

Año VII

REVISTA

Nº 68

MEDICA HONDUREÑA

Director:

DR. S. PAREDES P.

Redactores:

DR. HUMBERTO DIAZ

DR. MANUEL CACERES VIJIL - DR. GABRIEL R. AGUILAR

Secretario de Redacción:

DR. ANTONIO VIDAL

Administrador:

DR. MARCO DELIO MORALES

SUMARIO

Página

Página de la dirección	131
Fisiología de la hipófisis, por Marcial P. Ochoa ..	133
Lo que el médico no debe hacer, por el Dr. R. D. Alduvín	148
Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.	156
Las eminencias en cistoscopia, por O. M.	159
Homenaje a un español ilustre, por S. P. P.	162
Fracturas abiertas diafisarias, por Eugenio T. López-Trigo	163
Consejos de higiene en casos de epidemia, por el Dr. Delattre	173
Investigación del treponema por la punción ganglionar, por E. Sidi, Lucien de Marne y L. de Montis	177
Dietética de la fiebre tifoidea, por el Dr. Jorge Orgaz	189
Indicaciones de la paracentesis del tímpano	190
Notas	191

Marzo y Abril

Imprenta

Calderón

1937

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Humberto Díaz

Dr. Manuel Cáceres Vigil

Doctor Gabriel R. Agilitar

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Dr. Antonio Vida]

Dr. Mareo Delio Morales

Año VII | Tegucigalpa, Hond. C. A., Marzo y Abril de 1937 | No 69

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

En el número 44 de esta Revista, correspondiente a Junio 30 de 1934, escribimos un artículo con el mote de Disentería y Operaciones con él objeto de recalcar la extrema frecuencia de brotes disentéricos después de las operaciones de todo género, pero sobre todo abdominales. Decía entonces cuan numerosos eran los casos de disentería en individuos que jamás habían padecido de ella; eran indudablemente portadores de Amibas. Insistía sobre la necesidad de hacer exámenes coprológicos previos y luego cuando se presenta el síndrome.

Mi intención es ahora distinta. Se refiere a llamar la atención muy particularmente sobre las Apendicitis disentéricas y las Apendicitis en los disentéricos. Las primeras curan con el tratamiento específico, las segundas no.

Es ya muy vieja y larga mi experiencia sobre este tema como para sustentar en ella una conclusión definitiva: hay que operar las Apendicitis de los disentéricos.

Tengo en mis protocolos casos de una claridad meridiana, este por ejemplo: un primo mío sufre desde hace muchos años de disentería en forma de brotes agudos repetidos varias veces al año. El tratamiento específico es casi continuo. A francas mejorías suceden crisis alarmantes. El estado general jamás llega a ser florido a pesar de la juventud del paciente. En muchas ocasiones encontramos doloroso el Mac Burney aunque jamás se presentara un cuadro de Apendicitis aguda. A los 10 años de haberlo visto por primera vez los trastornos digestivos eran tan marcados, anorexia, constipación y enflaquecimiento, que resolví hacer la Apendicectomía. Caso maravilloso, el primo continuó padeciendo de sus ac-

cesos disentéricos a pesar del tratamiento, pero los síntomas señalados que más le hacían sufrir desaparecieron y tres meses después había ganado 15 libras que en dos años subieron a 35.

Una señorita sufría desde largos meses de dolores en el Mac Burney., Varios médicos le hicieron el diagnóstico de Apendicitis crónica pero uno le dijo que no había tal cosa, que su enfermedad era sencillamente una disentería crónica; efectivamente la niña tenía una vieja Amibiasis intestinal tratada correctamente repetidas veces con alternativas de mejoría hasta por algunos meses y luego serias recaídas. El galeno negador de la Apendicitis la entretuvo año y medio con Emetina y Yatrenes sin conseguir el desaparecimiento del dolor ni menos del mal estado general ya desesperante hasta que la paciente buscó de nuevo uno de los facultativos que había afirmado la Apendicitis quien otra vez insistió sobre su diagnóstico primitivo y aconsejó formalmente la operación. Después de efectuada el dolor desapareció inmediatamente y empezó a engordar con tal celeridad que hubo de ponerse a dieta para no perder sus bellas líneas.

