

LO QUE EL MEDICO NO DEBE HACER

(Continúa)

Seroterapia

- NO la empleéis inútilmente; mañana podrá necesitarla el enfermo con urgencia y estará ya sensibilizado.
- NO olvidéis la máxima cíe la seroterapia; precoz, intensa, prolongada.
- NO inyectéis sueros en la vena sin haberlos inyectado en la piel por lo menos una hora antes.
- NO inyectéis sueros, sino en casos extremos, en los tuberculosos, asmáticos, hepáticos, vagotónicos e individuos que padecen de urticaria.
- NO inyectéis suero a un enfermo sin hacer la desensibilización, si no estáis seguros de que no se lo han inyectado antes.
- NO inyectéis suero puro a un individuo muy sensible; diluidlo en suero artificial.
- NO apliquéis suero por vía raquídea a los individuos que presentan signos de meningitis sérica.
- NO confundáis la adenitis y la orquitis sérica con padecimientos de otro origen.
- NO hagáis pronóstico benigno en las parálisis séricas.
- NO dejéis de hacer la hemoterapia en los accidentes séricos tardíos.
- tomar en cuenta las negativas de los 'enfermos.
- NO olvidéis que en materia de sífilis no hay código absoluto de Terapéutica.
- NO olvidéis que vuestro papel, de médico no se reduce a curar los padecimientos y que estáis obligados en los hogares a explicar a vuestros clientes, siempre que sea posible, los peligros de las enfermedades venéreas y la manera de evitarlas.
- NO olvidéis que el Wasserman es negativo en los niños menores de diez días y que se observan reacciones francamente negativas en niños con grandes lesiones sifilíticas.
- NO comunicéis vuestro diagnóstico al enfermo, si no estais seguro de que no provocaréis graneles daños morales.
- NO hagáis tratamiento mrcurial, sobre todo de sales soluble si no es en enfermos cuya dentición esté perfectamente limpia.
- NO hagáis tratamiento yodurado y arsenical al mismo tiempo.
- NO dejéis de vigilar la orina las encías del enfermo.
- NO prescribáis en los niños dosis altas de yoduro, que por el catarro que provocan impiden la alimentación, habiéndose observado varios casos de inanición y a veces la muerte.

Sífilis.

- NO dejéis de pensar en ella; aunque os parezca exagerado, buscadla siempre sin

- NO deis grandes dosis de yoduro sin haber reconocido la susceptibilidad del enfermo.
- NO pongáis compresas frías en la sífilis ocular.
- NO prescribáis mercurio por la boca cuando el estómago esté bacío.
- NO inyectéis salvarsán cuando haya caquexia, salvo que sea sifilítica.
- NO inyectéis el arsenobenzol sino habéis encontrado los riñones, el hígado y la circulación en buen estado.
- NO inyectéis el arsenobenzol en los jaquecosos, asmáticos e individuos con insuficiencia hepática, urticaria, Enfermedad de Basedow.
- NO inyectéis el arsenobenzol en los individuos con parálisis general antigua.
- NO vaciléis en inyectar hasta 7 miligramos de adrenalina en las crisis nitritoides graves.
- Sífilis cerebro espinal*
- NO os conforméis con hacer la reacción de Wassermann de la sangre que puede ser positivo, sin que el padecimiento nervioso sea de origen sifilítico. Haced la reacción del líquido céfalo-raquídeo.
- NO consideréis como sifilíticos todos los trastornos nerviosos que presenta un sifilítico.
- NO olvidéis que la esclerosis múltiple es fácilmente confundida con la sífilis cerebro-espinal. El examen del líquido céfalo-raquídeo y los fenómenos pupilares contri-
- buyen a aclarar el diagnóstico.
- NO consideréis como epilépticas las convulsiones que aparecen en la edad madura; pensad en la sífilis.
- NO olvidéis que los traumatismos despiertan la sífilis y que es muy grave-confundir los trastornos traumáticos con los sifilíticos.
- NO dejéis de eliminar la idea de un absceso antes de diagnosticar sífilis cerebral.
- NO olvidéis que el examen de las pupilas es indispensable para el diagnóstico de la sífilis nerviosa.
- NO abandonéis la idea de la sífilis cerebro-espinal, porque los trastornos pupilares perduran a pesar del tratamiento, tanto porque en algunos casos de sífilis nerviosa evidente la terapéutica es inútil, como porque en la parálisis general hay remisiones espontáneas.
- NO dejéis de diagnosticar sífilis cerebro-espinal cuando a los trastornos pupilares se agregan hemiplejía, afasia, parálisis de los nervios craneales, trastornos medulares.
- NO hagáis tratamiento antisifilítico cuando el nervio óptico esté lesionado, sin tomar precauciones especiales.—Suspended el tratamiento si la lesión del nervio avanza.
- NO dejéis de operar cuando el tratamiento médico sea ineficaz y la lesión de foco sea evidente.

