

# REVISTA MEDICA HONDURENA

Órgano de la Asociación Médica **Hondurena**

---

**DIRECTOR:**

Dr. S. Paredes P.

**REDACTORES:**

Doctor Manuel Icarlos

Dr. Antonio Vida]

Dr. José ft. Durón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Doctor Gabriel R. Agiila.i-

Doctor Henry D. Guilbert

---

Año VI | Tegucigalpa, Hond. C. A., Septiembre y Octubre de 1936 | No 66

---

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*La Policlínica ha creado desde el mes de Septiembre un servicio de transfusión de sangre a toda hora del día con el fin primordial de llenar una necesidad del establecimiento y hacer al público un señalado favor.*

*Hizo arreglo especial con el Dr. Alfredo Midence, reputado colega y amigo nuestro para encargarse directamente del Departamento de Transfusión atendiendo a la experiencia larga que tanto en lo referente a preparativos del donador debidamente seleccionado como lo que a indicaciones, contraindicaciones y técnica atañe ha conseguido el compañero aludido.*

*Tiene el Laboratorio de la Policlínica todos los elementos necesarios para los exámenes previos a la transfusión: dosificación de Hemoglobina, recuento de Glóbulos rojos, Reacción de Kahn, investigación de Hematozoario de Laveran, exámenes completos de orina, etc.; tubos capilares en abundancia para hacer el tipeaje de la sangre procedentes de Certified Blood Donor Service de New York.*

*Aparato de transfusión de Tzank y jeringas especiales, el primero para transfusión directa de sangre pura y las otras para sangre citratada,*

*Nada falta para afirmar de una manera rotunda que estamos en capacidad de hacer transfusiones verdaderamente científicas y en momento requerido.*

*Ya el Dr. Midence ha realizado varias transfusiones con el mejor de los resultados, jamás un accidente.*

*Forzosamente tendremos que luchar al principio contra la ignorancia del medio ambiente para lograr convencer a los médicos capacitados para dar sangre del ningún riesgo para su salud y vida que implica la tal donación. Tendremos que halagarlos con dinero mientras llegan a comprender el inmenso servicio que prestarán a los receptores con una pequeña cantidad de sangre.*

*Esperamos que el tiempo, las pláticas, las publicaciones en la prensa diaria y sobre todo los ejemplos de altruismo y maravillosos resultados de la transfusión han de cambiar el estado de temor y desconfianza.*

*Los señores médicos del país han de ayudarnos con sus esfuerzos a crear atmósfera de comprensión y entusiasmo entre las clases donde la desventura no ha querido que lleguen aun siquiera las letras del alfabeto.*

*Nuestra fe y optimismo son tan grandes cuando se trata del triunfo de la razón y de la ciencia que una confianza ilimitada nos inunda el espíritu al contemplar el ahora infantil servicio de transfusión permanente dentro de algunos años, cuando la educación por la experiencia hayan borrado y destruido los prejuicios reinantes.*

*De enorme consuelo y esperanza nos ha servido el gesto noble de algunos intelectuales que espontánea y gratuitamente han querido a ofrecer y dar su sangre para enfermos de su afecto.*

*La transfusión de sangre con ser de tan antiguo origen ha pasado por épocas de completo abandono, criticada, escarnecida e infamada por algunos autores y prácticos hasta llegar a nuestros días de resurrección y consagración definitiva.. No es mi secreto que en todos los países del mundo existen centros destinados exclusivamente al servicio de transfusión. Rusia ha creado un Instituto de Transfusión. Diariamente la prensa médica anuncia la apertura de nuevos servicios en Hospitales públicos y privadas en ciudades de pequeña categoría y pueblos de mediana eonesideración.*

*La Revista Médica Hondurena, órgano y voz de la Asociación Médica Hondurena, se complace vivamente al ocuparse de un asunto en su página editorial y formula las felicitaciones necesarias por el gran paso dado en bien de la sociedad y de la por la Policlínica.*

## TIFUS EXANTEMÁTICO

Honorables colegas:

Debo a la exquisita amabilidad de mi distinguido amigo y colega el Dr. Juan A. Meíía, el honor de estar reunido en estos momentos con los ilustrados y apreciables colegas que integran la ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA, ante la cual me presento muy atentamente solicitando su bondadosa atención para introducir al ilustrado criterio médico de tan brillante conglomerado profesional, algunas observaciones sobre el tema que estoy seguro despertará en vosotros algún interés, no tanto por la enfermedad misma, pues es de todos bien conocida, sino por que es su existencia rechazada a la altura de nuestras ciudades y bajo el clima cálido de nuestras costas.

Es precisamente ese el interés que me mueve a presentaros algunos casos de enfermos que tienen una semiología muy semejante al cuadro de esa enfermedad, tenida- en los países y ciudades donde tiene aparición esporádica, o por el contrario sienta sus reales con ios caracteres fatales de una epidemia; o pasa azoladora en época de los mayores fríos, diezmando los pequeños poblados y cebándose en el bajo pueblo que es quien ha pagado siempre el más caro tributo a su paso. Me refiero al Tifus Exantemático.

Se me dirá, quizá, que el tifus exantemático no existe en esta capital ni en la República, He ahí mi tesis, he ahí el objetivo principal de esta conversación

que me he permitido solicitar a vosotros para manifestaros el resultado de mis observaciones que comprueban que la enfermedad existe no solamente en los climas fríos y sobre las altiplanicies de nuestras cordilleras, sino también en el clima cálido y en las ciudades que están ubicadas en nuestras costas modificadas, sí por el clima y la altitud y quizá por el medio de trasmisión.

No temo equivocarme al afirmar que más de alguno de vosotros se habrá sentido inquieto e intranquilo a la cabecera de un enfermo, porque el diagnóstico, a pesar de vuestro temperamento investigador y estudioso; a pesar de vuestros sólidos conocimientos profesionales; a pesar de vuestro interés de llenar todas las indicaciones necesarias para que con el auxilio *del* laboratorio y el microscopio, el diagnóstico surga radiante y vencedor, la incógnita abrumadora se mantiene desafiante, clavada en la mente del médico ¡que siente esa pasión sagrada por su hermosa y humanitaria profesión.

No creo estar muy lejos de la verdad al pensar que mis palabras os evocarán quizá más de un recuerdo de un caso clínico que llenó de incertidumbre vuestro espíritu, porque son dos entidades cuyo conjunto armonioso forman el alma de nuestra profesión médica, la clínica y el laboratorio, estuviesen en esta vez divorciadas aunque aparentemente.

Quiero referirme al hablaros de esta manera, a casos que son más corrientes de lo que pudiera suponerse.

Cuantas veces la asistencia metódica, ordenada y minuciosa, nos lleva a formular un diagnóstico probable, pero que la clínica, el tratamiento y el laboratorio se han encargado de modificar.

Muy bien podría ser que entre vuestros recuerdos vinieseis a evocar la historia clínica de un enfermo, cuya evolución ha sido muy semejante al de una tifoidea o al de una paratífica y que por haberse abierto el cortejo sintomático con la peculiaridad de un frío solemne o discreto, os ha hecho investigar sobre la existencia del ■hematozoario con resultados negativos; o a auscultar cuidadosamente el tórax, bajo el supuesto del desarrollo de una pneumonía incipiente. La tifoidea misma cuyo diagnóstico os parece que se impone, por la facies del enfermo, el estupor, el delirio, la cefalea, su lengua, su gorgoteo, en fin, su evolución; y sin embar-

go, el cultivo de las heces y el examen de la sangre son negativos. La clínica y el laboratorio pareciera que anduviesen divorciados en medio de aquel cuadro de ineartidumbre científica, mientras tanto nuestro enfermo a los 14 días o ha entrado en una franca mejoría que no está de acuerdo con el insospechado cambio hacia la convalecencia y la gravedad de 2 días anteriores, o el paciente ha entrado en un período sub-comatoso vecino de la muerte que es el epílogo final de aquellos días de amarga incertidumbre para el espíritu del médico que ama su profesión.

Y para completar aún más nuestras ansias de investigación y colmar de contradicciones nuestro criterio atormentado por la duda y atropello por el paso brutal de una enfermedad que nos arrebató en plena batalla, nuestro enfermo muere con el cortejo abdominal de una perforación, o el cuadro súbito de un síncope.

■Sobre estos cuadros clínicos así tan someramente descritos, evocando vuestros momentos de

duda, es donde quiero encontrar el auxilio de vosotros al suplicaros vuestra atención para que, sin prejuicios y con toda la buena voluntad de abrir de par en par las puertas de vuestro espíritu investigador a los problemas que a diario se nos presentan en el ejercicio de nuestra profesión, sigáis de cerca esos casos dudosos, fijando de preferencia vuestra atención en ciertos síntomas que son por decirlo así, los que descubren la enfermedad y le dan personería peculiar a nuestros climas y nuestras alturas, tomando el carácter especial por el cual yo me he permitido describirlo con el nombre de TIFUS NOSTRAS.

No pretendo describir una enfermedad nueva o diferente al tifus exantemático, pero sí presentar la tesis de su existencia en nuestros climas con semiología que carece de algunos de sus principales atributos.

La enfermedad tal como se nos presenta en nuestros climas cálidos tiene la evolución siguiente :

Después de unas cuantas horas de *curbatura* general, aparece un frío franco, solemne a veces como el de la infección palúdica o del comienzo de la neumonía. La temperatura sube a 39°, para tener un descenso casi cerca de la normal en el curso de las primeras 24 horas; descenso que no dura sino poco tiempo, para llegar de nuevo a 39° y mantenerse continua, con ligeras remisiones matinales, durante la enfermedad; la gráfica térmica adquiere el aspecto de un signo de raíz.

El 4o. día de evolución, el enfermo sufre la aparición de un exantema claramente destacado en el tórax, la espalda principalmente, las caras internas de las extremidades, en las personas de piel blanca y limpia; muy apenas visible en los pacientes de piel morena; respetando en la gran mayoría de los casos la cara y otras partes del cuerpo.

El exantema del tifus clásico, es un síntoma tan capital y tan manifiesto que le ha dado su nombre a la enfermedad. Entre nosotros existe, pero como he dicho, aunque siempre constante, sí discreto.

Con la aparición del exantema cuya abundancia está en razón directa de su gravedad, aparece una cefalea constante, insomnio, sordera que a veces es tomada por una obnubilación del enfermo pero que en verdad es que oye poco.

El 6o. día, corrientemente, el delirio que al principio no existía o era pasajero y fugaz, se acentúa con caracteres definitivos. Hay sudor frecuente a veces copioso y que tiene la peculiaridad de no influir en la temperatura.

No tiene el sudor de *Nuestro Tifus* el carácter tan conocido del tifus común, el olor; ese olor característico que le hace por solo este síntoma, ser reconocida la enfermedad, por el vulgo y los empíricos; olor a iglesia donde habitan murciélagos, u olor a ratón como lo describen los autores clásicos. El sudor del *tifus nostras* no hiede.

El 10o. día de enfermedad, es generalmente un día de muchas preocupaciones de parte de la

familia del paciente como del médico. Todo el cuadro se agrava. Es una agitación constante con incesante delirio y continuo intento de ambular; o es por el contrario un estado soporoso de idiotéz y postración. A esta fecha el exantema ha desaparecido, no queda de él sino un ligero tinte marmoleado de sombras obscuras que se dibujan por los costados y el dorso. Los miembros están tomados de un temblor intencional. La voz también es temerosa; la lengua saburral; los dientes fuliginosos; el ojo inyectado y lagrimoso; la piel tostada y seca; la sordera es muy marcada; la fiebre que antes ha remitido en las mañanas, fue mantenida entre 39° y 40°; la orina escasa y el abdomen sonoro, a veces timpánico.

Todo hace sospechar de! 109 al 12°, que habremos de apuntar una decepción más en nuestras luchas con la muerte.

Mas, al amanecer del 13° día, renacen nuestras esperanzas. La temperatura de 39° y 40° cae a 38° en la mañana. Hay horas de calma; la sed es viva durante la noche; el enfermo duerme unas horas, sueño quieto y tranquilo y el 14 día, después de una diuresis abundante y de un sueño

reparador, la temperatura cae cerca de la normal.

En aquel momento nos inquieta un temor; a pesar de que la temperatura es más baja y aun normal, el delirio persiste o es sustituido por fenómenos de enagenación mental, sobre todo en personas de un temperamento nervioso y emotivo.

Nuestro enfermo al entrar al 15o. día ha entrado también a la convalecencia.

En qué se ha diferenciado el Tifis Nostras del Tifus Clásico? En primer término, en su débil mortalidad. En su contagiosidad, y he aquí que yo pienso que el *tifus nostras* no se contamina como el otro por el *pediculus vestimentum*, porque la mayoría de los casos observados no son precisamente en individuos de la más baja escala social, sino que el contrario, son observados en la clase que disfruta de mayores comodidades. Y si a esto se agrega, que entre nosotros muy raramente se conoce el "piojo blanco" tenemos que aceptar que la enfermedad se trasmite por contacto directo o por intermediario de algún *Culex* quizá, o por los piquetes de *pulgas*.

De aquí es que yo me explico el porqué de los casos poco

abundantes de tifus nostras y que nos presenta los caracteres de una verdadera epidemia, sobre todo evolucionado influenciado por el clima y la altitud. Solo quiero decirlos que de todos los enfermos que yo he atendido, solo o asociado de otros colegas, Drs. Alberto Martínez, que radica en León, de la Facultad de Medicina de París; y el Dr. Julio Arguello, de la Facultad de Medicina del Salvador; todos han evolucionado con los caracteres descritos, y que de todos ellos 3 han fallecido, el 12 día el uno, y el 13 y 16 los otros. Una de ellas, una señorita de la sociedad de León, falleció el 12 día de un síncope al sentarse en el lecho, en su afán por caminar. Otra en el puerto de Corinto, falleció con un cuadro -muy semejante al de una perforación intestinal, más no me fue dable practicar la autopsia por razones que son fáciles de comprender, pero sí con resultados negativos de laboratorio sobre las investigaciones de tifoidea y paratífica.

El tratamienato que yo he empleado ha sido siempre, partiendo del punto de mi tesis que sostuve en la Facultad de Guatemala, en donde tuve oportunidad de combatir durante tres meses una epidemia de Tifus Exantemático, el año 1917 y que versó sobre el TRATAMIENTO DEL TIFUS EXANTEMÁTICO, por el COLARGOL INTRAVENOSO, ha sido, no precisamente el Colargol sino el Electrargol intramuscular, Urotropina por vía ora! asociada de benzoato de s o-

da y un tratamiento sintomático adecuado.

Si queréis que os diga por qué no he usado el Colargol, os diré sencillamente que por la dificultad de encontrarlo frescamente preparado a la hora de necesitarlo.

Debo decirlos que el Colargol intravenoso usado por mí y por otras misiones sanitarias que también combatieron el tifus en 1917 en Guatemala, redujo la mortalidad de una manera asombrosa al grado de convertirla a 0 en algunas zonas de la República, como consta en mi tesis de ese año.

Y para terminar quiero rendiros muy sinceramente las más expresivas gracias por haber prestado vuestra atención a este humilde colega de vosotros, que en su interés por investigar y perseguir la verdad en este problema de suyo interesante, se ha permitido aprovechar la dichosa oportunidad de estar en esta bella ciudad capital de nuestra hermana del Norte, donde tengo buenos amigos, para solicitar estos momentos que para vosotros son tan caros por vuestras muchas ocupaciones, a fin de que observéis si en esta hermosa ciudad hubiese casos sospechosos del cuadro clínico que me he permitido diseñar tengáis la bondad de informármelo en la seguridad que habréis comprometido una vez más. la gratitud de este colega y amigo leal de vosotros.

*M. L. MORA.*

## FLEBITIS APENDICULAR

E. A. de 21 años, soltera, estudiante, entra a la Policlínica el 24 de Agosto con el diagnóstico de, Apendicitis aguda, hecho por el Dr. J. J. Callejas una hora antes en su oficina.

Compruebo su exactitud por encontrar un dolor exquisito en la zona apendicular, náuseas, vómitos, detención de materias y gases, pulso 90, temperatura 38.5.

El dolor apendicular se irradiaba en forma tan violenta y clara hacia el miembro inferior derecho que nos hizo pensar en una lesión articular nerviosa o vascular, pero tanto la exploración de la articulación, del ciático como de los vasos no mostró ningún signo sospechoso.

Leucocitosis de 12.300. Polinucleosis 84 %.

Resolvimos con el Dr. Callejas la operación inmediata. Al sentar la paciente en la mesa de operaciones para hacerle una raqui-anestesia observamos con gran asombro una coloración violácea y aumento considerable de volumen de todo el miembro inferior derecho. Temerosos de agravar la situación y a la expectativa armada acordamos transferir la intervención para cuando el cuadro se aclarara.

Inmovilizamos el miembro en una gotera y le dimos hidrastis y vibúrneo. En los 3 días siguientes desapareció el color violáceo, disminuyó el edema, pero la temperatura, el pulso, los vómitos y el dolor en la foza ilíaca continuaban y por tal razón se le practicó la apendicectomía

el 27 de agosto. Desde el día siguiente desaparecieron los vómitos, el dolor profundo, no quedando sino el de la herida; el tercer día ya no hubo temperatura y el pulso cayó a la normal. El miembro siempre continuó inmovilizado por 20 días más hasta llegar a su completa normalidad.