Como los anteriores podría referir infinidad de casos para convencer al más obstinado. Los individuos operados como apendiculares sin haber presentado fenómenos disentéricos y que con motivo del choc operatorio estalla su amibiasis en forma de disentería aguda aun cuando nunca se les hubiera encontrado amibas en las heces gozan de un positivo beneficio porque entonces ya conocida su enfermedad son puestos bajo un tratamiento específico fuerte y prolongado.

No conozco el caso de un disentérico que haya sufrido algún perjuicio por haberlo desembarazado de su apéndice, no existe ninguna contraindicación operatoria.

Debe también saberse la extremada frecuencia en esta tierra de la Colitis producida por las Tricomonas en las mismas formas clínicas de la Amibiasis. En otra ocasión nos hemos de referir in extenso a ese tremendo flagelo causante de tantas molestias, de tan difícil erradicación y sobre todo que no es la totalidad de médicos la que da su verdadera importancia a tales parásitos. Nosotros somos firmes convencidos de su alarmante malignidad a tal grado que damos semejante importancia a la Amibiasis y a la Tricomonosis intestinal. Sistemáticamente ordenamos su investigaron al laboratorista cuando sospechamos una colitis por la poderosa razón de ser su tratamiento perfectamente distinto.

FISIOLOGÍA DE LA HIPÓFISIS (Tesis)

Entre las adquisiciones más recientes que, sobre los estudios de endocrinología se han llevado a cabo, se encuentra la noción bien establecida, de las íntimas relaciones que afectan entre sí las glándulas endocrinas. La secreción de estos órganos, puede modificarse por un desequilibrio, que, para ser pronta compensado, se determina una liberación exagerada o disminuida de hormonas de acción correctora.

Con este mecanismo de regulación del funcionalismo glandular, existe otro del que los trabajos recientes han comprobado su exactitud: la posibilidad para las glándulas de secreción interna de reaccionar entre sí por una acción directa de las hormonas que producen.

El lóbulo anterior de la hipófisis es sumamente sugestivo desde este punto de vista. Junto a la influencia motora si así se pudiera decir, que ejerce sobre el ovario; se admite además una acción estimulante sobre el cuerpo tiroides, las paratiroides y las suprarrenales. Este modo de obrar no es unilateral, ya que se ha demostrado sobre to-

do para el sistema hipofisogenital, que la proporción de las hormonas sexuales en la sangre regulariza a su vez el funcionalismo hipofisario.

Los grandes adelantos científicos que sobre la endocrinología se han venido efectuando en los últimos años, y en especial sobre las funciones de la glándula pituitaria, han venido a poner de una manera manifiesta e incontrovertible, las múltiples acciones fisiológicas, ligadas al gran número de cadenas hormonales que, biológicamente se han aislado de la glándula hipofisaria.

De todos los médicos es bien conocido que, hace algunos años, a la hipófisis se la consideraba, además de su presencia indispensable para la vida, como un órgano necesario para el crecimiento, que su extirpación o su destrucción espontánea determinaba emaciación, astenia y además a veces con aspecto senil, que a la hipersecreción del lóbulo anterior de atribuí^a la acromegalia, el gigantismo, y que el infantilismo, era dependiente de un trastorno de la misma glándula; que a los tumores

Aplico el mismo criterio quirúrgico a los amibiásicos que a los tricomonósicos.

Inmenso beneficio aportarán a sus enfermos quienes estén de acuerdo con nosotros en la manera de contemplar el problema de la Apendicitis en los individuos que padecen de amibiasis y tricomonosis intestinal.

De la glándula pituitaria eran atribuidas algunos síntomas locales, tales como la hemianopsia visual temporal, por lesiones de las cintas ópticas; la anosmia, las parálisis de los nervios craneales por compresiones de vecindad. Que a las alteraciones del lóbulo exterior estaban subordinadas ciertas obesidades principalmente el síndrome adiposo-genital, la diabetes insípida, y que el lóbulo posterior parecía tener estrechas relaciones con el metabolismo de las grasas y de los hidratos de carbono. Y que a ciertas lesiones destructivas de la glándula hipofisaria está unido el síndrome de Simmonds o caquexia hipofisaria.

Pues bien, todas las acciones antes citadas, han sido corroboradas por experiencias efectuadas en los laboratorios, y en las clínicas, por los casos que frecuentemente se presentan; no queda lugar a que se dude de la fitopatología de la glándula hipofisaria en las diferentes modalidades antes citadas.