Sífilis del corazón y de los vasos

- NO dejéis de pensar en la sífilis siempre que aparezca una insuficiencia valvular a una edad avanzada.
- NO dejéis de buscar la reacción de Wassermann siempre que encontréis una afección aórtica.
- NO olvidéis que la insuficiencia aórtica sífilítica es más grave que la reumática.
- NO olvidéis que las lesiones sífilíticas de la aorta se propagan a las arterias coronarias, produciendo la angina de pecho.
- NO dejéis de buscar el alargamiento de la aorta sífilítica, que permite palpar el cayado en la horquilla esternal y las subclavias arriba de las clavículas.
- NO dejéis de hacer la radioscopia que permite distinguir la masa inmóvil de los tumores del mediastino, de la pulsátil del aneurisma.
- NO olvidéis el síntoma de Oliver del descenso de la tráquea y la laringe, isócrono con las pulsaciones.
- NO dejéis de hacer la laringoscopia que permite descubrir una parálisis de la cuerda vocal izquierda, que no siempre provoca ronquera por la suplencia de la cuerda derecha.
- NO olvidéis que el aneurisma de la aorta produce neuralgias intercostales, vómitos y dilataciones de la pupila.
- Síncope*
- NO cometáis el error de menospreciar el síncope, que muchas veces puede ser mortal.
- NO olvidéis que el derrame pleural, sobre todo el izquierdo, es la causa más frecuente de síncope respiratorio.
- NO evacuéis nunca violentamente los derrames pleurales y ascíticos ni la vejiga; podéis provocar un síncope.
- NO confundáis el síncope con el coma; en éste el pulso late fuertemente, la respiración es ruidosa, hay rigidez muscular, contracturas o parálisis; en aquel, pulso y respiración desaparecen casi completamente y hay flacidez muscular.
- NO hagáis pronóstico del síncope.
- NO hagáis pronóstico del síncope prolongado, salvo que sea histérico.
- NO hagáis tratamiento espectante en los casos prolongados. Haced la respiración artificial, aplicaciones eléctricas, inyecciones de cafeína y éter alcanforado.
- NO hagáis sólo tratamiento sintomático; buscad la causa.
- NO confundáis el síncope cardíaco o respiratorio con el histérico, en el que hay contracciones de los párpados, y a veces es posible encontrar zonas histerógenas cu-B ya compresión provoca contracturas.
- NO olvidéis que el sistema circulatorio es la causa más frecuente de los síncope: I pulso lento, insuficiencia mitral, estrechamiento aórtico.
- NO hagáis la toracentesis y la i paracentesis con trocar muy grueso.

NO dejéis de auscultar el corazón frecuentemente en las grandes infecciones para poder prevenir un desfallecimiento cardíaco.

NO intentéis hacer ingerir la menor cantidad de líquido a un enfermo con síncope; podéis asfixiarlo.

