancando la capa frágil de las células epidérmicas de reparación, por otra parte, las parafinas forman a veces una costra gruesa, por debajo de la cual pueden desarrollarse la infección y acumularse serosidad y pus.

De aquí que en las quemaduras benignas consideremos el método de Quenu y Kuss, expuesto de un modo muy claro y preciso en la tesis de Valade, como el que debe ser preferido.

Inmediatamente después de practicada la desinfección, aplicaremos en toda la superficie quemada, una hoja de tarlatana empapada en aceite de lino esterilizado, a la que previamente habremos practicado unas pequeñas aberturas. El aposito será después completado con compresas empapadas en suero fisiológico, que podrá ser

cambiado a diario sin producir dolor, pues carece del inconveniente del aposito graso por ser absorbente.

*La aplicación de mercurocromo*, método reciente, aun en estudio, parece ejercer una acción notable sobre la evolución de las quemaduras.

Finalmente, desde hace algunos años, con la curtiación se han obtenido muy buenos resultados. De ella hablaremos más extensamente al estudiar las quemaduras graves.

### III.—QUEMADURAS GRAVES

El caso es aquí completamente diferente.

No se trata ya de estudiar las modalidades de cicatrización de una herida limitada; de activar la evolución mediante filigranas de cura y tópicos variados.

Los individuos con extensas quemaduras están en estado de shock, su pulso es muy pequeño, sienten dolores atroces, les amenazan accidentes tóxicos, su vida corre peligro.

Hay que obrar de un modo rápido y metódico.

Practicaremos inmediatamente, *dos inyecciones*: una de aceite alcanforado, para combatir el estado de shock, y otra de morfina para atenuar los dolores, calmar la agitación y permitir proceder con toda calma al tiempo capital de la desinfección.

Esta deberá ser practicada con mucha suavidad, pero de un modo completo.

El empleo de la morfina permite evitar la anestesia general, recomendada por algunos autores.

Cual en una verdadera intervención, usaremos guantes y aislaremos el campo operatorio con puños esterilizados.

La temperatura de la habitación será elevada. Durante los días siguientes procuraremos por todos los medios posibles evitar que el herido se enfríe (botellas de agua caliente, esterilla eléctrica, etc.).

Después excindiremos con las tijeras los tegumentos esfautados, jabonaremos cuidadosamente la región y los tejidos intac-

tos inmediatos, y, finalmente, practicaremos la curtición.

*Esta modalidad de cura*, practicada primeramente en América, en 1925, merece ser calurosamente aconsejada. 'Sus principales ventajas son las siguientes:

El tanino, formando con los albuminoides puestos en libertad al nivel de la superficie quemada, un compuesto insoluble, impide la reabsorción, que es causa de la toxemia de la que dependen la mayor parte de los accidentes generales mortales.

Además, una curtición bien efectuada aguanta 8 a 10 días, por lo menos, de donde la inutilidad de renovar las curas, lo cual tiene para el enfermo una enorme ventaja.

Daremos la preferencia a una *solución de tanino al 25 %*.

Como que esta solución no tarda en oxidarse, deberá ser preparada en el acto.

A esta solución, preparada como hemos dicho, en el acto, (25 gramos de tanino por litro de agua esterilizada), será conveniente añadir 10 grs. de bicarbonato de sosa para neutralizar y 0'25 gr. de oxicianuro de mercurio, antiséptico no tóxico que sirve para esterilizar el tanino (Wolbringer).

En definitiva, solución fácil de preparar, si se tiene la precaución de disponer de algunos paquetes dosificados de tanino.

*La pulverización* sobre las porciones quemadas es sumamente sencilla. A este objeto de curtición muchos objetan la pretendida dificultad de este tiempo esencial. En realidad, nada

tan fácil: un insuflador de termocauterío, un pulverizador corriente, y, a falta de cosa mejor, una jeringa de punta muy fina bastan para obtener una proyección suficiente.

Si el aparato importa poco, es, en cambio, esencial efectuar bien la curtición. Precisan 6 a 12 pulverizaciones sucesivas, con algunos minutos de intervalo, para obtener la coloración parda y la costra delgada y flexible reveladora de que la curtición ha sido efectuada correctamente.

Se pondrá un sencillo aposito constituido por algunas compresas sostenidas por una venda o simplemente algunas servilletas esterilizadas y se dejará la cura aplicada durante 8 o 9 días.

El tratamiento general tiene una gran importancia. Va esencialmente dirigido contra la toxemia, que es la principal causa de muerte en las quemaduras graves. Es urgente practicar.

Consiste ante todo en inyecciones intravenosas de cloruro sódico: 20 cc. de solución de cloruro sódico hipertónico al 10 o 15 %, que serán introducidos con suma lentitud en la vena, tres o cuatro veces al día, durante los cuatro primeros días, y una o dos veces durante los tres o cuatro días siguientes. No suspenderemos la reacloruración antes de tiempo para no exponernos a que la cantidad de orina vaya disminuyendo y la lengua se ponga seca, es decir, se presente la uremia.

Los efectos de este tratamiento son notables.

Curtición e inyecciones intravenosas de cloruro sódico constituyen la base del tratamiento

de las quemaduras graves. Han conseguido disminuir la mortalidad inmediata debida a la toxemia, y muchos enfermos, así tratados, han podido franquear la fase crítica de los cuatro primeros días.

Además de estos dos elementos principales, no descuidaremos el tratamiento coadyuvante : digitalina, bebidas abundantes, alcanfor.

La transfusión de sangre a pequeñas dosis, puede tener un cierto interés.