Pero los fisiólogos, no contentos con tan escasos conocimientos, continúan sus investigaciones y observaciones biológicas, los cuales siguen paso a paso hasta que llega el momento en que, se abren campo ante el mundo científico, para dar a conocer el triunfo de sus largas experiencias.

Y es así que los primeros escritos sobre endocrinología, aparecen por el año de 1920; por esa época, los diferentes artículos se caracterizan por contener muchas declaraciones generales, relativas a la acción correlacionada en las glándulas

endocrinas. Desde entonces, la endocrinología ha venido enriqueciéndose, en una serie gradual de conocimientos de los que, en su mayor parte se han establecido por medio de investigaciones precisas de laboratorio, de manera que hoy se conocen con mucha exactitud la correlación entre ciertas hormonas. Uno de los hechos más interesantes que, ponen de una manera evidente la relación íntima entre una o varias hormonas, y que es de indiscutible valor para la ciencia médica, por cuanto se refiere al diagnóstico precoz del embarazo, es la bella reacción biológica de Aschheim-Zondek; que apareció en el año de 1928 y que, desde un principio revistió un interés más que excepcional muy práctico. Poco tiempo después aparecen otras series de reacciones biológicas sobre el diagnóstico del embarazo, y que, se fundan en el mismo principio de la reacción de Aschheim-Zondek.

Sobre estos hechos que abren una era de actualidad y que, firmemente guían sus pasos hacia el esclarecimiento patogénico de algunos síndromes, lo mismo que, hacia la explicación de actos puramente fisiológicos y hacia el aislamiento clínico de algunos estados morbosos, contribuyen: lo que bien pudiera llamarse, la ENDOCRINOLOGÍA DE LA ÉPOCA ACTUAL.

De las glándulas endocrinas, es la hipófisis a la que se le ha aislado el mayor número de hormonas, y es indudablemente la que más llama la atención de los fisiólogos y patólogos, ya que sus funciones, se ejercen sobre

el ovario, tiroides., sobre la glándula suprarrenal y sobre el páncreas.

Haré una breve reseña de todas estas acciones.

Relaciones de las hormonas del ovario y la pituitaria anterior y la menstruación

Es indiscutible el grado de importancia del proceso menstrual en la fisiología femenina.

La menstruación marca el inicio del período de pubertad femenina, es decir, la aparición súbita de la madurez sexual en pleno desarrollo.

El ovario, como es bien sabido, guarda una relación causal directa con la menstruación, la ablación de este órgano trae como resultado la absoluta cesación menstrual, la que puede ser luego reinducida por transplatación de un ovario. El ovario ejerce su influencia sobre el proceso menstrual por medio de algunas sustancias elaboradas dentro de la sangre y no por un mecanismo nervioso como hace algún tiempo se creía.

El ovario elabora dos hormonas, una la hormona folicular o de "Allen-Daisy" y otra la hormona lútea. Ambas ejercen efectos fundamentales y distintas en el proceso menstrual. En años recientes, otro elemento endocrino, el lóbulo anterior de la hipófisis, ha sido relacionado con el proceso, en la hora presente no queda duda de que una hormona pituitaria anterior es un factor normal y necesario en el mecanismo endocri-

no que gobierna la menstruación. Esta acción pituitaria se ejerce por medio del ovario. Aun no es posible decir con precisión la manera de actuar entre sí de estos varios factores; pero hay acumulada una masa substancial de hechos relacionándose individualmente a cada uno de ellos.

Los cambios estructurales que se presentan en el ciclo uterino son descubiertos por Marshall como sigue:

La etapa constructiva, La etapa destructiva, La etapa de reparación y La etapa de quiescencia.

No me detendré en prolíferos detalles de estas etapas, ya que son de todos muy bien conocidas.

Pasaré revista de las relaciones que guardan el ovario y la pituitaria anterior con estos cambios cíclicos del útero.

El objeto de todo el proceso es, desde luego, la reproducción, la cual principia con la ovulación o la descarga de un óvulo maduro del ovario.

La ovulación ocurre hacia la mitad del ciclo menstrual esto es, en el 13 o 14 días del ciclo de 28 días. A su tiempo la mucosa uterina sufre cambios hipertróficos convenientes para la recepción del óvulo. Estos cambios han sido graduales y comenzando inmediatamente después de la última menstruación precedente.

Corresponde a los cambios descritos bajo la etapa constructiva ya indicada. Después de la expulsión del óvulo, el folículo de Graaf experimenta organización definida con la formación de un

nuevo tipo de tejido, el cuerpo lúteo, y esto da lugar a una secreción interna que representa un papel importante y necesario en los cambios subsecuentes.