Sinusitis

NO hagáis el diagnóstico sin haber eliminado la idea de un cuerpo extraño, sífilis, neoplasmas y cálculos nasales.

NO olvidéis que frecuentemente varios senos están invadidos.

NO olvidéis que si el diagnóstico de las sinusitis agudas es fácil, no sucede lo mismo con las formas subagudas y crónicas; las irradiaciones del dolor se hacen a distancia; la sinusitis maxilar provoca dolores del nervio supraorbitario y la esfenoidal provoca dolores en el occipucio.

NO confundáis los dolores paroxísticos de la neuralgia frontal que se exacerban por la compresión fuerte del agujero supra orbitario y se alivian con una compresión continua y suave, con los de la sinusitis que aparecen insidiosamente en el fondo y la pared anterior del seno y se exageran por la presión suave y continuada.

NO creáis que en todos los casos es dolorosa toda la región del seno frontal; hay veces en que sólo lo es la parte interna, dando lugar

a pensar en la neuralgia supraorbitaria.

NO olvidéis que la sinusitis frontal provoca a veces edema palpebral y de la región del seno.

NO examinéis a vuestro enfermo muy tarde del día, para daros cuenta de la cantidad de pus que se acumula.

NO dejéis de investigar la posición de la cabeza en que escurre más fácilmente el pus. En las sinusitis maxilares, escurre más, echando la cabeza hacia atrás; en las frontales, echándola hacia adelante.

NO dejéis de hacer la iluminación y la radiografía de los senos.

NO olvidéis que tras las formaciones poliposas del etmoides puede esconderse un tumor maligno, que produce hemorragias abundantes.

NO olvidéis que las sinusitis etmoidales se propagan fácilmente al cerebro y a la órbita.

NO perforéis el seno maxilar muy adelante del cornete inferior, porque podéis perforar el conducto naso-lagrimal.

NO inyectéis líquido a través del trocar sin estar seguros de que la punta del instrumento se mueve libremente; de lo contrario podéis provocar un enfisema o inyectar el líquido en los tejidos.

NO insufléis aire en los senos, porque podéis provocar una embolia gaseosa.

NO hagáis tratamiento de la sinusitis sin estar seguros de

que no es una pieza dentaria la causa de la infección.
NO abráis un agujero muy amplio a través del alveolo, porque difícilmente se cierra, dando lugar a fístulas.
NO taponéis después de operar la sinusitis etmoidal; podéis dar lugar a complicaciones meníngeas.

Sinusitis fétida

NO olvidéis que sólo la caries la provoca; la inodora generalmente es gripal.
NO la confundáis con la neuralgia facial.
NO la declaréis curada sino después del control rinoscópico estricto.
NO prescribáis pomadas, lavados ni polvos.
NO hagáis el drenaje alveolar.

Tabes dorsal.

NO eliminéis la idea de tabes sino cuando las reacciones

del líquido céfalo-raquídeo sean negativas.

NO olvidéis que la rigidez refleja de la pupila, la falta de reflejos en las piernas y los trastornos de la sensibilidad, son los síntomas más precisos de tabes.
NO olvidéis que los dolores lancinantes pueden presentarse en las mujeres nerviosas y anémicas.
NO consideréis como tabéticos los trastornos de la micción, sin haber eliminado su origen local.
NO olvidéis que frecuentemente se confunden la tabes y la demencia parálitica por su etiología y por los síntomas oculares y trastornos de los reflejos tendinosos.
NO olvidéis que un tabético puede ser neurasténico y que podéis considerarlo como parálitico general, y que la tabes y la parálisis general pueden asociarse.