La pieza operatoria no presentaba nada de extraordinario. Apéndice de tamaño mediano, fuertemente congestionado y vasculizado, contiene materias y folículos hipertrofiados.

El resultado post-operatorio confirmó nuestro diagnóstico primitivo por el desaparecimiento de todos sus trastornos y la notable mejoría del miembro.

Se trataba indudablemente de una flebitis benigna en el curso de la apendicitis.

Signo muy frecuente es la irradiación dolorosa de la zona apendicular al miembro inferior derecho en las apendicitis crónicas y agudas que hemos notado en infinidad de casos, pero nunca con carácter tan acentuado como en este caso que obligaba a la muchacha a caminar cojeando marcadamente.

Es la primera vez que observamos una flebitis de origen apendicular.

### *MOLA HIDATIFORME*

M. V.. de 18 años, casada, de oficios domésticos, ingresa a la Policlínica el 10 de septiembre por una hemorragia genital.

Dice la enferma que está embarazada de 3 meses, pero que

hace un mes le empezó la hemorragia actual.

Comprobamos su afirmación porque nos dijo que su última regla había venido el 24 de Mayo, Junio y Julio no vino y volvió, dice ella, el 10 de Agosto hasta la actualidad. En Julio tuvo náuseas, vómitos, pereza. Encontramos un útero que llega casi hasta el ombligo, parece un embarazo de 4 meses y medio. Cuello blando, signo de Hegar. La hemorragia persiste aunque no de grandes proporciones. Creemos realmente en un embarazo e intentamos detener el aborto probable por el reposo en cama, bolsa de hielo suprapúbica, hemostáticos y opio aunque no había dolores.

Después de 5 días de observación sin notar ninguna mejoría decidí evacuar el útero previo consentimiento de la paciente y del marido.

■Con alguna dificultad pude dilatar el cuello uterino lo suficiente para introducir una cureta grande. A los primeros golpes de cureta salió una enorme cantidad de vesículas acompañadas de una ganga como de metritis fongosa que me dieron la impresión de una Mola hidatiforme. Al cabo de mucho tiempo de estar extrayendo vesículas sentí el útero completamente limpio y di por terminada la sesión.

Se acabó la hemorragia. Al quinto día la paciente se levantó y pidió su alta.

Generalmente el diagnóstico de los embarazos molares se hace por la salida solo o con la sangre de vesículas; en este caso nunca salió una.

'No encontré de extraordinario en la enferma sino el exagerado desarrollo del útero.

---

## Valor Normal de la Eritrosedimentación en Tegucigalpa

Cuando se deja reposar sangre citrada, los glóbulos rojos y demás partículas del plasma se depositan poco a poco en el fondo del tubo donde se ha colocado la sangre. A este fenómeno se le ha dado el nombre de eritrosedimentación y para explicarlo se han forjado numerosas teorías más o menos fundadas en hechos relativos a la física y a la química biológica.

Parece ser que actualmente no existe ninguna teoría por sí sola capaz de explicar el fenómeno, clara y rotundamente. Entre estas teorías, una de las más racionales es la que explicado, que las albúminas contenidas en el plasma precipitan difícilmente por ser coloides menos dispersos y por consiguiente muy estables; en cambio las globulinas son coloides muy dispersos y mucho más fácilmente precipitables, son albúminas lábiles. De tal manera que normalmente la relación entre la proporción de albúminas y globulinas, vendría a constituir un cociente de precipitación aproximadamente del mismo valor.

En la precipitación de estos coloides intervendrán los factores siguientes:

1.— Dispersión de los mismos. A menor dispersión las partículas son mayores y con más facilidad precipitan.

2.— Carga eléctrica. Los glóbulos rojos estarían cargados de electricidad negativa y se repele-  
rían, mientras el plasma esta-

ría cargado de electricidad positiva.

3.— Presencia de otros coloides en el plasma.

Según estos enunciados, en todas las enfermedades en que existe desintegración proteica, pasarían al plasma multitud de componentes que influirían sobre el equilibrio coloidal normal, por las razones antedichas, produciendo la eritrosedimentación. Los hematíes pueden ser asimilados en este caso a coloides muy groseros y poco dispersos. La desintegración proteica existe especialmente en;

1.— Enfermedades infecciosas en general, tales como sarampión, viruela, tifoidea, etc.

2.— Procesos supurados.

3.— Enfermedades crónicas en actividad.

4.— Tuberculosis.

5.— Paludismo, sífilis, parasitismo intestinal.

6.— Estados anémicos.

7.— Procesos inflamatorios, tales como apendicitis, anexitis, etc.

8.— Tumores malignos, cáncer y sarcomas.

9.— Después del 4o. mes en el embarazo.

10.— En algunas afecciones ginecológicas.

La velocidad de la sedimentación, generalmente avanza con la enfermedad y en los procesos tumorales está en relación con la extensión de la región afectada y la intensidad del proceso, por lo cual este método tiene su valor como elemento de pronos-

tico. En la tuberculosis tiene también el mismo valor.

La entre-sedimentación es negativa en los estados caquéticos y en la agonía.

Para practicar la eritrosedimentación existen muchos métodos, pero entre ellos, dos son los reputados como clásicos:

1.—Método de Westergreen.

2.—Método de Lizenmeir.

En el primero de estos métodos se mide la eritrosedimentación en milímetros con relación al tiempo; mientras que en el segundo se calculan los minutos que tarda normalmente en sedimentarse 18 milímetros.

Conforme el primer método según Cutler, las cifras normales de sedimentación para 2 horas son las siguientes:

Hombres, de 2 a 8 mm.

Mujeres, de 2 a 18 mm.

En el segundo método las cifras normales serían:

Hombres, 600 minutos.

Mujeres, de 250 a 350 minutos.

En Clínica parece ser que sólo tienen valor tiempos no mayores de 2 horas, siendo más concluyente el resultado en cuanto más rápida es en los primeros minutos la sedimentación, por revelar una desintegración proteica más intensa. En Clínica también la eritrosedimentación tiene un gran interés, pues puede indicar la actividad o no de una lesión, de tal modo que hay una relación directa entre la rapidez de la sedimentación y la agudeza del proceso, siendo posible a veces de este modo conocer el momento oportuno de practicar una intervención operatoria.

También es -útilísima, para

desvanecer ciertos diagnósticos erróneos en el caso de personas histéricas, de obsesionados por la tuberculosis, etc.

Por lo dicho anteriormente se comprenderá que esta prueba tiene un gran valor clínico y que si no constituye por sí sola un método infalible, puede por otra parte ayudar en el diagnóstico y pronóstico de ciertas enfermedades, justamente con los otros exámenes de Laboratorio, rayos X, etc. Vale la pena, pues, de practicarla siempre que sea posible y como el método es tan sencillo, puede ser ejecutado por cualquier médico en su consultorio. No se necesitan más que una jeringa hipodérmica ordinaria, una solución de citrato de soda al 3% y un tubo de vidrio de 5 mm. de diámetro.

En mi concepto, esta prueba tiene un valor igual o mayor que el de la fórmula leucocitaria y en ciertos casos bastaría ella sola para esclarecer y sentar un diagnóstico vacilante.

Aconsejo practicar siempre la eritrosedimentación con los demás exámenes de sangre.

Queriendo averiguar cuál era entre nosotros las cifras normales de la eritrosedimentación, encargué al Br. Pablo Ulises Joya, tomar unas 20 observaciones de personas normales, 10 hombres y 10 mujeres comprendidos entre 20 a 30 años o más de edad. El método seguido fue el de Cutler, usando los tubos del mismo autor, y la lectura se hizo de 10 en 10 minutos, durante la primera hora y después a las 2, 6, y 24 horas.

En los datos que copio a continuación se tomaron en cuenta

únicamente los milímetros de sedimentación alcanzados en la 1a. y 2a. hora.

Hombres:

1a. hora.	2a. hora.
1.5 mm.	3.5 mm.
2 "	4 "
2 "	4 "
3 "	6 "
4.5 "	7 "
4.5 "	7 "
5 "	9 "
5 "	9 "
6 "	11 "
9 "	16 "

Mujeres:

1a. hora.	2a. hora.
3 mm.	6 mm.
6 "	12 "
8 "	12 "
8 "	14 "
10 "	15 "
10 "	18 "
11 "	19 "
11 "	19 "
11 "	19 "
12 "	20 "

Aplicando la fórmula de Westergreen (Velocidad de sedimentación V.S.)

$$V.S. = \frac{a + b}{2}$$

2

2 donde a, re-

presenta el valor de sedimentación durante la primera hora y b, el valor de la segunda, encontramos para nuestras 20 observaciones los valores siguientes:

Hombres:	Mujeres:
1.5 mm.	2 mm.
2 "	6 "
2 "	7.5 "
2.5 "	7.75 "
3.5 "	8.5 "
4 "	9.5 "
4.25 "	9.75 "
4.75 "	10.25 "
5.75 "	10.50 "
8.50 "	10.75 "

Aplicando la medida aritmética para cada uno de los cinco números menores y mayores en cada caso, encontramos en conclusión los números siguientes:

Hombres de 2,3 mm. a 4,9 mm.

Mujeres de 6,3 mm. a 10,2 mm.

Dentro de estos números creo se encuentra la curva aproximada de valores normales de la eritrosedimentación entre nosotros.

*Antonio Vidal.*

Tegucigalpa, 18 de septiembre de 1936.

## Mis Prácticas con el Evipán Sódico

Por medio del presente artículo quiero publicar mis impresiones con este nuevo y eficiente producto de la casa "Bayer", que tan conocida es en el gremio Médico por sus variados productos de los que hace una distribución mundial para experiencias clínicas y de entre los cuales este, EVIPAN SÓDICO, está tomando gran auge en las prácticas anestésicas por las grandes ventajas que presta, con la cual se evita a los pacientes esa impresión preanestésica o de excitación que la mayoría de los agentes narcóticos ocasiona.

Pero antes de entrar en detalles referentes a los síntomas que he notado en los pacientes a los que les he administrado este producto, quiero volver una rápida mirada a los diferentes períodos de las épocas quirúrgicas y a los medios anestésicos empleados; aunque advierto que no haré una descripción detallada de ellos, por no ser ese el fin de este trabajo y además ella se encuentra en varias obras de Cirugía; sino que a grandes rasgos hablaré de los hechos más notables: Es bien sabido que la era quirúrgica se inició con la humanidad y los Cirujanos de la edad de piedra, nos han dejado algunos de sus instrumentos con los que practicaron aquellos dolorosos y laboriosos actos siendo el dolor de la enfermedad el que hacía a los pacientes soportar el dolor del acto quirúrgico por lo que se idearon varios métodos anestésicos, entre ellos el de la aplicación de fuertes gol-

pes en la cabeza los que ponían muchas veces las vidas en peligro y durante el aturdimiento que producía se practicaba la operación; luego la aplicación de aceites o trementina caliente, con los que se laceraban los tegidos superficiales y en fin la aplicación de bebidas narcóticas variadas, aplicadas por vía bucal, las que eran preparadas por brujos o encantadores y eran vendidas por lo regular con fines criminales de venganza, con los que se buscaba no más la mutilación del enemigo, para que después sufriera sus consecuencias. También han sido practicadas en estos tiempos las anestésias síquicas o por hipnotismo que hasta la fecha se practican.

Pero ya es tiempo de llegar a épocas más modernas, a la época de aparición del Cloroformo y del Éter y dando un salto de aquellas prácticas, ridículas en nuestros tiempos, venimos al descubrimiento cómico y causal del Cloroformo por J. Simson, quien en compañía de otros se dedicaba a experimentar con el Éter, y es por esto que la aparición de estos dos grandes narcóticos fue simultánea sin poderse determinar cual fue primero. Bien sabido es el accidente que tuvieron Simson y sus dos compañeros al estar examinando un líquido claro que les había traído, un Farmacéutico y que al principio creyeron que era Éter (lo mismo que el farmacéutico que lo preparó), pero cuyo olor les atrajo la atención por ser bastante agradable y sin notarlo

se fueron impregnando de su acción siendo narcotizados primeramente los dos médicos compañeros de Simsoni y este con los vapores clorofórmicos fue presa de una borrachera y de un estado de excitación, que solo le daba por brincar y hacer cabriolas dentro de su clínica, por lo que muchos de sus clientes lo creyeron loco y fueron puestos en observación, pasando luego los efectos y naciendo así el CLOROFORMO y a continuación el ÉTER.

En esta época, se puede decir la contemporánea, van apareciendo luego infinidad de narcóticos por inhalación, lo mismo que las anestias locales y regionales por plexos nerviosos, lo mismo que la raquídea o de Qiünke, la rectal y en fin todas las conocidas actualmente con lo **que** la Cirugía ha podido caminar a pasos agigantados, con la ayuda de las guerras entre ellas la de 1914.

Hace pocos años, relativamente que un médico mexicano, si mal no recuerdo, preconizó en América el uso de la vía endovenosa, con la anestesia general por medio del alcohol etílico, teniendo muchas controversias y viéndose en el caso de inyectarse o hacerse inyectar él mismo, para demostrar la inocuidad del anestésico, pero ese procedimiento no se generalizó que yo sepa ni se practicó entre nosotros los hondureños, aunque sí **creo, se** llevaron a cabo algunas, experiencias hospitalarias en San Salvador, según me parece haber leído en la revista Médica Estudiantil de aquella hermana, pero repito entre nosotros no se

llevó a cabo ninguna experiencia clínica privada que yo haya tenido conocimiento ni mucho menos hospitalaria.

Luego, haré como dos años mientras ejercía mi práctica profesional en Trujillo, tuve noticias de un nuevo anestésico general por vía endovenosa que la casa BAYER, estaba distribuyendo entre el gremio médico para experiencias y su aparición me trajo la impresión de tratarse de otro elemento peligroso que luego desaparecería entre nosotros sin dársele preferencia a los anestésicos que teníamos en uso, al ser conocidas las estadísticas que con seguridad serían fatales, como en otros casos y tuve la seguridad de verlo pronto usado y descartado, ya que para su administración se ponía en juego esa vía tan accesible y peligrosa que como las cañerías de las poblaciones va a todos los órganos de la economía en pocos segundos, casi sin dar lugar a prevenir los accidentes, por la forma tan rápida que se disemina; pero luego tuve una gran satisfacción y desengaño al ser publicado en nuestro órgano de difusión científica LA REVISTA MEDICA HONDURENA un trabajo de nuestro mejor Cirujano el Dr. Paredes P., quien exponía sus experiencias, en varios casos habiendo observado en todos ellos los efectos maravillosos de el EVIPAN SÓDICO; fue por eso **que** inmediatamente solicité de la referida casa "Bayer" muestras las que me fueron enviadas en número más que suficiente, para una práctica rural como la que estaba ejerciendo en aquella población. Desde luego mi

resolución era completa y solo esperaba la presencia del primer caso para seguir el curso del cuadro que ya tenía "in mente", y el que estaba deseoso de observar y hacer con mis propias manos. Dichosamente tenía organizada una pequeña Casa de Salud, con siete camas en cuartos individuales donde ya había practicado algunas operaciones particulares, entre ellas una amputación del brazo en su 3o. superior, por gangrena gaseosa en que de paso diré tuve buenexito y en el que administré anestesia general por el cloroformo, siendo esa la última que con el anestésico de Simsom verifiqué. De esa fecha para acá los casos que he tenido que operar, los he anestesiado en su mayor parte por el EVIPAN, y el ÉTER, a veces solos y a veces mezclados. Son los siguientes:

A. de P., adolecía de apendicitis crónica durante más de dos años, de 28 años de edad y con embarazo de dos meses; fue en esta Sra. que dispuse practicar mi primera inyección del anestésico referido, EVIPAN SÓDICO, y desde luego diré que no alcalicé el éxito deseado, debido según creo al temor que tenía al elemento nuevo, por lo que apliqué solamente 0.50 Grs., y no el gramo que trae la ampolla, aunque la primera fase se verificó conforme al cuadro general que luego describiré y así fue trasladada a la mesa de operaciones de mi clínica particular, se preparó la operación y al momento de iniciarla, como 25 minutos después de la inyección, la enferma dio señales de estar en simianestesia, por lo que

me vi en el dilema, de practicar una nueva inyección o seguir la anestesia por el Éter, adoptando este último, porque como he dicho no tenía la absoluta confianza; y de cuál debía ser la dosis máxima con el aditamento que era, repito la primera vez que ponía en uso ese anestésico. Luego pues seguí la operación al Éter por medio de una mascarilla clorofórmica y puedo asegurar que la cantidad de éter usada, a pesar de la que se evapora fue bastante ínfima, pues no se fue ni la mitad de la latita de 100 grs. marca Squib que usé. Luego el despertar fue bastante tardado probablemente debido a la asociación de ambos anestésicos y ya a las 24 horas el estado de la paciente era perfecto. Agregaré además que la presencia de gases no fue tan molesto, lo que me hace pensar que la acción del EVIPAN, no es tan marcada sobre los músculos lisos y la paciente fue dada de alta a los ocho días completamente bien. Agregaré que el embarazo no fue interrumpido lo que confirma la falta de acción sobre los tejidos musculares.

2o. M. C, del barrio Cristales de Trujillo, de la raza de color, adolecía de un abeeso Bartolínicó con gran edema labial y fuerte dolor que no permitía a la paciente soportar las maniobras operatorias, más o menos 0.75 grs. o sean tres cuartas partes, la anestesia tuvo su cuadro propio y fue completa no dando la paciente síntoma ninguno de dolor.