La influencia de la secreción interna del cuerpo lúteo empieza pues, en el período intermenstrual y va en aumento hasta el próximo período menstrual cuando degenera.

Otra secreción activa interna del ovario, es la hormona folicular, (foliculina, estricnina u hormona de "Allen-Daisy") desempeña también una parte esencial en el proceso, aunque del todo distinta. Esta hormona se encuentra en el folículo durante el desarrollo del óvulo y por lo tanto su influencia se ejerce en un diferente período del ciclo.

Sobre la evidencia de acción, naturaleza y presencia de estas varias hormonas postuladas, la lútea y de las pituitarias se encuentran ya universalmente reconocidas.

La hormona folicular, preparada primero por Allen-Daisy y por Zondek y Laquer. Su existencia es indisputable, y ha sido posible ensayarla biológicamente con precisión y sus efectos son innegables.

Pranq y Goldberger han demostrado la presencia de esta hormona en la sangre de mujeres y que hay una acumulación cíclica en la sangre, alcanzando un máximo justamente antes de la menstruación. En mujeres amenorreicas esta acumulación armónica a un "limen" está definitivamente ausente. La hormona folicular estimula esto es decir crisis de excitación

venérea. Además, según investigaciones recientes, parece ejercer una acción necesaria en el endometrio, que es suplementaria de la hormona del cuerpo lúteo en inducir los cambios de proliferación progestatoria.

Suplementando la acción de la hormona lútea en el endometrio hace de la hormona folicular un factor en menstruación del tipo humano y en que la influencia del cuerpo lúteo es indispensable, debe advertirse que es primeramente una hormona inductora de estro, lo que puede ser un fenómeno enteramente distinto de la menstruación.

Sus principales efectos (por lo menos en animales inferiores) se relaciona a cambios en el epitelio vaginal más bien que en el útero. El útero muestra algunos cambios hipertróficos, que requieren el efecto adicional de la hormona lútea para producir las características deciduales de menstruación verdadera.

Sobre la hormona del cuerpo lúteo pareciera haber igual certeza que sobre la folicular. El trabajo de la hormona lútea definida se basa en la relación constante del desarrollo y degeneración del cuerpo lúteo con los cambios uterinos resultantes en menstruación.

En los animales, la expulsión del cuerpo lúteo por compresión apresuran el período de estro, cuerpos lúteos persistentes reprimen la evolución y al exprimírseles reaparece el estro. En las mujeres, el cuerpo lúteo persistente inhibe la menstruación.

Una prueba adicional de hormona lútea ha sido presentada en la preparación de sustancias

lúteas activas ejerciendo visibles efectos inhibitorios de estro.

Papanicoláu describe como sigue la acción de la hormona lútea "la hormona lútea y la hormona sexual femenina se distinguen por el modo de actuar y son hasta cierto límite antagónicas. La hormona lútea inhibe y demora la evolución y el estro, mientras tanto que la hormona sexual femenina más bien acelera, limitadamente estos procesos. La lútea en estado purificado, no excita estro y no causa hipertrofia en el conducto genital de hembras castradas, como lo hace la hormona sexual femenina en grado notable. Ambas son activas durante el embarazo, pero actúan de maneras diferentes. La una inhibe, la otra estimula. Pero ambas actúan simultáneamente.

Trabajos más recientes sobre el asunto ponen en duda la relación antagónica entre las dos hormonas.

Más bien parecería que el cuerpo lúteo suplementa y continúa en período posterior el efecto antes ejercido por la hormona folicular.

Hisaw y Lionard, presentan este punto de vista.

Parece bien claro que la proliferación progestatoria característica del útero de la coneja, es el resultado de un efecto combinado de hormonas de cuerpo lúteo y folicular. La función de la hormona folicular parece ser la de poner el útero en condición fisiológica apropiada para que pueda responder a la hormona del cuerpo lúteo. Ninguna de estas dos sustancias son capaces de producir prolifera-

ción progestatoria en el útero castrado si se la da sola. Si el útero previamente castrado es puesto antes a la acción típica del estro por la inyección de hormona folicular y, acto continuo se administra tratamiento de cuerpo lúteo, resulta una proliferación progestatoria. La relación cuantitativa entre las hormonas foliculares y cuerpo lúteo tiene que existir para la prolongación del cuadro progestatorio por un período extendido.