- NO olvidéis que la siringomelia puede provocar síntomas tabéticos.
- NO dejéis de pensar en la tabes cuando haya habido una caída espontánea de los dientes sin haber diabetes.
- NO dejéis de hacer el examen oftalmoscópico y el del líquido céfalo-raquídeo.
- NO olvidéis que la tabes es confundida muy frecuentemente con la polineuritis, por la desaparición de los reflejos y los trastornos de la sensibilidad y la coordinación. Les antecedentes, las reacciones serológicas y la rigidez de la pupila, que es excepcional en los alcohólicos, ayudan a hacer el diagnóstico.
- NO olvidéis que las tabes y la diabetes pueden confundirse, por la falta de reflejos rotuliano y aquiliano que obedecen a una polineuritis diabética.
- NO olvidéis que la tabes puede a su vez provocar glicosuria por lesión del 4º ventrículo.
- NO olvidéis que el único tratamiento básico medicamentoso es el del arsénico y el bismuto.
- NO uséis mercurio ni arsénico en los caquéticos.
- NO gastéis imprudentemente las venas del enfermo; las necesitaréis durante largo tiempo.
- NO descuidéis el tratamiento general.
- NO deis yoduro de potasio en la atrofia del nervio óptico.

Tétanos

- NO olvidéis que el trismus del tétanos puede confundirse con el de otras dolencias, especialmente con el que provocan la angina de Ludwig, las artritis témpora-maxilares y las afecciones dentarias.
- NO olvidéis que a veces la contractura no comienza en el maxilar si no en los músculos del miembro infectado, y que puede ser tomada por una contractura histérica.
- NO confundáis la excitabilidad refleja y los espasmos faríngeos del tétanos con los de la rabia, en la que faltan el trismus y la contractura tónica que existen en los intervalos de la crisis.
- NO dejéis de explorar el estado psíquico del enfermo que es normal en el tétanos y presenta alternativas de excitación y depresión en la rabia.
- NO confundáis la rigidez de la nuca, del tétanos con la de la meningitis, en la que hay bradicardia, hiperestesia cutánea, vómitos de origen central, etc.
- NO confundáis el tétanos con la intoxicación por la estricnina, en la que las convulsiones afectan sobre todo las extremidades y el curso es más violento.
- NO olvidéis que el tétanos afecta formas crónicas que pueden ser confundidas con la histeria; los antecedentes y el hecho de que las contracturas no desaparecen durante el sueño, y sí con las

inyecciones de novocaína, permiten hacer el diagnóstico.

NO confiéis en el tratamiento sérico, que sólo parece obrar enérgicamente por vía intracraneal.

NO dejéis de limpiar bien las heridas sobre todo en la forma crónica.

NO olvidéis nunca el empleo de los narcóticos.

Tifo

NO dejéis de buscar la reacción de Weil Félix y el fenómeno de Rumpel Leede en los enfermos sospechosos y en todos los febricitantes de las regiones en que hay tifo.

NO confundáis el exantema del tifo, que aparece del 49 al 69 día en todo el cuerpo, con el de la tifoidea que aparece al 99 día por etapas sucesivas.

NO olvidéis que en el tifo la depresión es característica y perdura muchas veces después de la curación.

NO olvidéis la forma abortiva del tifo en la que la sintomatología es muy reducida.

NO dejéis de despiojar a los tifosos, y aun de pelarlos en caso necesario.

NO dejéis de vigilar el funcionamiento de la vejiga de los tifosos que con mucha frecuencia presentan la iscuria tan paradógica.

NO impongáis una dieta tai: severa a los tifosos como a los enfermos de tifoidea.

Tina

NO la confundáis con la pelada que es inofensiva. NO examinéis los pelos largos; preferid los quebrados.

Tracoma

NO lo confundáis con la conjuntivitis folicular que, al revés del tracoma, no ataca la córnea y por consecuencia la visión, ni provoca granulaciones durables del párpado superior.

NO pongáis vendaje, sino anteojos oscuros.

NO operéis precozmente cuando las granulaciones están muy inflamadas.

NO confundáis el tracoma con la conjuntivitis de Parinaud, que provoca adenopatías.

Ricardo D. Alduvín. I

{Continuará}