3o. T. R. de Sonaguera, de 14 años de edad, había sufrido una

gran herida al caer de una pared, sobre el asiento de una botella, la que seccionó algunos tendones flexores y se extendía de uno a otro lado de la planta del pié derecho, le inyecté a pesar de su edad la ampolla completa presentándose el cuadro clásico a que luego me referiré, hice la sutura tendinosa y la he-mostasia completa en una operación laboriosa como de 70 minutos o sea hora 10 minutos sin haber dado señales de dolor la pequeña paciente, el despertar fue como a las tres horas y el estado perfecto hasta las 24, por lo demás la herida curó por primera intensión y la motilidad del pié quedó casi perfecta.

4o. E. A., de la misma aldea de Sonaguera, de 17 años de edad con antecedentes palúdicos notables, adolecía de una Onixis del dedo lo. u ortejo mayor del pié derecho, no resistió la aplicación de anestesia local a la Novocaína que intenté hacerle, por lo que le inyecté 0.75 grs., de EVIPAN, la anestesia fue per-

fecta y el despertar ligero come en hora y media, quedando lí paciente en semiinconciencú como por 5 horas el cuadro general, fue el corriente.

J. de S., de una finca Le se presenta adoleciendo de Me-tritis hemorrágica post-como de tres meses, gran do anémico y quise aplicarle ra-quídea anestesia, sin conseguirlo por no haber caído en el canal; a pesar de su estado anémico le apliqué la inyección solamente 0.75 grs.; el curetajt fue hecho sin ninguna novedad el despertar fue en 8 horas y e] estado perfecto de la paciente en 24 horas, se le dio el alta a los seis días.

S. M., de 47 años de edad, de Danlí departamento de el Paraíso, llegó adoleciendo de una herida de arma de fuego, la que le fracturó el fémur produciéndole la salida inmediata de algunas pequeñas esquirlas, por lo que practiqué la Esquirlectomía por medio de una gran incisión en el tercio superior del musió, la

anestesia fue hecha al EVIPAN, aunque al final se le dio una pequeñísima cantidad de Éter, por haberse movido al hacer la sutura y aplicar el dreno, el cuadro fue el general, y al día siguiente a las 24 horas que ya estaba el paciente en perfecto estado, le apliqué su aparato de extensión con Gotieras y pesas, quedando completamente curado a los 46 días; este paciente era un individuo alcohólico, de carácter impulsivo, por lo que tenía fama de malhechor, pero ese cuadro síquico o carácter mejor dicho en nada influyó y el EVIPAN obró como en la paciente de 14 años a que antes me referí.

Como se verá son solamente seis casos los que presento en este artículo, desde luego sin la idea de sentar bases estadísticas con tan pequeño número y mi fin ha sido contribuir con mi observación a implantar ese producto en todos aquellos casos que se nos presenten en nuestra práctica, el que estoy seguro prestará gran alivio a los pacientes y evitará maniobras bruscas a que por lo regular se ve uno impelido a practicar con el uso de otros anestésicos.

En los casos enumerados de mis observaciones, dejé deliberadamente de presentar un cuadro completo del curso de la anestesia, con el objeto de hacer uno general que por la comunidad de fases se adapte a cada uno de ellos y así me evito la repetición de síntomas y hago más corto este artículo. Debo decir que el preoperatorio es igual al correspondiente a la operación que se practique, por

lo que ahorro detalles, pero especialmente la droga anestésica del EVIPAN, necesita un estado de ayuno de unas 12 horas, antes de su administración. Ahora el acto operatorio para administrarlo es el de una inyección endovenosa, la que se prepara inmediatamente antes, disolviendo el agua destilada (10 ce.) en el gramo de EVIPAN. Los síntomas observados en el paciente son los siguientes. La solución se administra en 100 o 120 segundos.

10 segundos después de haber principiado, el paciente puede contestar con lucides a cualquier pregunta, en ese momento siempre he observado un bostezo "BOSTEZO INICIAL", que indica que el sueño anestésico ha entrado en fase, los párpados se entrecierran y los ojos se ponen fisiológicamente en abducción, a la vista del operador esto más o menos a los 30 segundos de iniciación; en este momento la relajación muscular es completa pero el enfermo todavía da señales de sensibilidad si se le hace una presión fuerte en la piel; a media administración es decir como a los 50 o 60 segundos, ya el enfermo no presenta reacción sensitiva ni a los pinchazos con una aguja, y de ese momento hasta el final recibe el resto de el anestésico sin presentar ningún otro síntoma y solo en dos casos observé, mujeres los dos, que el esfínter vesical o urinario se relajaba, es decir daba salida a los orines, lo que más bien atribuye a una relajación de la vejiga, pues, al cateterizarlas se les extraía una cantidad como de 200 gramos. Ya

en este estado de narcosis he verificado las operaciones con diferentes cantidades de tiempo, entre 15 minutos y hora 20 minutos, este último la exquirlectomía femoral y solamente en este y en la apendicectomía por la razón que dejé dicha, hubo necesidad de aplicar un poco de Éter. Luego han sido trasladados a sus lechos donde he seguido el curso de regresión, y por lo regular el sueño ha continuado sin interrupción hasta tres y seis horas, que es cuando se presentan contracciones frecuentes del estómago expeliendo pequeñas cantidades de líquido mucoso normal y a veces bilioso o biliomucoso, en este período el paciente principia a despertar y presentan un estado de verdadera borrachera etílica, bajo el cual se presentan períodos de riza, de enojo y hasta lloran como es propio de aquel estado, bajo el que permanecen hasta tres horas, luego se van calmando y dormitan hasta cinco y seis horas, si no se les interrumpe después de este tiempo, el despertar es normal, quedando como en cuatro casos es decir en un

75% una cefalea más o menos intensa y el RESTITUTO AD INTEGRUM a las 24 horas más o menos de haber sido administrado el EVIPAN.

CONCLUSIONES: Indudablemente estamos en presencia de un bello elemento al servicio de la Cirugía, del que se debe hacer el mayor uso, porque relativamente ha reducido al mínimo los trastornos anestésicos y pcst-anestésicos librando así a médicos y pacientes de sus molestias. Debo declarar que en mi práctica civil le he dado la preferencia por el éxito 100% que con él he conseguido y el día que me encuentre al servicio de una sala de Cirugía ofresco dar una estadística numéricamente respetable en la que espero alcanzar el mismo resultado que hasta ahora. Y por 'hoy ruego a mis colegas dispensar esta pequeña estadística con la que atrevidamente me presento y a la vez felicito y agradezco a la Casa BAYER, por haber lanzado este producto con que ha afirmado su prestigio.

*Roberto Gómez Róbelo.*

## LA SINFISIOTOMIA FRENADA

Con amable dedicatoria del autor recibimos recientemente una monografía con el título que encabeza estas líneas, tesis presentada para obtener el diploma de Dr. en Medicina de la Facultad de El Salvador por el caballero *J. H. Arrieta Yúdice*.

Un verdadero deleite nos causó su detenida lectura porque se trata de un trabajo completo sobre la materia, resultado indudablemente de un largo y concienzudo estudio bibliográfico, cadavérico, clínico y quirúrgico; sólo así se explica la excelente argumentación crítica sobre los diferentes procedimientos de pelviotomía y luego la comparación con las otras intervenciones obstétricas, fórceps, versión, cesárea.

La Historia de las pelviotomías inicia la tesis del Dr. Arrieta; se remonta hasta la observación hipocrática del funcionamiento de la articulación pubiana y a la idea príncipes de Pineaud sobre el ensanchamiento artificial no realizada sino hasta 68 años después por de la Courvée.

Analizando todos los conocimientos sobre pelviotomías en sus diferentes técnicas, indicaciones y resultados llega al siglo actual y se detiene a estudiar largamente las opiniones de franceses, cubanos y argentinos.

Después de considerar la anatomía de la región pubiana y de la sínfisis en sus aplicaciones quirúrgicas entra de lleno a la descripción de la técnica de Sinfisiotomía frenada, procedimiento sub-cutáneo parcial de

Zarate, Profesor de Obstetricia de Buenos Aires.

En capítulos aparte trata del parto y puerperio después de la sinfisiotomía, de accidentes y complicaciones, del valor que ocupa esta operación en la terapéutica de la desproporción céfalo-pelviana, del eclecticismo sinfisiotómico actual, de indicaciones, y contra-indicaciones, de las observaciones y estudio crítico de las mismas.

El autor hizo una encuesta en Centro América preguntando a varios médicos las noticias que tuvieran sobre las pelviotomías y especialmente sinfisiotomías; unánimemente respondieron de todas partes declarando no haberse realizado nunca tal operación.

Once casos presenta perfectamente analizados y seguidos algunos por meses. Once madres y once niños salieron triunfantes del instante supremo de dar a luz en casos que de no haberse practicado la sinfisiotomía se hubiera hecho una versión, un fórceps o una cesárea, con los riesgos consiguientes para el feto y la madre, riesgos inminentes aun entre las manos más expertas.

Por tratarse de una operación, inocua, sencilla, al alcance no sólo de cirujanos y parteros sino de médicos generales y sobre todo por la superioridad sobre las otras en los casos de justa indicación, es decir en la desproporción céfalo-pélvica relativa, el autor hace un brillante elogio y la aconseja abiertamente.

Los hondureños que pasamos por las aulas de la Universidad salvadoreña y por las Salas del Hospital Rosales sentimos un sincero regocijo cuando vemos salir de aquellos centros trabajos y muchachos que le honren y nos honren; por eso ahora al hacer la cordial felicitación y agradecer la gentileza del envío de su tesis al Dr. Arrieta Yúdice, insertamos a manera de trompetazo que despierte el deseo de leer el estudio completo, por creerlo de interés general,

### CONCLUSIONES

Después del estudio que acabamos de hacer de la sinfisiotomía baj o su nueva forma, nos sentimos inclinados a deducir:

1P—Que es el mejor procedimiento de pelvitomía que existe, sobre todo de sinfisiotomía.

2?—Que es la operación más sencilla y más inofensiva de todas las que pueden ser empleadas en la desproporción céfalo- ■ pélvica.

Basándonos en estas deducciones, proponemos a nuestra Facultad de Medicina que esta operación sea señalada de igual manera que cualquiera otra; y al gremio médico en general aconsejamos que utilice sus ventajas sobre las otras operaciones obstétricas.

En pocas líneas resumiremos a manera de conclusiones el concepto que tenemos de la sinfisiotomía "frenada," en sus diversos aspectos.

#### I.—su historia en Centro América.

1.—La sinfisiotomía . subcutánea parcial, llamada también

sinfisiotomía "frenada," no ha sido practicada antes de ahora en ninguno de los países de Centro América.

2.—Los casos que se atribuyen al Profesor Llerena (de El Salvador) y a los Doctores Soto y Rojas (de Costa Rica), no pudieron ser practicados con la técnica de Zarate, pues en ese tiempo no era conocida.

3.—Este trabajo inicia entre nosotros el estudio de las pelvitomías en general, de la sinfisiotomía en particular, pues reúne una estadística que deja en nosotros una experiencia de alguna consideración, aun cuando sea numéricamente escasa. Esperamos que haya alguien con mayores capacidades que quiera proseguir estas investigaciones en un campo apenas entrevisto.

#### II.—Técnica.

1.—La sinfisiotomía "frenada" es una operación anatómicamente correcta: su técnica está fundamentada en la anatomía de la región y permite seccionar solamente lo que hay que seccionar y únicamente lo que conviene seccionar. Ha sido precisada por su autor en numerosos casos clínicos y en repetidas experiencias cadavéricas.

2.—Su técnica es satisfactoria desde el punto de vista quirúrgico: permite obtener progresivamente la separación deseada' y limitarla gracias a la creación quirúrgica de un freno superior y a la utilización de un freno inferior anatómico.

3.—Desde el punto de vista práctico es preferible a cualquiera otra intervención: su instrumental es sencillo, sus preparativos son insignificantes, su

ejecución es rápida, puede ser realizada en el lecho mismo de la parturienta con anestesia local, no requiere ayudantes expertos.

### III.—Operador.

1.—Para ser bien ejecutada, esta intervención requiere del operador un conocimiento preciso de la técnica, un conocimiento profundo de la anatomía de la región y una buena dosis de prudencia.

2.—Es una intervención peligrosa, no en manos inexpertas, sino en manos imprudentes. El especialista, el cirujano y el médico práctico general están en iguales condiciones desde el punto de vista técnico.

3.—Desde el punto de vista clínico, la sinfisiotomía pertenece al especialista en sus indicaciones relativas y de urgencia, y al médico práctico general en sus indicaciones absolutas.

### IV.—*Sí, sitio en la práctica obstétrica actual.*

1.—La sinfisiotomía "frenada" no debe ser substituida, por el fórceps, a cualquiera altura del canal óseo que se encuentre' la presentación, ni por la versión o la maniobra de Champetier de Ribes, en los casos de desproporción céfalo-pélvica relativa.

2.—La cesárea no debe oponerse a la sinfisiotomía en la distocia ósea relativa, pues responde mejor a las necesidades de su empleo en la distocia ósea absoluta y en los casos de contra-indicación formal de sinfisiotomía.

3.—La sinfisiotomía "frenada" no puede compararse a la pubiotomía, que es una operación más complicada y de mayor

morbilidad, habiendo ocasionado la muerte de la parturienta en más de una ocasión.

### V.—*Indicaciones y condiciones necesarias a su empleo.*

1.—Las indicaciones de la sinfisiotomía no pueden ni deben ser sentadas durante el embarazo, pues es una operación de necesidad en el curso del trabajo; solamente después de la ineficacia de la prueba del trabajo podrá indicarse.

2.—La sinfisiotomía está indicada de manera absoluta en toda parturienta con desproporción céfalo-pélvica natural o accidental, cuello dilatado o dilatado y contractilidad ^uterina normal o insuficiente.

3.—Está indicada de manera relativa en toda parturienta múltipara con desproporción céfalo-pélvica natural o accidental cuando existe sufrimiento fetal y cuello *no dilatado*, pero sin distocia uterina; y en toda parturienta primípara con la misma desproporción, presentación de cabeza o de nalgas, cuello dilatado o dilatado, contractilidad uterina normal o insuficiente; y todas las veces que se practique una episiotomía, o la maniobra de Kristeller, o que se administre hormonas post-hipofisarias, como método para eliminar el fórceps.

4.—Está indicada con carácter de urgente en la cabeza última retenida a fin de reemplazar la maniobra de Champetier de Ribes, siendo entonces preferible practicar la sinfisiotomía profiláctica en pelvis estrechadas moderadamente.

5.—Sus contra-indicaciones absolutas son: la hipoplasia deL

conducto genital, la distocia uterina por contracción o retracción anular, las afecciones de las articulaciones sacro-iliacas, la distocia ósea absoluta. La muerte confirmada del feto es tenida actualmente como contraindicación absoluta por todos los autores.

#### VI.—Resultados.

L.—Armónica y científicamente asociada al trabajo de prueba reduce al minimum el número de las intervenciones en los casos de distocia por desproporción relativa; evita las operaciones profilácticas y las operaciones que necesitan ser practicadas precozmente y que impiden beneficiar a la mujer con la prueba del parto; rinde mejores resultados que aquellas operaciones que pueden ejecutarse en oportunidad tardía en el curso del trabajo.

2.—En la sinfisiotomía "frenada" las verdaderas complicaciones (trastornos de la marcha, prolapsos genitales) no existen; los accidentes (heridas de la vagina, de la uretra, del cuello vesical, de la vena dorsal del clítoris y las complicaciones a que pueden dar lugar (supuración de la sínfisis, absceso presinfisiario, incontinencia de orina, hemorragia y hematoma

presinfisiario) son fácilmente evitables observando con rigor los tiempos operatorios y realizándolos con prudencia extrema.

3.—Su mérito proviene, entonces, "de su inocuidad *quod m tam et functionem*": correctamente ejecutada dentro del límite de sus indicaciones, las complicaciones son inherentes al parto mismo.

4.—La pequeña cifra de mortalidad fetal (3 al 5 %) cuando está cargada, no es imputable a la operación misma, sino al operador por su decisión tardía de intervenir.

o.—La curación definitiva de estrecheces pelvianas mínimas y ligeras después de sinfisiotomía es un hecho netamente comprobado, ya que la consolidación de las extremidades pubianas se efectúa a distancia por proliferación fibrosa. La observación clínica señala, además, la frecuencia de partos espontáneos en antiguas sinfisiotimizadas, es decir, que, contrariamente a cualquiera otra intervención, las secuelas de la sección de las sínfisis benefician el porvenir obstétrico de la madre.

J. H. Arrieta Yúdice. 1

## FROSTATISMO

El prostatismo es un síndrome urinario caracterizado por una dificultad de evacuación de la vejiga que llega a la retención incompleta y más tarde a un distensión vesical que evoluciona clínicamente en tres períodos:

I.—Trastornos premonitores.— Aun con alguna dificultad la vejiga logra evacuar totalmente su contenido. Ese esfuerzo se traduce por una disuria acompañada de retardo en la aparición del chorro; este cae verticalmente por pérdida de fuerza; la polaquiuria es más marcada en la noche que en el día; el estado permanente de congestión vesical produce deseos imperiosos de orinar y dolor al principio y fin de la micción.

II.—Período de retención incompleta sin distensión. — La musculatura vesical fatigada no consigue evacuar todo su contenido de donde un residuo permanente que aumenta progresivamente; como consecuencia polaquiuria diurna y nocturna acompañada de poliuria y aumento de frecuencia.