La indiscutible influencia de la hormona del lóbulo anterior de la pituitaria ha sido puesta en evidencia más reciente y aunque ya se había sospechado de la correlación entre el ovario y la pituitaria anterior, por el resultado de observaciones clínicas y cambios fisiológicos, la demostración positiva de una hormona activa, extraída de la glándula hipofisaria anterior y ejerciendo efectos definitivos en el ovario fue hecha primeramente por Evans.

Sus experiencias ponen en claro que la hormona pituitaria anterior, en adición a que promueve el crecimiento, sufre el estro e induce luteinización de los folículos de Graaf sin ovulación precedente. Los ovarios presentan mayor número de cuerpos lúteos organizados y luteinizados con vestigios de óvulos aun remanentes.

Smith demostró así mismo por métodos de trasplatación la relación entre ovario y pituitaria.

"Transplantes homoplásticos diarios de la pituitaria de adultas, intramuscularmente, inducen a una madurez sexual en la.

ratoncilla ya desde que deja de mamar (22 días de edad) trascendiendo así toda variabilidad normal. Animales con sólo 14 días de edad empiezan a madurar sexualmente entre 8 a 10 días; cuando el tratamiento empieza al destete, la maduración tarda de 5 a 6 días.

La respuesta contraria del aparato sexual resulta de la ablación pituitaria antes de madurez sexual, deteniéndose el establecimiento completo del canal vaginal y quedando el sistema genital sin desarrollar.

El componente pituitaria anterior de solo trasplante, es esencial para la inducción de madurez sexual prematura, sin que el lóbulo posterior de la pituitaria estorbe ni ayude a la respuesta.

Por estos trasplantes no se da estímulo al útero ni a la vagina de la rata inmadura ovariectomizada.

La madurez invariable y rápida que es inducida por trasplantes diarios pituitarios se opone al criterio de quienes mantienen que la hipofisectomía no interviene en el desarrollo o función sexual e indica una importante relación entre hipófisis y gonados.

Zondek halla que la pituitaria anterior produce un crecimiento hormonal, interesado en el crecimiento somático y encuentra dos hormonas sexuales. La denomina A y B. La hormona A se interesa por la maduración del folículo y la segunda en causar luteinización. La hormona A no. es característica de preñez y puede presentarse en mujeres no embarazadas. La

hormona B ha sido constantemente demostrada en la orina de preñez y Zondek y Aschheim han contribuido con una prueba biológica para establecer la presencia de embarazo fundándose 3ii esta base.

Zondek y Aschheim han efectuado también implantaciones de la pituitaria anterior de ratitas y lograron inducir estro prematuro.

Concluyen que dichos efectos se esparcen por medio del ovario, el cual experimenta maduración temprana y elabora hormona folicular inductora de estro. Resumiéndose puede decirse que: la hormona A, activa la madurez del folículo y la ovulación existiendo una gran producción de hormona folicular. Esta hormona folicular se almacena en el organismo y ejerce una influencia sensibilizadora sobre el endometrio y la esclerosis sobre las células de la vagina. La segunda hormona pituitaria o sea la B, actúa sobre los folículos de Graaf después de la ovulación, y luteiniza y en esas condiciones elabora la hormona luteínica.

La hormona luteínica impide que siga la ovulación o madurez durante la última mitad del ciclo de los 28 días, y sigue actuando sobre el endometrio sensibilizado por la hormona folicular y desarrollándolo y preparándolo para el óvulo.

El efecto de la luteína y la hipertrofia del endometrio, así como sus alteraciones anteriores a la gestación, proceden juntamente y poco antes de la menstruación el cuerpo amarillo degenera, y el endometrio hipertrofico sufre del mismo modo

cambios de degeneración, sangrando y descomponiéndose y dando lugar al nuevo cielo. Durante el período entero hay, con cenferación creciente de la hormona folicular que llega al máximo un poco antes de la menstruación. Hace de supe i te de la hormona luteínica para la producción de los cambios progesteronales del endometrio provoca en la vagina cambios que son propios del celo, y por fin, en un punto de mayo.- concentración, ejerce, al parecer, el papel de provocar los cambios degenerativos que preparan el flujo menstrual, actuando (quizá tanto sobre el cuerpo amarillo como sobre el endometrio).