#### IV.—QUEMADURAS INFECTADAS

Sumamente frecuentes antes, sin por ello ser excepcionales hoy, es relativamente frecuente ver un individuo que ha sufrido una quemadura, venir a consulta por una supuración más o menos antigua.

Apelaremos a los antisépticos: Dakin, agua oxigenada. La pa-

pilla láctica da también buenos resultados.

Vigilaremos el corazón, el hígado, los riñones, porque en estos enfermos pueden presentarse complicaciones tardías, cuyo pronóstico es siempre grave. EN DEFINITIVA

Sin tener la pretensión de recomendar un método exclusivo, y puesto que se impone una elección entre todos los que han sido recomendados}, podremos aplicar:

1°—En las quemaduras benignas:

El procedimiento de Quenu y Kuss, o la curtición.

2°—En las quemaduras graves:

La curtición y la inyección intravenosa de una solución de cloruro sódico hipertónico para combatir la toxemia y mejorar el pronóstico tan a menudo grave de estas lesiones. —*De Clinique et Laboratoire.*—

## Hernia estrangulada y Trombosis Mesentérica

El lunes 27 de abril (1936), se presentó a mi despacho en el Dispensario "Los Planes," como a las 8 de la mañana, el individuo C. Alemán, de 30 años de edad, originario de Cedros y operario actualmente en la finca "Nerones." Hacía seis días que le había principiado un fuerte dolor en la región inguinal izquierda acompañado de basca, timpanismo y falta absoluta de evacuación fecal.

Examen Clínico: Al practicar el examen del enfermo me encontré con una tumefacción co-

mo del tamaño de un huevo da gallina sobre la línea inguinal aproximadamente en la parte media; refería el enfermo que esa tumefacción le apareció desde hacía seis meses a consecuencia de un esfuerzo cargando fruta, pero que después del dolor del primer día no le había vuelto a molestar ni aumentaba ni disminuía de tamaño y que hace seis días a consecuencia de otro esfuerzo le había vuelto a aparecer el dolor ya en forma continua y progresiva con los síntomas anterior-

mente referidos. Quise hacer la reducción de la tumefacción y fue completamente imposible, presentando reacción inflamatoria y adherencia a la piel, a la percusión tenía sonido mate. El examen abdominal daba timpanismo no muy marcado pero sin fibrilación superficial, síntoma inequívoco de reacción peritoneal. Al examen general, presentaba temperatura de 38 grados y facies de intoxicación orgánica.

Diagnóstico: el cuadro anterior, como es fácil notar, no presentaba los síntomas clásicos completos de una lesión definida y desde luego se prestaba para hacer diagnósticos reservados, ya que la tumefacción databa de seis meses y los síntomas abdominales eran, se puede decir, hemi-clásicos; hechos que se comprobaron en la operación al descubrir que la luz del intestino no estaba completamente cerrada y los gases tenían curso por una tercera parte del calibre entérico y eso permitió al enfermo soportar su lesión durante seis días, durante los cuales, como es práctica casera, se le dieron purgantes, lavados rectales, masajes y otra variedad de tratamientos que hace la curandería popular, los que sirven únicamente para agravar los males y poner al enfermo en un estado de muerte inminente.

Tratamiento: En vista del cuadro anterior el tratamiento que se imponía era el operatorio, ya que el incruento no se debía ni intentar, debido a las se-

guras adherencias irrompibles que el intestino y la parietal peritoneal tendrían con los tejidos circunvecinos en tanto tiempo de haberse insinuado la vícera, formando la tumoración a que antes me he referido. OPERACIÓN: Desde luego, fue dirigido el acto operatorio al foco y se practicó la incisión directamente encima de la pelota herniana; se separó el saco peritoneal y se comprobó que la calidad de la hernia era casi directa o mejor dicho "Inguinal Oblicua rectificada"; una vez separado el saco se incindió notándose inmediatamente la isquemia o asfixia del intestino delgado el que se trató primeramente de reaccionar por el suero caliente y baños de éter sin conseguirse una reacción satisfactoria durante 15 minutos, debido a ello se practicó una ampliación aun mayor del trayecto producido con la quelotomía y se redujo el intestino a la cavidad abdominal con la idea de verificar una resección que se imponía, para la cual se practicó una Laparotomía Media Sub-Umbilical. En este momento fue que se presentó la gran sorpresa y lo sombrío del pronóstico. Fueron tres los hechos que llamaban la atención: 1°—Localización de la extrangulación. Esta se encontraba en el íleon, como a 60 centímetros del Yeyuno tomando más o menos las dos terceras partes del intestino y como dije antes fue lo que permitió al enfermo soportar su mal durante seis días; desde —  
*Continuará.*—

## N O T A S

Para sustituir al Dr. Guillermo E. Durón que renunció de Socio de la Asociación Médica Hondureña, fue electo Redactor de la Revista el Dr. José Ramón Durón.

En los primeros días de junio falleció un niño, hijo de nuestro consocio el Dr. Gabriel Izaguirre, residente ahora en San Juancito.

El Dr. Manuel Castillo Barahona ha sido nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica Primer Año.

Después de una larga jira de vacaciones por los Estados Unidos, Cuba, Jamaica y Panamá,

ha regresado a la capital nuestro consocio el Dr. Marco Delio Morales.

El 13 de junio contrajo matrimonio el Director de esta Revista, Dr. Salvador Paredes P, con la señorita Cristina Lardizábal.

A consecuencia de un terrible ataque de apendicitis aguda fue operado en la Policlínica el 3 de junio nuestro Redactor Dr. José Ramón Durón.

En los últimos días de Abril contrajo matrimonio en San Pedro Sula con la señorita Ethel Cobar el Dr. Gabriel R. Aguilar, Secretario de Redacción.