III.—Período de distensión. — La retención permanente es de 500 a 2.000 gramos; la vejiga es siempre palpable sobre el pubis; la distensión avanza sobre los uréteres y pelvis renal. Varios cuadros clínicos ponen de manifiesto estos fenómenos: polaquiuria diurna y nocturna muy intensa orinando el paciente cada 5 a 10 minutos; incontinencia como único síntoma funcional; forma de dispepsia urinaria

en que los síntomas digestivos ocupan un primer plano encubriendo los urinarios: lengua seca, recubierta de un barniz blanquecino, abdomen meteorizado, constipación o diarrea persistentes.

La evolución del prostatismo no siempre se hace en la forma descrita; a veces los períodos se suceden más rápidamente y otras el paciente no acusó los trastornos de los dos primeros períodos sino hasta presentarse en el tercero.

Algunas complicaciones o accidentes del prostatismo cambian el cuadro clínico de éste entre ellos retenciones completas que suprimen toda micción y la infección urinaria que agravan el pronóstico.

La primera idea en presencia de un prostatismo será la de hipertrofia de la próstata, reconocible al tacto rectal: masa voluminosa, dificultad de distinguir los lóbulos prostáticos, consistencia firme y elástica, bien limitada en su periferia; en algunos enfermos no se siente la masa prostática pero sí la falta del surco divisorio debido al desarrollo del adenoma peri-uretral.

Después pensar en el cáncer de la próstata y la prostatitis crónica cuyas diferencias clínicas se notan también por el tacto rectal.

La estrechez uretral cuya existencia se averigua por la exploración con bujías de punta olivar empezando por el número 20. Si la bujía se detiene en la

región bulbar se tratará de una estrechez o de un espasmo; introduciendo un beniqué calibre 45 el espasmo cede en tanto que la estrechez no. Una vez sabido que es una estrechez se investigará el calibre disminuyendo el de las bujías hasta pasar una que indicara el de la estrechez.

Cuando el tacto rectal muestre normalidad de la próstata y la exploración uretral el libre paso de las bujías se investigará por un examen cuidadoso el sistema nervioso para saber si el prostatismo es o no debido a una afección medular.

Descartada la atonía vesical de origen nervioso una cistoscopia podrá mostrar la existencia de adenoma peri-uretral desarrollado del lado vesical y por consiguiente no accesible al tacto rectal; el cuello vesical aparece normal. El aumento de volumen de las glándulas peri-uretrales sí puede provocar deformaciones del cuello visibles al cistoscopio, la imagen normal de media luna concavidad central es reemplazada por la de una convexidad central.

En caso de que el examen cistoscópico no haya mostrado nada en el cuello o la próstata podrá enseñarnos otras lesiones

capaces de producir prosta; divertículo de la vejiga principal síntoma micción: dos tiempos lo confirmare: la cistoscopia también puede ponerlos de manifiesto y por la cisto-radiografía er ción antero-posterior. lat oblicua.

La barra interuretral ¿? reconoce por la cistoscopia: coincide a veces con el adenoma uretral pero otras es prin congenital.

Descartadas por el tacto tal, exploración de ¿? cistoscopia, examen del sistema nervioso el adenoma peri-uretral, cáncer de la próstata, tititis crónica, divertículos de la vejiga, barra inter-uretral, e estrechez de la uretra y atonía vesical por trastornos nerviosos = a que deben atribuirse los menos de prostatismo? ¿? Hay que admiten el prost vesical causado por una ciencia de la musculatura vejiga sin lesión, pero otros niegan basándose en que los cuellos extirpados por *ese* vo mostraron adenomas microscópicos o rigidez de las musculares del cuello por rosis o hipertrofia.

O, M. 1

## Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

### *Peritonitis.*

- NO olvidéis que .hay peritonitis en las cuales, a pesar de la existencia del pus en el peritoneo, el pulso es casi normal, no hay vómitos ni parálisis intestinal.
- NO olvidéis que el aumento del número de glóbulos blancos puede ser aún mayor en la hemorragia de la cavidad abdominal que en la peritonitis.
- NO olvidéis que la hiperestesia exclusivamente cutánea de la región apendicular es de origen histérico.
- NO dejéis de buscar un estrangulamiento cuando os encontréis con manifestaciones de peritonitis aguda en una peritonitis tuberculosa.
- NO olvidéis las tentativas brutales 'de aborto y el embarazo extrauterino cuando la peritonitis se desarrolla en la parte media del hipogastrio.
- NO olvidéis que un foco apendicular puede presentarse también en el hipogastrio.
- NO olvidéis que un absceso subumbilical es generalmente debido a una peritonitis pneumónica.
- NO dejéis que ésta se abra por el ombligo; operad.
- NO olvidéis la torción de un ovario o un quiste cuando después de algunos fenómenos perifoneales agudos aparezca un derrame.
- NO puncionéis la ascitis de la forma tuberculosa sino en un último extremo.
- NO hagáis la laparatomía en la oclusión intestinal, en la cual generalmente falta en absoluto la emisión de gases y materias fecales.
- NO dejéis de pensar en la apendicitis en caso de himen intacto.
- NO hagáis buen pronóstico si la respiración es superficial y rápida, con movimiento de las alas de la nariz; probablemente hay peritonitis generalizada y una lesión pleuropulmonar.
- NO hagáis buen pronóstico si el pulso está poco perceptible aunque el enfermo os diga que se siente bien.
- NO olvidéis que la icteria no es rara en las peritonitis.
- NO olvidéis que una respiración calma e indolora indica una localización de la peritonitis.
- NO dejéis de hacer el tacto rectal y vaginal cuando sea posible.
- NO os apresuréis a abrir si un absceso está limitado y el estado general es bueno.
- NO os preocupéis tanto de lavar el peritoneo como de evacuar todos los focos purulentos.
- NO os dejéis engañar por un pulso lleno, pero blando y dícroto, que indica que se está formando un foco purulento.

- NO olvidéis que la disociación del pulso y la temperatura, siendo muy frecuente aquel, es mal signo pronóstico.
- NO olvidéis la edad y el sexo al apreciar la frecuencia<sup>1</sup> del pulso.
- NO toméis la temperatura solo en el recto o en la boca; tomadla también en la axila; una gran diferencia entre aquella y ésta, es de muy mal pronóstico.
- NO olvidéis sondear a vuestro enfermo; con mucha frecuencia en las supuraciones hipogástricas no se vacía bien la vejiga y ésta; cuando está llena, puede dar la impresión de un absceso.
- NO dejéis de examinar la orina; la presencia de la albúmina y del indican son de mal pronóstico.
- NO hagáis palpaciones y percusiones fuertes que son dolorosas y provocan defensas viscerales y pueden romper adherencias.
- NO olvidéis que el dolor se provoca DO tanto cuando se comprime, como cuando se suspende la compresión repentinamente.
- NO os dejéis engañar por la sensación de euforia que existe en algunas peritonitis colibacilares gravísimas.
- NO olvidéis la forma tuberculosa cuando en una dispepsia rebelde observéis una ligera contracción de los músculos abdominales y haya una penosa sensación cuando se palpa profundamente el abdomen.
- Pielitis.*
- NO diagnosticuéis pielitis por el aspecto turbio de la orina, que puede ser debido a la presencia de uratos, fosfatos, oxalatos, grasas y bacterias. Haced el examen químico y microscópico cuidadoso.
- NO creáis que la acidez éorina purulenta indica que el pus viene de los riñones j que la alcalinidad indica ufl origen vesical. La acidez o alcalinidad de la orina no tiene nada que ver con el origen del pus.
- NO diagnosticuéis piuria sin haber eliminado el pus.
- NO olvidéis que la aparición de la piuria indica generalmente la existencia de una nefrosis crónica o la abertura de un absceso en las vías urinarias.
- NO olvidéis que una piuria de origen renal puede existir con la de la vejiga que estáis obligados a demostrar la integridad o función de cada uno de ellos. I
- NO fundéis vuestro diagnóstico exclusivamente en el examen de la orina.
- NO olvidéis que la pielitis es más frecuente en la mujer que en el hombre.
- NO olvidéis que las pielitis raras veces son dobles, por lo menos al principio.
- NO olvidéis que la supuración de la pielitis es muy irregular, lo que la distingue de la cistitis en que la relación con el pus a la orina es constante.

NO olvidéis que los trastornos de la orina en la pielitis pueden tardar algunos días en aparecer.

NO hagáis el diagnóstico de pielitis sin determinar su causa.

NO olvidéis que en las mujeres embarazadas la pielitis es frecuente pero benigna.

NO interrumpáis el embarazo en los casos de pielitis; si es grave, esperad por lo menos que el feto sea viable.

NO prescribáis líquido en abundancia cuando creáis que el parenquima renal está interesado, sobre todo si la lesión es doble.

NO prescribáis grandes cantidades de líquido al mismo tiempo que la urotropina cuyo poder antiséptico disminuye al disolverse en una gran masa de líquido.

NO prescribáis aguas minerales alcalinas; la pielitis necesita una orina concentrada y ácida.

#### *Pie plano.*

NO dejéis de pensar en él cuando haya dolores en las piernas; el diagnóstico de várices internas y de reumatismo oculta muchos ■ casos de pie plano.

#### *Pionefrosis.*

NO operéis en caso de afección de los dos riñones, cuando no existe más que un riñón y el sano está atrofiado; en los casos recientes con supuración muy abundante y en el embarazo muy avanzado.

#### *Placenta previa.*

NO olvidéis que toda hemorragia uterina indolora que se repite cada vez con más frecuencia en una mujer que se supone embarazada, os debe hacer pensar en la placenta previa.

NO permitáis que la enferma caiga en la anemia; operadla cuanto antes.

NO hagáis tactos frecuentemente.

#### *Pleuritis.*

NO confundáis los frotos pleuríticos con los crujidos escapulares que dependen a veces de la miositis osificante.

NO olvidéis que los frotos pericardíacos son considerados a veces como pleurales.

NO dejéis de hacer la radiografía, pero recordad que la desigualdad de la iluminación y de sensibilidad de la placa fotográfica y el espesor de las mamas y los músculos pectorales, dan lugar a frecuentes errores.

NO diagnosticuéis neuralgia intercostal, sin haber hecho una exploración cuidadosa del tórax.

NO hagáis el diagnóstico de pleuritis diafragmática sin haber eliminado la perihepatitis y periesplenitis.

NO olvidéis que el reumatismo muscular, fracturas ignoradas de las costillas y aún el Mal de Pott, pueden ser confundidos con la pleuritis.

NO dejéis de explorar el corazón y el espacio de Traube en el curso de una pneumo-

*Pneumotorax.*

- NO confundáis la dispnea violenta del pneumotórax con la del edema pulmonar, en el cual hay una abundante expectoración, aereada, espumosa, de color amarillo.
- NO confundáis el pneumotórax con el enfisema, que es generalmente unilateral, no produce ruido anfórico, ruido de bronce ni sucusión.
- NO dejéis de determinar la causa del pneumotórax que en el 90 % de los casos depende de la tuberculosis.
- NO os conforméis con el tratamiento médico si no hay mejoría; haced la punción pleural.
- NO hagáis tratamiento si el pneumo y el hidropneumotórax no provocan molestias, sobre todo cuando el segundo es crónico de origen tuberculoso.
- NO operéis a los niños sino en caso de dispnea grave.
- NO dejéis de hacer la punción en los adultos; la abstención puede causar la muerte; la operación no arriesga nada.

*Prostáticos.*

- NO confundáis los trastornos tabéticos de la micción con la hipertrofia de la próstata; haced sistemáticamente el tacto rectal en los urinarios.
- NO olvidéis sin embargo que hay casos en que el tacto rectal no permite percibir un aumento de la próstata.
- NO olvidéis que la asimetría de la próstata, comprobada por la cistoscopia y el tacto rectal, y las neuralgias ciáticas y pélvicas, deben hacerlos pensar en la malignidad de la degeneración prostática.
- NO hagáis pronóstico benigno en las hipertrofias de la próstata que se desarrollan violentamente. ■
- NO confundáis la retención aguda que necesita el cateterismo con la crónica en la cual es funesto.
- NO sondéis un prostático con retención incompleta y distensión vesical; podéis infectarlo.
- NO purguéis con aloes a un prostático,

*Pruritos.*

- NO hagáis vuestro diagnóstico sin haber eliminado antes la idea de que no hay parásitos.
- NO olvidéis el prurito consecutivo a las diabetes, neuropatías, trastornos del hígado y la vesícula, sistema nervioso, tubo digestivo y glándulas endocrinas.
- NO olvidéis examinar las cavidades vecinas en el prurito local.
- NO deis mucho bromuro que puede provocar lesiones cutáneas.
- NO prescribáis pomadas a base de ortoformo ni salol.
- NO dejéis de investigar la glicosuria, en el prurito vulvar especialmente.
- NO dejéis de investigar el origen tóxico de ciertos pruritos (opio, belladona, cocaína, cafeína).
- NO olvidéis que los artríticos, plétóricos, grandes comedores sufren a veces de pruritos que ceden al régimen.
- NO dejéis de examinar la sangre en el prurito rebelde que puede obedecer a una leucemia.
- NO olvidéis que ciertas enfermedades nerviosas, tales como la neurastenia provocan pruritos tenaces. NO dejéis de pensar en la adenia eosinofílica, cuando haya prurito intenso, fiebre, hipertrofia glandular y trastornos viscerales. Examinad la sangre. NO olvidéis que las pequeñas lesiones cutáneas que se producen al rascarse, ocasionan hipertrofias ganglionares que entorpecen el diagnóstico del prurito.
- NO dejéis de examinar las uñas del enfermo atacado de prurito; se gastan y ponen brillantes.
- NO dejéis de buscar los parásitos intestinales, almorranas, fisuras y estreñimiento en el prurito anal.
- NO olvidéis buscar el origen micótico de ciertos pruritos que se descubren con el microscopio y el cultivo y curan con la tintura de iodo.
- NO olvidéis la blenorragia crónica, estrechamiento uretral, prostatitis, en los pruritos de la zona genital.
- NO olvidéis que el prurito que se presenta en un albuminúrico no es forzosamente urémico; puede obedecer a la sarna que cura, como la albuminuria, con el frote.
- NO olvidéis que el exceso de las sales biliares puede producir pruritos, sin que haya ictericia.
- NO hagáis hidroterapia en los pruritos. Preferid las lociones alcohólicas o vinagradas.
- NO hagáis hemotflrapia si aumenta el prurito.
- NO dejéis de hacer la resección de los nervios pudendos en el prurito vulvar rebelde que conduce a veces hasta el suicidio.

*Ricardo D. Alduvín.*

*(ContinuaráQ*

## REVISTA QUIRÚRGICA

*Investigaciones sobre la hiper-*  
 ■ *pcliptidemia post-operatoria*

M. Tabanelli y A. Ergoli en Rivista di Patologie sperimentale publican el resultado de sus observaciones sobre la polipeptidemia. La miden precipitando el suero por el ácido tricloracético que no retiene los polipéptidos y por el ácido fosfotunsténico que sí los retiene. La dosificación se hace midiendo la cantidad de ázoe en los dos filtrados, la diferencia entre uno y otro da la del ázoe polipeptídico. Admiten como media 0.030 por 100 variando la normal entre 0.010 y 0.070.

Después de la operación se registra aumento desde el primer día hasta alcanzar el máximo entre ese y el quinto día. Cae del quinto al undécimo. Existe una relación del aumento con la gravedad y duración del acto operatorio. Hecho muy interesante anotado fue el paralelismo entre la cantidad de polipéptidos y la gravedad de la operación, la duración y las complicaciones cosa que no se ve en la urea.

Caída constante de la cloruremia, independiente en el tiempo, intensidad y variaciones de la uremia y polipeptidemia. Corresponden a las complicaciones operatorias uno, dos o los tres trastornos humorales.

La administración de cloruro de sodio a dosis suficiente para mantener el equilibrio clorurado no impide los otros desequilibrios. A dosis fuertes sí impide

el clorurado y urémico pero no el polipéptido.

*La medicación arsenical  
 como causa de cáncer*

Fassreiner de Colonia en Zentralblatt für Chirurgie refiere una observación demostrativa. Se trata de un paciente que en 1910 y 1919 fue tratado con Licor de Fowler por un ecsema de las manos. En 1915 le aparecieron pequeñas verrugas en las manos que crecieron después de la segunda toma del medicamento en 1919. En 1930 se desprende una verruga y deja una ulceración del índice izquierdo. Se hace diagnóstico de tuberculosis y de micosis hasta que una biopsia en 1933 muestra un epiteioma. Hasta, dos años después acepta el enfermo la amputación ya con ganglios axilares que extirpados y examinados al microscopio dieron el aspecto canceroso. Muy pronto recidiva ganglionar seguida de intervención y 9 meses después invasión de los ganglios supraclaviculares y carotídeos.

*Fracturas y lujaciones de la columna vertebral. Consideraciones sobre el tratamiento sangriento de las fracturas vertebrales*

Bohler de Viena en Der Chirurg resume así sus puntos de vista: Laminectomías descompresivas, opuesto a intervenciones dirigidas contra la parálisis. Se basa en la estadística de Schmieden de 3.014 fracturas de

las que 1.105 con parálisis y 217 operadas, sólo 16 curaron o sea 7.3 %. Teóricamente las laminectomías clescomprensivas nada descomprimen, pues la compresión la da el pico saliente del fragmento vertebral, inferior sobre el que se acoda la médula. La reducción ortopédica sí suprime la compresión. Sólo en caso de luxación de las apófisis articulares estaría indicado reseccarlas para facilitar la reducción.

Las operaciones anquilosantes en lugar de favorecer la consolidación prolongan su duración e impiden la movilidad ulterior de la columna.

La resección de las apófisis fracturadas no mejora los dolores no provocados por su **causa**. En general Bohler es contrario a las operaciones en las fracturas de la columna.

*l'iroideotomía total por desfallecimiento congestivo cardíaco y angina de pecho'*

J. A. Me Creery de New York en *Annals of Surgery* publica 3 observaciones de tiroideotomía total en casos de desfallecimiento cardíaco seguidas de éxito y 2 en anginas de pecho.

En 16 casos operados 10 lo fueron por la primera causa con un muerto; de los 9 restantes 2 tuvieron mejoría temporal; 4 mejoría moderada pero no pudieron trabajar; 3 muy mejorados sí pudieron.

Los otros seis por angina de pecho, ninguno murió por la operación. 4 muy mejorados, uno moderadamente y el otro murió 3 meses y medio después.

Operación con anestesia regional mejor que local. Técnica

de adelante a atrás al principio después de atrás a delante. En uno trastorno paratiroideo; en ninguno recurrencial.

*Tratamiento de las peritonitis por Rayos Ultra-violeta filtrados*

Nicole de Basilea en *Zentralblatt für Chirurgie* recomienda el método de Havlicek en el tratamiento de las peritonitis supuradas. Consiste en la irradiación por los Rayos ultravioleta filtrados.

Tiene por objeto reforzar el poder defensivo del peritoneo, levantar la tensión sanguínea en el territorio de los espíacnicos tanto que la infección general se encuentra reducida e inutilizando todo lavado, drenaje o desinfección de la serosa.

En 108 peritonitis purulentas difusas así tratadas Havlicek no perdió ninguno.

En Basilea se ha empleado el método 44 veces: 8 perforaciones del estómago, 14 apenaicitis perforadas, 22 apendicitis agudas gangrenosas o flegmosas, con resultados interesantes.

La irradiación disminuye los dolores post-operatorios, excita el peristaltismo, refuerza el poder de defensa y resorción del peritoneo y combate el choc esplánico. Pero no detiene las complicaciones, pues han visto en los operados crisis de meteorismo, abscesos del Douglas, fistulas estercoreales, trombosis e infartus pulmonares. Sin embargo sólo tuvieron dos muertos en las perforaciones gástricas, casos muy malos.

*Casos que requieren una intervención quirúrgica después de una coledstectomía. — Análisis de 66 y discusión sobre ciertos problemas técnicos concernientes a la extirpación de la vesícula biliar y operaciones sobre el colédoco*

H. L. Beye de Jowa City en Surgery, Gynecology and Obstetrics expone en 6 grupos las causas que indujeron a nueva intervención después de colecistectomía en un lapso de 15 años.

I.—Reconstitución de una vesícula biliar, 14 casos. Neoformación de una bolsa semejando la vesícula por dilatación de un cístico ligado muy lejos del colédoco; defecto de técnica. Hacer nueva resección.

II.—Lesiones de los canales principales, 11 casos. Consistentes en inclusión en la ligadura de pequeña porción del canal principal hasta exisión de un largo segmento. Se evita descubriendo bien el cístico y no tirando la vesícula al hacer la ligadura para no seccionar el colédoco. Se reparó anastomosando 5 veces el hepático al duodeno con 4 buenos resultados; 2 veces anastomosis del hepático al colédoco por medio de un tubo en T con 2 curaciones; 2 ve-

ees drenaje del hepático dilatado; una vez la sección del colédoco se reconoció en el acto operatorio y suturó, un muerto.

III.—Cálculos del colédoco, 6 casos. Por falta de exploración de la vía principal se dejan cálculos. Para evitarlo pensar siempre en su presencia cuando se hubiere notado ictericia y escalofríos. Cuidadosa exploración.

IV.—Adherencias. Deformaciones, compresiones, obstrucciones del colédoco, oclusión pilórica o duodenal. Secuelas evitables por hemostasis perfecta y buena peritonización.

V.—Eventración. Los vómitos pueden determinar la abertura de la herida después de la colé - cistectomía. La sutura cuidadosa de los planos evita este accidente.

VI.—Infección peritoneal localizada por contaminación imposible de impedir en el curso de una operación difícil. La buena limitación de la zona operatoria por campos y la aspiración en los casos requeridos estrecha la inoculación séptica.

S. PAREDES P.

## En Favor de una Alimentación Racional

En muchos países, la crisis económica ha provocado la acción en favor de una alimentación racional. Como los recursos de la mayoría disminuyen de día en día, ha sido necesario enseñar rápidamente el medio de sacar de ellos el mejor partido posible dando preferencia a los regímenes que, constanding lo mismo, tienen un valor nutritivo superior. Por esta razón, en 1933, costaba en Alemania la misma cantidad de proteína animal dos veces más en forma de carne que en forma de leche y la misma cantidad de calorías cinco veces más.

No se trata, como es natural, de recomendar una alimentación racional a los que apenas pueden procurarse una alimentación a base de hidratos de carbono que satisfaga sus necesidades de energía. Pero varias investigaciones han revelado que, incluso en casos de presupuestos muy reducidos, el factor cuya correlación era mayor con la talla y el peso de los niños examinados era el "savoir faire" de la madre de familia.

Por consiguiente, se debe extender la enseñanza de las escuelas domésticas, crear clases de alimentación destinadas a los niños que no estén bien nutridos y a sus padres, multiplicar las conferencias y los artículos de propaganda. Más, para obtener buenos resultados se necesita tiempo. No se trata solamente de luchar contra la ignorancia o la negligencia de las madres de familia en la elección, prepara-

ción y conservación de los alimentos; hay que transformar su mentalidad.

La crisis económica actual, aumentando en proporciones considerables el número de los que viven a cargo de la comunidad, ha permitido la aplicación cada vez más extendida de los principios de la ciencia alimenticia, pues a las distintas formas de alimentación colectiva que han sido practicadas en las escuelas, hospitales, asilos, cuarteles y cárceles, hay que añadir la asistencia alimenticia de los parados manuales o intelectuales.

Por otra parte, el desarrollo y la concentración rápida de empresas industriales o comerciales, las consecuencias materiales y morales de la guerra, el trabajo femenino, el aumento de la distancia entre el hogar y el trabajo, todas estas circunstancias han debilitado y, en ciertos países, suprimido la tradicional comida de familia. Por lo menos la comida de medio día se efectúa en las cantinas de las fábricas con gran ventaja para los obreros que están mejor alimentados y para los patronos que pueden abreviar la pausa sin perjudicar al trabajo.

En la medida en que estas cantinas benefician de la opinión de un especialista en materia de alimentación, constituyen un campo ideal para la aplicación de una alimentación racional. En los Estados Unidos desempeñan esta función los *nutricionistas*, dedicándose los *dieteticio-*

## REVISTA MEDICA HONDURENA

nistas especialmente a vigilar la alimentación del personal y enfermos de los hospitales.

Donde está más avanzada la organización de la alimentación colectiva es en la U. R. S. S. Ocupa en el programa político y social del gobierno así como en el presupuesto el lugar de un servicio público de primer orden, figurando con el mismo título las finanzas, el comercio, la educación, la salud pública y la economía. En 1935, las organizaciones de alimentación colectiva han procurado diariamente la comida a 20 millones de personas y en la época de los grandes trabajos agrícolas a 40 millones. Al mismo tiempo existían en Moscou, 26 fábricas —cocina y 2.000 refectorios menos importantes. Cada fábrica-cocina posee un departamento de regímenes con personal especial, laboratorio de bacteriología y de química y, algunas veces, un dispensario de medicina general y de especialidades. Se prevén por lo menos siete regímenes distintos.

En los demás países, los poderes públicos, secundados por instituciones privadas, ejercen una acción sistemática sobre la alimentación de la infancia. Gracias a los centros de protección a la infancia, la mortalidad infantil disminuye continuamente desde hace cincuenta años, lo que constituye uno de los triunfos de la higiene moderna.

Pero la protección de la maternidad y de la infancia se detiene generalmente al segundo año. Ahora bien, se ha observado en los niños de dos a cinco

años cierta correlación entre la alimentación ■ defectuosa y la aparición de lesiones de los huesos, de la faringe y de los dientes. Cuando un niño entra en la escuela vuelve a beneficiar de la inspección médica, pero es demasiado tarde para prevenir estos trastornos de origen puramente alimenticio.

La práctica de las cantinas escolares, introducida en Francia por la ley V. Duruy de 1867, ha adquirido gran extensión en Inglaterra donde, en 1933, unos 400.000 niños recibieron 68 millones de comidas (desayuno, almuerzo, merienda o un vaso *á*e leche; además casi tres millones de niños (de cinco millones de escolares) recibieron todos los días un vaso de leche a mitad de precio.

La leche es, para los niños, un aumento incomparable por su riqueza en proteínas que procuran los elementos nitrogenados necesarios a la reparación de los órganos y al crecimiento; contiene además 0,15 a 0,20 por ciento de cal y todas las vitaminas. Es según Sherman "la mayor fuente de vitaminas B2 (antipelagrosa) para las poblaciones de Europa y de los Estados Unidos.

Numerosas experiencias han demostrado que basta con medio litro de leche diario, crudo, ipasteurizado o desnatado pero nunca hervido, para luchar eficazmente contra las enfermedades de carencia que, dado el adelanto actual - de la ciencia, podrían ser completamente suprimidas si se adoptasen algunas medidas muy simples.

ta reducir la natalidad (avitaminosis E).

En todas partes el fondo de la alimentación está constituido por cereales. El prejuicio del maíz blanco en África como el del pan blanco en Europa y el del arroz blanco en Asia, ocasiona unas proporciones considerables de avitaminosis. A lo que acarrea enfermedades de la piel y de los ojos así como una disminución considerable en la resistencia a las enfermedades infecciosas. La leche, las grasas de los tejidos, el hígado, las verduras, los tomates y los plátanos contienen la vitamina A. Pero, a excepción del plátano, la población africana carece de todos estos alimentos. No se puede criar el ganado y si se cría raramente lo matan para comerlo. La caza no puede conservarse. Inmensas extensiones resultan inútiles para la cría de ganado debido a su pobreza en fósforo que podría fácilmente remediarse. En el este de África sucede lo contrario, lo que falta es el calcio, hasta el punto de que el

maíz contiene treinta veces menos que en los Estados Unidos. -1 Bastaría con estudiar la naturaleza del suelo para aumentar la producción indígena y hallar] en el país mismo los comple- j] mentos indispensables del régi- j] men alimenticio. Las naciones] colonizadoras serían las prime- ras en beneficiar de una política] que pusiese a su disposición no] sólo indígenas sin fuerzas y sin] necesidades sino poblaciones ac-] Uvas y fuertes, capaces de ase-] gurar el desarrollo económico de j] las colonias. Aquí hay un circulo vicioso que deben romper: la Conferencia panafricana ha sub- i] rayado de nuevo que la lucha] contra el paludismo, el tifus y] de un modo general contra to-] das las enfermedades infecciosas l] que debilitan y diezman los pue-] blos negros está ligada a la ele- l] vación del nivel de su existencia, j]

(Comunicado por la Secre- j] taría de la Liga de Socied^B] des de la Cruz Roja, 12 rifl] Newton, PARIS. XVIe.) ,

## Diagnóstico y Tratamiento de la Sarna, Pediculosis y Ptiriasis Inguinal

Por el Prof. H. GOUGEROT

Prof., de Dermatosifilografía de la Fac. de Medicina y Médico del Hospital Sí. Louis

Cuando la sarna es típica, el diagnóstico es fácil. En efecto, se caracteriza:

1o. Por prurito más o menos marcado, raramente ausente, a recrudescencia nocturna o también prurito exclusivamente vespertino y nocturno.

2o. Por lesiones cutáneas específicas: surcos y vesículas perladas, abrigo del parásito, en el que deposita sus huevos, excavados en la epidermis y que será necesario abrir, para que el parasitocida obre, con lo que se evitan las recidivas.

3o. Por lesiones asociadas no específicas: pápulas de urticaria, de prurigo, pústulas, vesículas purulentas, eczematización, etc., realizando una erupción polimorfa.

4o. Por los lugares de elección característicos. Pues si las lesiones pueden ser diseminadas, predominan sin embargo en ciertas regiones que son *los espacios interdigitales; cara anterior de la muñeca; cara posterior de los codos; axilas*, no el hueco de la axila sino sobre el borde del músculo pectoral; *senos*, sobre todo los pezones; *escroto y glande; pliegues subglúteos* y *particularmente en los niños, dedos y plantas de los pies*. La cara no es invadida jamás por los surcos, pero puede estar ataca-

da de piodermatitis autoinoculada, y de eczema.

5o. Por último, por una incubación de 2 a 40 días, con término medio de 10 a 20 días.

Pero existen sarnas larvadas, de un diagnóstico a menudo muy difícil; la sarna se esconde detrás de un eczema y de dermatitis profesionales eczema tosas de los almaceneras y albañiles (falsas sarnas); de una urticaria o de un prurigo; de piodermatitis y aun detrás de una erupción vesiculosa que simula una dermatitis polimorfa dolorosa de Dühring-Brocq.

A veces el diagnóstico entre las piodermatitis sífiloides o tuberculosis de la sarna y la sífilis o tuberculides pápulo-necróticas, es muy difícil. Es necesario investigar por una parte los signos de la sífilis o las tubereúides, y por otra los de la sarna.

En definitiva, es pues el *surco de la sarna* el que siendo el *único signo característico* permite hacer el diagnóstico: el surco de la sarna dibuja un pequeño trazo muy fino, como ejecutado por una aguja que se hubiera introducido en la capa córnea de la epidermis. Puede no tener más de 1 o 2 milímetros de largo, pero habitualmente tiene 3 a 5 milímetros, y aun hasta 12 y 15 mm. Este surco es simplemente marcado por una especie de elevación de la piel, que recuerda los trayectos del topo. A

menucio se termina en una de sus extremidades, aquella donde se encuentra el parásito, por una *diminuta vesícula blanquecina*. Otras, sobre todo en los sujetos poco cuidadosos, el surco lleno de partículas de polvo, se presenta punteado de negro. Este surco puede ser deformado, sea por estrías de rascado o por supuraciones.

En la práctica no hay más que dos lesiones capaces de simular el surco del acaro: 1o., un simple rasguño (pero es rectilínea, y el surco es ligeramente sinuoso); 2o., pequeñas vesículas de eczema que el azar ha dispuesto en rosario. En la duda basta perforar con una aguja la vesícula y extraer de ella el acaro, que es posible ver con facilidad cómo se mueve sobre una lámina de vidrio, pese a su extrema pequenez, igual a la punta de una aguja.

Todos estos errores de diagnóstico tienen una doble gravedad: primeramente, se confunde la sarna con una afección más grave, alarmándose inútilmente al enfermo; además, la sarna, no siendo reconocida, se eterniza y puede contagiar a los que rodean al enfermo, mientras que un tratamiento apropiado la cura en pocos días.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento no es siempre tan fácil como lo indica la fórmula clásica: sarna—fricción. Comprende cuatro partes principales: 1o. *Destruir el parásito* por el Bálsamo del Perú, el unguento Styrax, el azufre o los sulfurosos. la creolina. el petró-

leo, el naftol, etc. 2o. *Desinfectar las ropas* por el calor o el formo 1. 3o. *Curar las lesiones asociadas* a la sarna, o consecutivas a la fricción. 4o. *Suprimir el foco original* o las sarnas inculadas á los que rodean al enfermo: por ejemplo, es indispensable que la persona que comparte el lecho del sarnoso, se trate con él, aun antes de que experimento picazón, o si rehusa tratarse, que duerma en una cama aparte. En efecto, he descrito portadores de ácaros, infectantes, aunque' no tengan lesiones, y los verdaderos refractarios son demasiado raros, como para omitir esta regla-(*Journal de Praticiens*, 20 diciembre 1919, pág. 803).

El tratamiento varía según los enfermos.

*Tratamiento clásico: La Fricción del Hospital St. Louis.* — Se aplicará a una sarna poco o nada eczematizada, sin o con poca piodermatitis. La fricción clásica, aun muy usada, es la fricción azufrada; la nueva fricción es la sulfurosa. Este tratamiento rápido, muy eficaz, económico, exige, para ser bien hecho, una experiencia que no tienen ni los enfermos ni los enfermeros no especializados; existen precauciones muy fastidiosas cuya omisión explica la mayoría de las recidivas. Por lo tanto, vale más no intentar la fricción si preveemos que será mal hecha y si no podemos vigilarla personalmente.

*Fricción azufrada, ler. tiempo: Jabonamiento:* desnudo el enfermo, en una pieza abrigada, se jabona *frotándose* del cuello

a los pies, con agua caliente y polvo de jabón blanco, o de jabón sulfuroso, si su piel es delicada, o con jabón negro mezclado con un cuarto de su volumen de glicerina, si su piel es resistente. Esta gran jabonada debe de durar 20 minutos.

2o. *tiempo: baño sulfuroso*, en el cual el paciente continúa fro-tándose y jabonándose durante 30 minutos.

*Z.er tiempo:* con una toalla áspera mojada en el agua del baño, se ocupará atentamente de *abrir* todos los surcos en los lugares de elección: axilas, codos, etc., frotando vigorosamente. Este tiempo penoso, es muy a menudo descuidado, a pesar de ser el más importante de todos.

4o. *tiempo: se seca y se unta fro-tándose* durante 20 minutos todo el cuerpo con la pomada de Helmerich-Hardy:

*Rp.:* Azufre sublimado, 2 partes; Carbonato de potasa, 1 parte; Axungia, 12 partes.

Esta pomada es irritante; por ello A. Fournier propuso una fórmula más suave:

*Rp.:* Glicerina, 200 gramos; Goma adraganta (para emulsionar, 1 gramo; Flor de azufre, 50 a 100 gramos; Carbonato de soda, 50 gramos; Perfume, c. s. (Fournier).

5o. *tiempo:* enduido el paciente con la pomada azufrada, se espolvorea con talco; conserva la pomada, si la soporta, durante 24 horas; a la tarde repondrá la pomada en las regiones más atacadas: interdigitales, etc.

6o. *tiempo:* al día siguiente, a la mañana, o antes encaso de irritación, tomará un baño, sea

sulfuroso, si puede soportarlo, o de almidón si la irritación cutánea es algo viva. Al salir del baño se aplicará una pomada calmante : pasta de zinc; cold-cream; glicerolado y polvo de almidón. Será oportuno agregar a estas pomadas: 1% de mentoi y 2% de alcanfor, a fin de darles propiedades antipruriginosas.

*Frote sulfuroso:* A la fricción *azufrada* clásica muchos prefieren la *fricción sulfurosa* menos irritante y más activa. La técnica es además más simple: lo., jabonamiento con *jabón neutro* durante 20 minutos, con o sin 'baño'; 2o., fricción durante 30 minutos con la pomada sulfurosa, *teniendo gran cuidado en abrir' los surcos*; 3o., poner una última capa de pomada, espolvorear talco por encima, sin sacar la pomada y conservarla 24 horas salvo irritación. 4o., baño y pomada calmante al día y todavía otra vez pomada sulfurosa la segunda noche, sobre las regiones parasitadas. Con Paul Duret, empleo la siguiente fricción sulfurosa:

*Rp.:* Soda cáustica a la cal, 33 grs.; Azufre sublimado, 45 grs.; Agua, 272 grs. 2o.) Soda cáustica, 7grs.; Oxido de cinc, 30 grs.; agua 63 grs. 3o.) Lanolina (en invierno), 200 grs. (en verano, 275 grs.); Vaselina (en invierno), 200 grs. (en verano, 275 grs.); Aceite vaselina (en invierno), 150 grs. (en verano, 0 grs.).

*Modo de prepararla:* Hacer disolver en frío la soda en su peso de agua; luego agregar el azufre y calentar hasta su disolución; agregar la suficiente cantidad de agua para hacer un pe--so de 350 grs.; mezclará esta so-

lución de pentasulfuro así obtenida, la solución de zincato de soda preparada diluyendo el óxido de zinc en la soda disuelta en frío en 63 gramos de agua. Luego incorporar a la mezcla de estas dos soluciones la lanolina y la vaselina previamente fundidas juntas.

En los días siguiente el enfermo tomará baños de almidón, cada dos días, y se hará unciones con pasta de óxido de zinc naftolado al 1 o 2%.

Cuando la fricción se hizo con todas las precauciones, una sola sesión basta para obtener la curación definitiva.

Mientras que el enfermo se somete a las fricciones, sus ropas son desinfectadas.

*Tratamientos de reemplazo.*— Se han propuesto muchos tratamientos :

A) *Petróleo*, o *naftol B*, en soluciones al 5%; seguidas de la aplicación de una vaselina con el 5% de naftol.

B) *Bisulfito de soda* (Lepinay; Ravaut). Se aplica la siguiente loción sobre todo el cuerpo:

i2p: Hiposulfito de soda, 200 grs.; Agua hervida, 1 litro.

O esta pomada:

Rp.: Solución de bisulfito de soda del Codex, 60 grs.; Lanolina, 40 grs.

Una vez aplicada una de estas fórmulas, se deja secar unos minutos, evitando enjuagar.

Cuando el cuerpo está seco, se hace una loción sobre todo el cuerpo con esta segunda solución:

Rp.: Acido clorhídrico oficial, 50 grs.; Agua hervida, 1 litro; Colorante, c. s.

"Después de esta segunda operación, se pone su camión sin enjuagarse y se acuesta enseguida. A la mañana debe locionarse simplemente con la solución de hiposulfito de soda. Seguir este tratamiento dos días seguidos; tres en los casos graves."

C) *Creolina* (Minne): Cinco noches seguidas el sarnoso stí locionará sin frotar, con creolina de Pearson, 100 grs., y agua destilada 400 grs. (o 500 en una eczematosa), y dejará secar el líquido sobre la piel (Minne) y no se lavará mañana.

*Tratamientos suaves.* — *El enfermo tiene una piel delicada o ha tenido lesiones irritadas o teme la fricción azufrada*, o bien la enferma está embarazada; se aplicará el *tratamiento suave*:

A) *Bálsamo del Perú*: Se le emplea puro, o mejor fluidificado con un poco de alcohol de 900 o con aceite, sin baños ni jabonamientos previos. No debe ser empleado, se dice, en los niños muy pequeños, por temor de las complicaciones pulmonares.

Cuatro días consecutivos el enfermo se fricciona del cuello a los pies, a la noche con el bálsamo, esforzándose en abrir los surcos y las vesículas. Se pone una camiseta de punto, calzoncillos, guantes y medias, que se imbiben con el medicamento y que usará las mismas prendas durante todo el tratamiento; a la mañana, se conserva su enduido. Yo recomiendo además aplicar el último día, sobre los surcos visibles, una gotita de tintura de yodo diluida.

B) *Styrax*. Durante 8 días consecutivos, friccionarse según la

técnica precedente, todo el cuerpo con:

*Rp.*: Aceite de olivas, 250 grs.; Styrao líquido frescamente preparado, 250 grs.

A la mañana dejar la mezcla aplicada sobre la piel, o tomar un baño sulfuroso.

*Tratamiento infantil.* — *El sarnoso es un lactante, o un -pequeño, o un adulto con piel muy irritable:* Se usará un tratamiento muy suave:

Locionar mañana y tarde con; agua caliente, 1.000 ce, con 1 cm<sup>3</sup> de Polisulfuro de potasio líquido. Después aplicar:

*Rp.*: Oxido de zinc, 25 grs.; Talco, 25 grs.; Aceite de almendras dulces, 10 grs.; Azufre precipitado lavado, 3 a 6grs.; Sulfato de cobre, 0,50 a 1gr.; facultativamente, Bálsamo del Perú, 3 a 10 grs.

O

Azufre precipitado lavado, 1 gr.; Alcanfor, 3 grs.; Eucaliptol, 2grs.; Aceite, 100 ce.

(Hacer disolver a 100 grados. Bory).

O

Creolina de Pearson, 50 grs.; Agua, 200 a 450 grs.

Repetir este tratamiento varios días hasta la curación completa, interrumpiéndolo si los tegumentos se irritan.

Desinfectar los vestidos y la ropa de cama desde el primer día, y una segunda vez poco antes del fin del tratamiento.

*Tratamiento de las sarnas complicadas.* — *Los enfermos se encuentran cubiertos de erupciones eczematosas difusas y de piodermitis, a menudo complicados por linfangitis y tumefaccio-*

*nes edematosas de los miembros:*

*Tratamiento calmante de es-*  
*pera:* Tales enfermos no pueden ser despojados de inmediato de la sarna. Se calmará primeramente el eczema agudo por pulverizaciones seguidas de amplios empolvados, después se usarán generosas aplicaciones de una pasta de zinc con 5 a 10% de alquitrán y 2% de alcanfor; se nitratarán las placas más segregantes. Se combatirán las infecciones por baños locales con sulfato de cobre en solución al 1 por 10.000 y pulverizaciones, por apertura de las ampollas y ablación de las costras, por cauterizaciones con *agua Alibour* o *nitrato de plata* y por aplicaciones de pomada de Alibour, sin apósitos. Al cabo de 5 a 20 días, desde que las afecciones sobreagregadas se atenúan, se aplicará un tratamiento activo; no hay interés en esperar mucho, a menos que la piel no sea muy irritable. El tratamiento activo será entonces un tratamiento suave al naftol, al unguento Styrao o al Bálsamo del Perú, más-bien que la fricción azufrada.

*Vigilancia de la convalecencia.* — A menudo, después del tratamiento activo, las lesiones desaparecen; sin embargo, antes de asegurar la curación y de expedir un certificado, *será prudente esperar un mes.*

A veces subsisten lesiones asociadas; otras, la fricción ha provocado una eczematización; se tratarán estas complicaciones con las pastas calmantes, etc.

Pero a menudo el enfermo,, casi siempre un nervioso sugestionable, continúa rascándose.

Una cuestión muy importante se plantea entonces: ¿El prurito es debido a una recidiva de la sarna, que debe de tratarse activamente? ¿Es debido a una acarofobia o a un prurigo no sarnoso que sería agravado por el tratamiento de la sarna y que reclama el suave tratamiento de los pruritos? El error de diagnóstico es peligroso" si se frota un prurito no sarnoso, se le exaspera; si no se frota una sarna que se esconde detrás de un prurito que se cree nervioso, la afección se eterniza. ¿Cómo hacer entonces el distingo? En la sarna, el prurito, después de haber presentado una remisión neta, reaparece lentamente, 15 a 20 días después de la fricción; él aumenta progresivamente; enseguida reaparecen las lesiones características: vesículas perlas, surcos. En el prurito post-sarnoso y no sarnoso, la remisión persiste incompleta, sin disminuir ni aumentar, a menos que exista una "poussée"; no se observa la reaparición progresiva de la recidiva de la sarna, no se ven surcos. A menudo el diagnóstico siendo dudoso, uno se cuidará de aplicar una mediación irritante, se empleará, vigilándolos, los tratamientos suaves de la sarna: Bálsamo del Perú, etc.

#### PEDÍCULOS DEL CUERPO

Se conoce el papel de los piojos en la transmisión de los tifus, y por consiguiente la importancia del despiojamiento en la profilaxis de los tifus.

A) En la forma "aguda" (es decir, cuando la invasión parasitaria es muy abundante y brus-

ca), la casi totalidad del cuerpo está comúnmente cubierta de pequeñas pápulas edematosas urticarianas del tamaño de una cabeza de alfiler con predominio sobre el borde posterior de la axila, allí donde se apoya la manga, mientras que la sarna predomina en el borde anterior de la axila. El ectíma inoculado por rascado, es frecuente (Milian).

B) En las formas crónicas, se nota una mezcla de urticaria, de grandes pápulas de prurigo excoriadas y sobre todo de estrías de rascado en la parte superior de la espalda, en la cintura, etc, en los puntos donde los vestidos se ciñen al tegumento. A veces se agregan complicaciones: pustulitas o amplias placas de ectirraa, espesamiento de la piel y pigmentación más o menos difuso, pudiendo acompañarse de manchas parduzcas de la mucosa bucal, simulando la enfermedad de Addison (enfermedad de los vagabundos), etc.

Frente a todas estas lesiones se debe de investigar el parásito.

El parásito, blanco sucio, de 2 a 3mm., no queda sobre la piel; son los vestidos, camisa, camiseta y el pubis, que es necesario examinar para descubrir los parásitos o las liendres. Es necesario desconfiar que antes de consultar, el enfermo a menudo ha cambiado de ropa, y no sorprenderá por lo tanto no encontrar fácilmente al parásito.

#### TRATAMIENTO

Es muy simple: desinfección de los vestidos, higienización del

enfermo, sobre todo de las regiones pilosas.

Mientras las ropas *son vasadas por la estufa* o cambiadas, el enfermo, salvo contraindicación debida a un tegumento eczematoso o intolerable, toma un baño *jabonoso* o *sulfuroso*; si tiene infección de los pelos, se los cortan o se tratan las regiones pilosas por el xilol, como veremos más adelante. Clásicamente el piojo del cuerpo no habitaría más que en las ropas: Darier, Delta, Legroux, Charlet, Bulfiard, han mostrado lo contrario.

Se curan luego las lesiones de rascado con una pomada al óxido de zinc, conteniendo antipruriginosos.

Se tratarán siguiendo la costumbre, las lesiones asociadas de eczema de ectima, et.

#### PEDICULOSIS DEL CUERO CABELLUDO

El diagnóstico es fácil si se piensa en ella, y es necesario recordar que esta pediculosis puede esconderse detrás de un prurito "simple", de un prurigo, de un eczema, de una urticaria, y sobre todo de piodermatitis del cuero cabelludo, de la nuca y de los surcos retroauriculares.

En todos estos casos hay que buscar el parásito, el *pediculus capitis*. blanco ceniciento, y sus liendres ovoideas, blanquecinas, pegadas al pelo por un anillo quitinoso; la forma y la adherencia de estas liendres al cabello, las distinguirán fácilmente de las películas.

#### TRATAMIENTO

Jamás se cortarán en una niña los cabellos, porque es un sacrificio inútil.

Se considerarán dos casos<sup>1</sup> lo.) *Pediculosis simple sin infección*. No se encuentran sino parásitos vivos o liendres; no hay ni impétigo ni eczema.

El tratamiento popular: *oinagre caliente*, es muy suficiente.

El nuevo tratamiento de Sabourand es el *xilol*: aplicar con un buen pedazo de algodón sobre todo el cuero cabelludo y sobre los cabellos la mezcla de Sabouraud:

*Rp.* Xilol, 50 gramos; Alcohol absoluto, 25 gramos; Éter, 25 gramos. (Inflamable; proteger los ojos de su contacto.)

La muerte de los parásitos vivos es instantánea. Luego se peinan con *peine fino* los cabellos para que deslicen a su largo las liendres, que así se quitan. Si algunas liendres resisten, se las imbebe de nuevo con la mezcla. Es un trabajo de paciencia; y si la enferma es prolija, puede curarse en una sola sesión.

2o.) *Pediculosis complicada con infecciones impétigo o eczematización*: Aplicar sobre toda la cabeza una capa espesa, para aglomerar todos los cabellos, de la vaselina xilolada de Sabouraud:

*Rp.*: Xilol, CL gotas; Vaselina, 150 gramos.

Recubrir con empresas, hacer una especie de turbante y dejarlo toda la noche.

A la mañana sacar el exceso de la vaselina con tapones de algodón y después jabonar con agua tibia. Peinar con peine fi-

no, pacientemente, para sacar todas las liendres. Si algunas resisten, emparar con la mezcla de alcohol-xilol-éter y volver a peinar.

Recomenzar si las costras persisten, la aplicación de la vaselina xiolada 2 o 3 noches consecutivas.

Tratar paralelamente el impetigo y el eczema. Después del jabonado con agua tibia que saca la vaselina, tocar las erosiones impetiginosas con agua de Ali'cour, y óxido amarillo al 1%.

Al cabo de algunos días se han curado o se han mejorado notablemente las complicaciones. Si quedan liendres adheridas a los cabellos, se las quitará, sea por el tratamiento número 2, si persiste aun la irritación, sea por el número uno si el cuero cabelludo no vuelve, a la normalidad, sea con vinagre caliente.

#### PTIRIASIS DEL PUBIS

Aquí también el diagnóstico es fácil si no se olvida de pensar en él, pues esta ptíriasis puede ser

enmascarada por un prurigo, un eczema, o piodermítis e invadir las axilas y todas las regiones pilosas.

El parásito es fácil de reconocer, blanco, gris o parduzco, de 0,2 a 0,5 mm., fuertemente adherido a la piel, o, en su defecto, liendres, *manchas azules* sobre el abdomen y sobre los flancos.

#### TRATAMIENTO

El antiguo tratamiento por el ungüento gris es sucio y a menudo irritante; el nuevo tratamiento es el xüol.

Si el enfermo puede soportar una sensación de quemadura de  $\frac{1}{2}$  a 1 hora, hará el tratamiento número 1 de las pediculosis del cuero cabelludo (xüol de Sabouraud). Si teme al dolor, si hay eczema, usará la pomada xiolada; él quitará las liendres, desinfectará las ropas, tratará las complicaciones como en la pediculosis.

*Traducción de C. L.*

Del Día Médico.

## Significado del Metabolismo Basal, su Aplicación Práctica al Diagnóstico y a la Terapéutica

Por los doctores Ph. LIGNAC  
y QUIGNON

### *Determinación práctica del metabolismo basal*

Los métodos corrientemente empleados quedan reducidos a dos, ambos exclusivamente gasométricos. Uno, llamado de circuito cerrado, en el que el individuo respira el oxígeno de un gasómetro, que desaparece poco a poco, siendo substituido, por gas carbónico. Este último es absorbido por sal sódica. Basta entonces medir la disminución del volumen del oxígeno en un tiempo determinado. En el segundo, llamado de circuito abierto, el individuo respira el aire ambiente y expira en un saco de goma herméticamente cerrado. En este aire expirado es donde se dosifica el gas carbónico y el oxígeno residual. En los dos casos, al paciente le es aplicada en la cara una mascarilla provista de válvulas. Según el volumen de oxígeno consumido en un tiempo determinado, se deduce el número de calorías desprendidas en una hora. Por otra parte, mediante tablas o abacos se determina la superficie corporal del individuo en función de su peso y de su estatura. Basta dividir el número de calorías por la superficie en metros cuadrados para obtener el metabolismo basal.

### *Preparación del paciente.*

a) La víspera del experimento. La alimentación debe ser

más bien ligera. El paciente debe abstenerse de toda medicación, evitar los ejercicios violentos.

Durante el experimento, estará completamente en ayunas, en reposo, en estado de neutralidad térmica.

b) Preparación médica. Para que la determinación tenga todo su valor es conveniente que el enfermo esté moralmente apto para la prueba. A algunos individuos nerviosos les atemorizan los preparativos, la aplicación de la mascarilla, y ejecutan movimientos respiratorios acelerados, consecuencia de su estado emotivo. Será necesario siempre tranquilizarlos, explicándoles lo que de ellos se espera. El experimento sólo dura unos diez minutos.

### *Variaciones fisiológicas del Metabolismo*

El metabolismo basal es, con una diferencia de 10%, en más o en menos, una constante para el mismo individuo en estado fisiológico normal. Pero la edad, el sexo, la raza, y sobre todo el primero de estos factores tienen una temperatura indudable.

1o. *La edad.* Al nacer, el metabolismo es de 35 calorías aproximadamente; hasta el quinto año sube hasta 56 calorías, disminuyendo hacia los veinte años hasta 40 calorías y disminuyendo progresivamente después.

2o. *El sexo.* Es algo menos elevado en la mujer que en el hombre, en igualdad de edad.

3o. *La raza.* Los valores suministrados por los fisiólogos americanos son 5% superiores a los obtenidos en los europeos. Pero estos datos son discutidos. Está, no obstante, demostrado que la raza hindú acusa medias netamente inferiores a los de los europeos y de los americanos.

Cuadro de las cifras medias en las diferentes edades en los dos sexos.

Edad	Varón	Hembra	Edad	Varón	Hembra
10 años	53	50	18-20 años	41	38
11	52	49	20-40	39,5	37
12	50	47	40-50	38,5	36
13	48	45	50-60	37,5	35
14-18	46	43	60-70	36,5	34
16-18	43	40	70-80	25,5	33

4o. *El ayuno.* Durante los ocho primeros días de ayuno el metabolismo no varía (Stevenin); después disminuye progresivamente hasta la mitad de su valor normal, para alcanzarlo de nuevo después de reemprender la alimentación. La restricción alimenticia permanente disminuye ligeramente el metabolismo. En cambio, la sobrealimentación regular lo aumenta en más del 16%. El metabolismo está aumentado después de las comidas, pero al cabo de tres horas es de nuevo normal.

5o. *Los medicamentos.* Los antitérminos, los analgésicos, los anestésicos, (excepto el éter) disminuyen el metabolismo basal. La adrenalina, el dinitrofenol, la tiroidina lo aumentan.

### Variaciones patológicas del metabolismo

1o. *Los estados febriles* producen una elevación del metabolismo, siendo ello la consecuencia directa del aumento de las combustiones internas. Admítase que este aumento es de 13% por cada grado por encima de la temperatura normal. Pero el mecanismo de regulación térmica hace que el organismo sea susceptible, dentro de ciertos límites, de compensar escasas ele-

vaciones de temperatura mediante una mayor emisión exterior de calor. En algunos casos el termómetro no acusará ninguna variación anormal, en tanto que la determinación del metabolismo, más sensible, manifestación de las convulsiones internas, indicará una alteración. El ejemplo de la tuberculosis pulmonar incipiente es muy significativo, puesto que antes que aparezcan los signos térmicos el metabolismo está netamente aumentado.

2o. *Las enfermedades orgánicas* del hígado, del corazón, de los vasos, del sistema nervioso y de la piel poco afectan el metabolismo basal.

*Las enfermedades de la nutrición*, tales como la diabetes

grave con acidosis lo aumentan, pero no la diabetes simple. El organismo sostiene su desprendimiento térmico normal con materiales diferentes. La disminución del cociente respiratorio  $C_{O_2}/O_2$  que pone de manifiesto estos medios anormales, es mucho más instructiva que las variaciones del metabolismo.

En la obesidad, el metabolismo es normal en 75% de los casos. Los casos con metabolismo disminuido corresponden a una deficiencia tiroidea, y aquellos otros con metabolismo aumentado, a la sobrealimentación. Es ello un argumento que se esgrime en contra de la teoría que considera la obesidad como la resultante de un retardo de la nutrición general. Si ello fuera cierto, el metabolismo basal estaría siempre disminuido.

3o. Los trastornos de las glándulas de secreción interna son los que influyen de un modo más directo el metabolismo basal. Esta medida se ha mostrado indispensable en la mayor parte de los casos de patología endocrina, no solamente desde el punto de vista diagnóstico, sino también desde el punto de vista terapéutico. Vamos a exponer los trastornos glandulares y su repercusión sobre el coeficiente.

*Cuerpo Tiroides.* En el adulto, la glándula tiroides es la que regula la intensidad de las combustiones. Desempeña un papel considerable en el metabolismo nitrogenado. El disfuncionalismo tiroideo debe, pues, producir intensas variaciones del metabolismo basal, hecho demostrado por la experiencia.

El hipertiroidismo del síndrome de *Basedow* va acompañado de una exageración del metabolismo, que puede llegar hasta el doble de su valor normal, casi siempre entre 30% y 100%. El hipotiroidismo del mixedematoso disminuye el metabolismo basal en proporción directa a la insuficiencia ti-roideá.

El adenoma simple, que no altera el funcionalismo de la glándula, carece también de influencia sobre el metabolismo basal. Lo propio diremos del cáncer del cuerpo tiroides, excepto cuando va acompañado de hipertiroidismo, simulando entonces el síndrome de *Basedow*. El adenoma tóxico de los Americanos, o bocio basedowificado de los franceses, en el que figuran la mayor parte de los signos del síndrome de *Basedow*, excepto la exoftalmía, produce un aumento del metabolismo basal, pero mucho más escaso que el *Basedow*. No pasa de 15 a 35%.

Vemos, pues, la importancia del metabolismo basal en los estados tiroides y su importancia en el diagnóstico de los bocios. Este test permitirá también eliminar o confiar el origen tiroideo de una taquicardia. La desviación de la normal es tanto mayor cuanto más grave sea la invasión, admitiendo *Plantefol* una especie de paralelismo entre las variedades patológicas y el metabolismo. Pero algunos autores (Guy Laroche y Danielopolu) hacen observar que la enfermedad de *Basedow* evoluciona en forma de brotes, en el intervalo de los cuales el metabolismo basal está más próximo al normal. En términos generales.

podemos afirmar que los grandes aumentos del metabolismo son manifestación de casos graves acompañados de signos tóxicos. Los aumentos de 50 a 100 % por sobre del normal deben inducirnos a emplear un tratamiento inmediato y enérgico. La interpretación de los pequeños aumentos del metabolismo es más difícil. Se ha visto que un *Basedow* clínicamente determinado no influyen para nada el metabolismo y, también que, el metabolismo basal no permite siempre poner de manifiesto las formas frustadas.

Para apreciar el tratamiento que debemos seguir, primeramente, y para su vigilancia después, el metabolismo basal es hoy indispensable.

La medición periódica del metabolismo basal permitirá instituir y después vigilar de un modo racional la administración de la opoterapia tiroidea, en la obesidad por ejemplo. No hay que esperar a que el enfermo haya llegado al estado de "saturación" y a la aparición de los primeros fenómenos de intolerancia. Al cabo de unos quince días, la determinación del metabolismo muestra si, efectivamente, los cambios han vuelto a la normal, y si debe continuarse o intensificarse la medicación.

También en el mixedema, en el que las oxidaciones celulares están retardadas, este test permitirá dosis suficientes de extracto tiroideo.

En la enfermedad de *Basedow*, la dosificación de la medicación yodada, y el tratamiento radioterápico podrán ser apreciados

por la clínica y por la medición del metabolismo.

El interés de este estudio se hace extensivo a la preparación quirúrgica de los bocios tirotóxicos. Tan solo deberemos operar cuando haya disminuido mucho el metabolismo. A la no-1 ción cualitativa, desde el punto de vista del pronóstico del paciente, se añade una noción de *dosificación y de equilibración* de la medicación, de control cuantitativo.

#### 2o. *Los síndromes hipofisarios.*

Los estados hipofisarios repercuten también sobre el metabolismo, de un modo menos acentuado que los precedentes. La hipofisectomía, estudiada en patología experimental, disminuye en 35 a 45% el metabolismo basal en el animal. La acromegalia y el gigantismo, hiperpituitosis, aumentan el metabolismo basal. La destrucción progresiva de la hipófisis explica algunos casos de acromegalia en los que el metabolismo es normal. En los síndromes de hipofuncionalismo (síndrome adiposo genital de *Babinski-Froelich*) la disminución es acentuada, como también en el infantilismo hipofisario.

3o. *La insuficiencia suprarrenal.* La hipersecreción de adrenalina aumenta el metabolismo basal independientemente de toda secreción tiroidea, pero no está demostrado que la insuficiencia suprarrenal lo disminuya. La disminución del metabolismo basal observada en la enfermedad de Addison no es característica porque el estado de astenia y de desnutrición puede explicar esta ligera flexión (10 a 20%).

4o. *Los trastornos genitales* influyen ligeramente sobre el metabolismo basal. La castración lo disminuye, tanto en el macho como en la hembra. La castración fisiológica, menopausia natural se traduce por ligeras disminuciones.

Pero las demás glándulas endocrinas y, en especial el cuerpo tiroideo pueden estar en hiperfuncionalismo y producir un aumento del metabolismo durante la menopausia. El funcionalismo de las glándulas genitales guarda una relación demasiado estrecha con el de las otras glándulas para poder discriminar con exactitud su papel en las varia-

ciones del metabolismo.

La determinación del metabolismo basal interesa, pues, a los clínicos por la contribución que aporta al diagnóstico y al tratamiento. Es la prueba de laboratorio que, entre todas las demás, suministra una noción más aproximada del "temperamento" del enfermo, cosa que los métodos de laboratorio casi nunca revelan, tan difícil de definir con precisión y que, sin embargo, tiene tanta importancia en patología, puesto que domina la cuestión de la resistencia contra la enfermedad.

De Clinique et Laboratoire.

## El Tratamiento Moderno de las enfermedades de la Vesícula Biliar

*Por el Dr. Ernst Samentinger.*

De la multitud de posibilidades de que disponemos actualmente para el tratamiento de las afecciones de la vesícula biliar, solamente consideraremos en este breve trabajo las que han dado en general buenos resultados, sobre todo los comprobadas por nosotros mismos. Sin pretender ser intransigentes, tenemos que observar, sin embargo, algunas reglas generales ineludibles para el éxito.

La gran variedad del tratamiento moderno de las afecciones de la vesícula biliar, se basa en un diagnóstico perfeccionado. Sólo gracias a él ha sido posible una terapéutica que sabe adaptarse a las diversas formas de las afecciones vesicales.

Por eso me parece conveniente pasar una breve revista a los diversos medios de que disponemos para el diagnóstico de estas enfermedades, los cuales deben pasar por fin al dominio de la práctica médica general.

Desde la introducción de la sonda duodenal, poseemos un medio de gran valor, tanto para el diagnóstico, como para la terapéutica. Pero en ambos casos no se debe emplear a ciegas, sino en la indicación correspondiente. La técnica del sonda je duodenal, es fácil de aprender. He aquí algunas palabras, sobre la misma.

La sonda de Einhorn con su pequeña oliva, tiene la ventaja de poder ser introducida por la

nariz en caso necesario, evitándose así la molesta sensación de náusea. Nosotros empleamos exclusivamente la sonda señalada por K&Ife, de oliva más grande y más pesada. Esta sonda tiene la ventaja de permitir aprovechar la fuerza de la gravedad y de la mayor superficie de acción para el peristaltismo natural del estómago. El paso resulta así acelerado sin duda alguna. Con señales fijadas con cordeles o anillos de Leukoplast, se calculan las distancias en 45, 55, 70 y 80 cm. (contadas desde el botón de la sonda). Hasta 45 cm. se deja la sonda mientras el paciente anda. En posición de acostado derecho con pelvis en alto, tragará hasta la marca 80 cm. Importa que el paciente trague la sonda con mucha lentitud. No hay que perder la paciencia, pues a veces se consigue el paso de la sonda al duodeno sólo de 2 a 3 horas. La apertura del píloro se puede acelerar en casos excepcionales inyectando por la sonda 10 cc. de una solución saturada de bicarbonato de sodio o de una mezcla de leche y aceite. Así se alcanza alcalización del jugo gástrico y excitación del peristaltismo. La oliva está bien situada en el duodeno cuando sale del extremo libre de la sonda el jugo duodenal, de color amarillo ámbar y reacción alcalina (prueba con papel del Congo).

El jugo duodenal se puede investigar sobre fermentos, componentes sólidos, contenido en bilirrubina, bacterias y leucocitos (sedimento como en el sedimento urinario). Mediante la administración intraduodenal o

subcutánea de sustancias provocadoras de la contracción vesical (colecínéticas) o de flujo biliar (coleréticas, colagogas), se puede estudiar el flujo y el [Carácter particular de la bilis vesical o hepática.

Sustancias colecínéticas son: aceites (aceite de oliva), grasas (yema de huevo, pituitrina o haptofisina (de aplicación subcutánea, Kalk y Schondube). Sustancias coleréticas son en primer término los ácidos biliares, los cuales se encuentran en muchos preparados de combinación del comercio. El ácido dehidro-lánico (Decholin) es el más puro y el menos tóxico de ellos. De acción colerética son también los preparados de cúrcuma. El sulfato de magnesio estimula la colecinesis y coleresis y es muy apropiado por eso para fines terapéuticos.

Debemos decir todavía algunas palabras sobre el valor diagnóstico de la hipofisina. De resultar positivo el experimento de la hipofisina 2 cc. de hipofisina en inyección subcutánea), a los 25 minutos próximamente de la inyección mana bilis de color verde negruzco de la sonda. En este caso la vesícula biliar es capaz de concentración y contracción y *no* tiene ningún obstáculo de salida. — Para la prueba del aceite se inyectan por la sonda 20 cc. de aceite de oliva caliente. Normalmente debe aparecer bilis vesical oscura 30 a 40 minutos después.

Si los citados medios de diagnóstico no dan un resultado definitivo, poseemos en la representación roentgenológica de contraste (colecistograma) de la

vesícula un complemento de muchísimo valor. Dominando bien la técnica, este método basta a menudo por sí solo para aclarar la causa de la enfermedad. Advertimos cálculos, distinguimos forma, tamaño y capacidad de la vesícula, así como su contracción (después de la administración de yema de huevo) y velocidad de evacuación.

Con el progreso del diagnóstico se han podido delinear varios cuadros clínicos antes no tan claros. A ellos tenemos que adaptar nuestra terapéutica.

Si denominamos, de acuerdo con v. Bermann, todo el grupo de las enfermedades biliares como "colecistopatías", vemos que pertenecen a este grupo las colecistitis, colelitiasis y disquenesias. Precisamente a las últimas hemos tenido que dedicar particular atención en los últimos tiempos, hemos advertido que las mismas pueden producir también grandes cólicos difíciles de distinguir de los de la colelitiasis. Los citados medios auxiliares tienen que permitirnos establecer aquí el diagnóstico diferencial. No es indiferente para el tratamiento que un espasmo vesical sea producido por un cálculo o por una disquinesia espástica (clasificación según Schondube) o si una inflamación de la vesícula se debe o no a cálculos.

En esta clasificación baso el siguiente análisis sistemático de la terapéutica y distingo al mismo tiempo el tratamiento del ataque agudo del tratamiento de la enfermedad principal después de pasado el ataque.

En el cólico, muchas veces no es posible prescindir de la inyección de morfina, en la práctica exterior. Pero en el hospital y siempre que es posible una vigilancia conveniente, se deben ensayar primero las inyecciones de atropina, Bellafolina o de otros antiespasmódicos energicos. Auxilio pronto se alcanza muchas veces con supositorios (clorhidrato de morfina 0,02, extracto de belladona 0,03) que se dejan en manos de los pacientes para ser empleados a las primeras señales del temido ataque. En la tendencia a los ataques muy frecuentes, ha dado buenos resultados el Belladonal (belladona - i-Luminal, 3 veces al día y  $\frac{1}{2}$  a 1 tableta). Esta terapéutica del ataque agudo es apoyada siempre por compresas húmedas calientes sobre la región hepática y por medidas dietéticas (exclusión de grasa, col, leguminosas, asados, café, alcohol, etc.).

Para la terapéutica de las enfermedades inflamatorias de la vesícula (colecistitis) se perseguirá primero calmar la vesícula con la administración interna de atropina (3 veces al día  $\frac{1}{2}$  mgr.) o de Bellafolina (3 veces al día  $\frac{1}{2}$  a 1 tableta). Dieta, sustancias provocadoras de flujo biliar (Decholín, en tabletas o por vía intravenosa, y Choleval), pueden actuar como coadyuvantes, sobre todo en la sospecha de complicación por colangitis (fiebre).

Una vez desaparecidos los fenómenos agudos, se ensayará con una forma suave de la terapéutica activa un lavado más energético de la vesícula y vías biliares.

Para el lavado de las vías biliares (coleresis) son medios muy importantes y eficaces: el citado Decholin, que se administra en tabletas de 0,35 gr. a razón de 3 veces al día a 1 a 3 tabletas o en inyecciones intravenosas de la solución al 5 o 20% (5%: 10 ce. 1 a 2 veces al día; 20%: 10 ce. 1 vez al día), la Felamina (ácido cólico-1-urotropina, tabletas de 0,3 gr., 3 veces al día 1 a 3 tabletas), el Choleval (colato de sodio-plata coloidal, 1 vez al día 10 ce. por vía intravenosa), el Bilial, la Agobilina, la Coleflavina, etc. El Cholontón (débil y fuerte) es un preparado biliar de productos intra y extrabiliares. — Nosotros apreciamos mucho los preparados de cúrcuma, que se están usando ahora de nuevo con mucho éxito.

■ Para la combinación de varios medios se ha de tener presente que no tiene objeto administrar atropina e hipofisina p.ej. con Decholin, porque las primeras anulan la acción colerética del Decholin.

Si el caso, p.ej. inflamación rebelde de la vesícula, por incapacidad funcional no completa, pero relativa, de este órgano (p.ej. cálculo solitario, cálculo valvular o varios cálculos grandes}, exige especial atención al lavado de la vesícula misma (colecinesis) damos la preferencia a los medios colecinéticos y coleréticos. Como buenos han resultado aquí las aguas minerales sulfatadas, como las de Mergentheim, Karlsbad y Neuenhar, que se administran por la mañana, calientes. — Como ya hemos dicho, nosotros aprecia-

mos mucho los preparados de cúrcuma, vueltos a introducir desde hace pocos años (Koch, Kalk, Nissen y de éstos el Temoebilín (Chemisc-Pharmazeutische A. G. Bad Homtaurg). El preparado se obtiene del rizoma de la Cúrcuma lango. Este rizoma es empleado ya desde tiempos inmemoriales por los indígenas de las Indias Holandesas y del Asia Oriental contra las enfermedades tropicales del hígado. Una ventaja especial de los preparados de cúrcuma consiste en que los mismos no solamente tienen acción colecinética y colerética, sino en que también actúan como antiespasmódicos y reguladores intestinales.

Del TEMOEBILIN administramos diariamente  $\frac{1}{2}$  a 1 tableta, disuelta en una taza de agua caliente, por 4 semanas seguidas, intercalamos un descanso de 4 semanas, durante el que se realiza una cura de Temoebilín de 4 semanas.

También conviene digamos algo sobre el tratamiento de las discinesias. En la forma hiperkinética (clasificación según Schondube), se hará uso de coleréticos suaves más un antiespasmódico y un tratamiento general del estado de excitación vegetativa con calmantes, procurando evitar además todo género de emociones. En la discinesia hipertónica se ha de amortiguar el vago con atropina o belladona. En la discinesia atónica o hipotónica hay que estimular con colecinéticos, la contracción de la vesícula biliar. Precisamente en el tratamiento de las discinesias nos ha dado buenos resultados el Temoebilín, así co-

mo las irrigaciones de sulfato de magnesio por la sonda duodenal (100 ce. de una solución al 10 a 20% por la sonda duodenal).

Si se sospecha la existencia de cálculos y se cree en la posibilidad de su expulsión, se debe ensayar una terapéutica activa y enérgica. Esta terapéutica se puede emplear también en las inflamaciones crónicas de la vesícula, rebeldes a otro tratamiento, con poca tendencia a los ataques dolorosos o febriles. Esta terapéutica da resultados excelentes también en la forma atónica o hipotónica de la discinesia (estancamiento vesical).

Describo aquí las mejores formas de la terapéutica activa.

1) Aceite: por la mañana, en ayunas, una a tres cucharadas de aceite de oliva (colecinesis).

2) Yema de huevo-j-nata, por la mañana en ayunas (colecinesis).

3) Coleréticos -j- colecínéticos (según Kalk y Schondube).

1er. día: Sal de Karlsbad o de Mergentheim.

3 veces  $y_2$  mgr. de atropina.

2o. día: Sonda duodenal: 10 ce. de solución al 20% de Decholin (coleresis).  $V_4$  de hora después, 1 ce. de hipofisina "fuerte" o 2 ce. de hipofisina "débil", ■Pituitrina o Pituglandol (cinesis); otros 30 a 45 minutos después, 300 a 500 ce de solución al 20% de sulfato de magnesio, por la sonda.

3er. día: Lo mismo que el primer día.

4o. día: 10 ce de solución al 20% de Decholin.  $y_2$  hora después, hipofisina; 1 hora después, sal de Karlsbad o de Mergentheim.

5o.j día: Lo mismo que el primer día.

6o. día: Lo mismo que el segundo día.

La cura se puede intensificar más. si es necesario, con aceite, yema de huevo, nata, al primero, tercero, quinto y séptimo día, por la mañana, en ayunas.

Toda la cura se puede repetir 2 a 3 veces si es necesario.

De manifestarse fiebre elevada en el curso de este tratamiento, se tiene que observar de nuevo la calma.

Para terminar, decimos aun algunas palabras sobre la indicación de la operación.

Se ha de proceder con la mayor reserva en cuanto a la operación en los casos de vesícula biliar de cálculos e inflamación, o sea, principalmente" en las discinesias. Si el síndrome va acompañado de alteraciones de la función hepática, se procurará eliminar o mejor primero éstas con un tratamiento adecuado (insulina-dextrosa).

Si la vesícula biliar se encuentra en condiciones de incapacidad absoluta y se producen frecuentes infecciones de las vías hepáticas y biliares, desde la vesícula, o si hay peligro de lesión permanente del parénquima hepático (ictericias repetidas) o de una pancreatitis crónica (dolor en el bajo izquierdo), se operará oportunamente una vez que la terapéutica interna ha resultado del todo ineficaz.

El médico que sabe aprovechar y usar debidamente los medios de diagnóstico, llegará pronto a un proceder terapéutico racional. Advertirá que las enfermedades de la vesícula bi-

liar constituyen un dominio muy grande y lleno de responsabilidad, pero grato, de la medicina general. Lo principal no es el preparado que emplea, sino el mecanismo de acción del medio, el cual tiene que adaptarse en toda circunstancia a las condi-

ciones momentáneas del fenómeno patológico y ello en ninguna parte tanto como precisamente en el tratamiento de las afecciones vesicales.

De Revista Médica Germano-Ibero-Americana.

## La Terapéutica contra la Microbiosis Aguda

*En las enfermedades febriles agudas ¿debemos respetar la fiebre o debemos combatirla?*

*Hechos y no hipótesis:*

Desde mucho tiempo atrás se conoce el hecho de que en algunas enfermedades bacterianas de tipo hemático, como la fiebre tifoidea, la fiebre de Malta y otras, los diagnósticos por hemocultivo en la fase hemática de la dolencia sólo podían hacerse cuando la temperatura subía de 38° y el hemocultivo era tanto más seguro cuanto más elevada fuese la fiebre, hasta llegar a un límite más mortífero para el enfermo que para el agente microbiano causal de la dolencia.

Si la enfermedad evolucionaba alrededor de 38° con hemacultura negativa, la curación del enfermo era casi segura. A medida que la temperatura ascendía se necesitaba en veces de simples preparaciones hechas en gota gruesa con eritrolisis, para poder contar un número de bacterias que en igualdad de condiciones aumentaba en cantidad con la fiebre y en los casos muy graves de temperatura superior a 39°, los microbios eran mucho

más abundantes, persistiendo este alto porcentaje de bacterias en el período agónico, en el que, por la alta temperatura y los otros factores, comienzan a coaguiarse los protoplasmas celulares y viene la muerte humana antes que la microbiana. Es decir que *existe una relación perfecta entre el número de microbios, el grado de la fiebre y la gravedad de la enfermedad; sea en su fase hemática, sea en la tisular o histológica.* -

### *Investigaciones Biológicas*

Bajo la sugestión de un concepto de Biología general algún el que se modifica ya sea favorablemente, ya perjudicialmente, a algunos seres cuando se **lea** traslada a un ambiente distinto del que les es habitual, y teniendo muy en cuenta que un *cultivo de microbios en balones inertes de laboratorio en los que no hay lucha, no puede compararse con el cultivo intraorgánico en el enfermo en quien desde al primer momento de la enfermedad se desarrolla una lucha violentísima entre el agente causal y el medio reaccional*, procedí a estudiar el hemocultivo, sometiendo al enfermo a la acción de

■ antitérmicos para impedir en lo posible el que la fiebre pasase de 38°. Estos antitérmicos fueron la loción general cutánea del enfermo con vinagre aromático mitigado con agua; los baños tibios en tina, y diversos productos medicamentosos introducidos por vía oral.

Después de muchas observaciones llegamos a establecer que la CRIOGENINA era de todos estos últimos el más eficaz, inofensivo y obediente en su acción.

Administrábamos 25 cgr. del producto químico cuando la temperatura se acercaba a 38.9, empleando al mismo tiempo la refrigeración cutánea día y noche. Hacíamos los hemocultivos cuando ía temperatura llegada a 38.9 en los momentos que correspondían a exacerbaciones febriles contenidas artificialmente por los antitérmicos mencionados, y siempre los hemos hallado menos precoces y menos abundantes que aquellos que hacíamos dejando desarrollar la fiebre sin freno ni terapéutica.

Más fácil nos era repetir estas operaciones haciendo numeraciones en gotas gruesas de sangre eritrolisadas y coloreadas, encontrando casi siempre, salvo raras excepciones, el número de bacterias menor en la sangre enfriada que en la febricitante normal de la dolencia. Después de fijar nuestra residencia en LIMA hemos repetido las investigaciones tanto en las fiebres tifoideas y paratíficas, *en su momento bacterihémico*, como en la muy extendida y prolongada fiebre de Malta, y las conclusiones a que hemos llega-

do han sido las mismas que en la ciudad mistiana.

En terreno biológico del macrocosmos ya habíamos observado los mismos fenómenos que en el microcosmos hemático humano y así es como para poder hacer vivir a algunas plantas que se cultivan en el ambiente libre, húmedo y caluroso de los valles, era necesario cuidarlas esmeradamente en conservaciones que reuniesen las condiciones temperamentales de su lugar de origen. Se entiende que estas observaciones no se pueden efectuar en la fase tisular de las enfermedades.

#### *Aplicaciones en la Clínica*

Desde entonces hemos aplicado a la clínica los hechos observados en el laboratorio, es decir, hemos tratado las enfermedades febriles *combatiendo siempre la fiebre*, ya por antitérminos solos, y en especial por la CRIOGENINA, ya por otros remedios y por la refrigeración cutánea transitoria, por lociones, baños o permanente con paños húmedos o bolsas de hielo. Los resultados clínicos han sido siempre favorables; el atolondramiento y la adinamia profunda, la anorexia y polidipsia, el debilitamiento cardíaco, la lengua córnea y los otros síntomas graves, así como muchas de las complicaciones, o bien desaparecen, o bien *no* se presentan. El enfermo siente aproximarse el fin de su enfermedad, si es periódica, con cierto bienestar que lo inunda de fe en su curación, y este hecho aumenta las defensas orgánicas y hace llegar a la con-

valencia con muy escaso deterioro y hasta con cierta euforia, contrastando con el aspecto misero que tienen los tifoídicos no tratados convenientemente.

Normalizada la terapéutica de la fiebre tifoidea y de las paratíficas, como lo indicaremos más luego, hemos llegado al resultado intensamente halagador de obtener un 98, por no decir un 100% de curaciones como he tenido el agrado de hacerlo constar en otras ocasiones.

*Hechos y no Teorías* Respecto de las teorías que se podrán invocar para explicar estos fenómenos, podemos decir que conociendo muchos de los detalles de la lucha entre la enfermedad y el organismo humano, ignoramos aun la mayor parte de ellos por lo complejos que son. Los hechos clínicos son los únicos que no tienen réplica posible afianzados con el porcentaje elevado de curaciones; pues sanar es lo que más anhela el enfermo y lo que más halaga al médico.

Las explicaciones vendrán después, mas el hecho incontrovertible es este: La fiebre debe ser siempre combatida por los antitérmicos en las enfermedades agudas febriles y por ningún motivo se le debe respetar, bajo ningún pretexto, como algunos —■ ya raros — autores tratan erróneamente de sostener. En el deber de vulgarizar los mejores métodos que se han encontrado en el transcurso de larga experiencia profesional, voy a exponer cuáles son las reglas fundamentales de asistencia para los enfermos de fiebre tifoidea y paratíficas con un 98% de curaciones, por no decir 100%.

*Bases generales para el mejor tratamiento de las enfermedades agudas febriles.* lo.) En toda enfermedad febril aguda el desarrollo del microbio causal de la enfermedad aumenta la virulencia de los microbios patógenos que en estado saprofítico moran en determinadas cavidades, a saber:

—Continuará.—

## N O T A S

En la sesión ordinaria celebrada por la Asociación Médica Hondureña, el sábado 3 de octubre disertó sobre Tifus exantemático observado por él en diversas regiones de su país, con caracteres especiales el Dr. Marcelino Mora actual Ministro residente de Nicaragua ante el Gobierno de Honduras. Tanto por tratarse de un asunto de tanta importancia para nosotros, ya que jamás se ha registrado en la literatura médica de Honduras el haberse encontrado casos esporádicos y mucho menos epidémicos de tal enfermedad y pueda ser que existan habiendo pasado desapercibidos, ya que los climas y medios de transmisión de Nicaragua son semejantes a los nuestros; como por la alta posición oficial que ocupa el Dr. Mora, fue objeto de las más cordiales felicitaciones y muestras de afecto y simpatía por los socios.

En la creencia de hacer un positivo beneficio a los lectores de esta Revista, reproducimos en el presente número la conferencia del Dr. Mora.

En prueba de nuestra gratitud y deferencia por el Dr. Mora, la Asociación acordó extenderle una invitación con carácter permanente para que asista a las sesiones de la misma.

En la sesión celebrada el día 3 de octubre, se procedió a elegir los funcionarios que han de dirigir los destinos de la Asociación del mes de noviembre de

este año a octubre del próximo. El resultado de la votación fue el siguiente:

Presidente, Dr. Marco Delio Morales

Vicepresidente, Dr. Trinidad E. Mendoza.

Vocal I, Dr. Manuel Larios.

Vocal II, Dr. Héctor Valenzuela.

Vocal III, Dr. Henry D. Cuilbert.

Secretario, Dr. Antonio Vidal.

Tesorero, Dr. Isidoro Mejía h.

Fiscal, Dr. Juan A. Mejía.

Vocales suplentes: I, Dr. José R.

Durón. II, Dr. Gabriel R.

Aguilar. III, Dr. Manuel Castillo

Barahona.

Prosecretario, Dr. Abelardo Pineda U.

Personal de la Revista:

Director, Dr. Salvador Paredes P.

Redactores, Dr. Humberto Díaz,

Dr. Manuel Cáceres Vigil,

Dr. Gabriel R. Aguilar.

Secretario de Redacción, Dr. Antonio Vidal.

Administrador, Dr. Isidoro Mejía h.

Hemos recibido como nuevos canjes, la Revista de la Sociedad Brasileira de Química, y Medicina órgano de la Facultad de Medicina de Lisboa; mucho los agradecemos y correspondemos.

Llegó a nuestra mesa de redacción el folleto titulado Ins-

tituto de Biología y Patología Andina editado en Lima, Perú, cuyo envío agradecemos en todo su valor.

Muchos miembros de la Asociación Médica Hondurena, han sido invitados para tomar participación en las sesiones del IV Congreso Centroamericano, que

se reunirá en Guatemala del 10 al 15 de noviembre próximo.

La Revista Médica Hondurena que había recibido invitación para hacerse representar en el III Congreso Internacional de Paludismo, que debía reunirse en España en octubre, recibió, aviso de que no tendrá verificación sino el año próximo en fecha que oportunamente será señalada.

## Radiaciones Ultra-Violetas

(Concluye)

El asunto de la exposición es uno en que se necesita tener grandísimo cuidado debiendo seguirse la práctica de graduar las exposiciones del cuerpo empezando por los pies, según el método de Rollier, ya sea en la radiación natural o artificial. La superficie expuesta y el tiempo se irán aumentando gradualmente hasta que el paciente reciba una radiación general del cuerpo adicionada con la exposición local del abdomen.

En la tuberculosis linfática hemos obtenido excelentes resultados con la radiación ultravioleta. En el primer período de nodos linfáticos tuberculosos, la exposición a la luz es seguida por una reacción inflamatoria con ligero dolor, reblandecimiento e hinchazón. En la mayor parte de los casos de inflamación y el nodo linfático acaba por sanar. En el segundo período de caseificación la sola exposición a la luz ultravioleta

produce frecuentemente la resolución. Cuando los nodos linfáticos reblandecidos llegan al período de fluctuación, es necesaria la aspiración o incisión, y en tal caso la radiación ultravioleta es más efectiva. En el tercer período se obtienen excelentes resultados para hacer desaparecer senos de antiguo origen; pero ocasionalmente deben combinarse con el tratamiento de luz las exposiciones de rayos X.

La radiación ultravioleta tiene un lugar en el tratamiento de la artritis. Su influencia no es específica, pero tiene un valor definido cuando el paciente sufre de anemia secundaria o de falta de luz solar debida a la reclusión en la cama. Todos nuestros casos de artritis reciben radiaciones ultravioletas artificiales en los meses de invierno y se les recomiendan los baños de sol en verano.

-----De Revista de Radiología y Fisioterapia.---