Los experimentos anteriores prueban de una manera enfática las relaciones íntimamente ligadas entre el ovario y la hipófisis anterior, las inducciones no van directamente hacia el útero, sino por intermedio del ovario. Queda así pues demostrado que el factor que inicia los diversos cambios del útero, no residen en el ovario mismo sino en la pituitaria anterior.

*Relaciones de la
Pituitaria con el cuerpo
tiroides y las paratiroides*

Rogowitsch, fue el primero en demostrar que después de la extirpación de la glándula tiroides la pituitaria se hipertrofia y altera. Esta hipertrofia producida por la tixoideotomía afecta todas las partes de la glándula, pero sobre todo la parte anterior, en la cual se encuentran desarrolladas vesículas Menas de materia coloidea, con elementos

muy parecidos al tejido tiroideo.. Iguales condiciones sufre la pituitaria en los hombres que sufren de Mixedema o de otras, afecciones que llevan simultáneamente implicaciones atróficas del cuerpo tiroides, o desviaciones de su función.

A. E. Livinston dice que la ingestión del cuerpo tiroides impide el incremento de volumen, de la pituitaria que sigue a la tiroidectomía.

La tiroidectomía obra además, sobre la glándula pituitaria aumentando las masas hialinas y granulosas de la parte intermedia, y su paso en gran número. a través de la porción nerviosa hasta la prolongación infundíbular del tercer ventrículo, lo que prueba un aumento de la actividad de la porción intermedia. Halpennq y Thompson describen, a consecuencia de la paratiroidectomía, una hipertrofia de la pituitaria, con aumento considerable del número de vesículas con materia coloide de la parte intermedia.

Las consecuencias de la extirpación de ambas glándulas hipófisis y tiroides en los animales jóvenes son algo parecidas, y demuestran cierta analogía funcional en cuanto a su acción sobre el crecimiento. Este resultado; en ambos casos, retrasado o suspendido, y el desarrollo general del cuerpo, y de modo particular el de los órganos genitales se encuentra impedido. En los dos casos hay tendencia a la adiposidad, más marcada cuando la hipófisis ha sido la extirpada.

Las investigaciones más recientes planteando problema de

si se encuentra una hormona hipofisaria anterior estimuladora de la tiroides eliminada por los riñones y se le halla en la orina.

M. Aron, que es a quien corresponden estas adquisiciones da un informe de un experimento, siendo su objeto demostrar la existencia en la expresión urinaria de una hormona de la hipófisis anterior, que estimula la glándula tiroides. El experimento consiste en inyectar orina a conejillos de indias, cuya función tiroidea no se halle completamente desarrollada.

El efecto de este procedimiento es el aumento de actividad de la tiroides, demostrable por cambios microscópicamente visibles en la glándula. A estas experiencias, se agregan las de G. Doederlein, consistente en la existencia de cambios morfológicos y funcionales de la tiroides de conejillos de india bajo la influencia de preparados de la hipófisis anterior, el autor usó preparado, comercial de prolan y un extracto de hipófisis anterior, en forma de vacuna preparada por él mismo. Las dos sustancias produjeron fenómenos morfológicos pronunciados, activación del parénquima de la tiroides y luteinización de los ovarios.

Fijóse en los cambios bien conocidos del ovario como la norma para determinar la actividad específica de las preparaciones que usó. El autor sostiene que hay prueba de que la hormona tirotrópica de la hipófisis anterior, pasa por la placenta y así ejerce su efecto sobre la tiroides de los fetos, de

la misma manera que lo hace la aplicación de la substancia en adolescentes y animales adultos.

Relaciones de la hipófisis anterior con las suprarrenales

Entre las distintas hormonas del lóbulo anterior estudiadas hasta la fecha, se hace alusión a un factor que parece tener lazos de unión con las cápsulas suprarrenales. En 1927 P. E. Smith, sugirió claramente la posibilidad de que esa hormona fuera completamente distinta de las que ya había obtenido por trabajos efectuados con animales, a los que les había extraído la pituitaria anterior. Encontró que en los citados animales había una inhabilidad constante para el crecimiento en general, una falta de desarrollo normal de las características sexuales, dificultada en el desarrollo normal de la tiroides e incapacidad para el desarrollo normal de la corteza suprarrenal. Estas deficiencias podían evitarse haciendo trasplantes de hipófisis anterior, lo que indica que una hormona es la base de estas deficiencias.

Evans y sus colaboradores dan evidencia de que "la hormona hipofisaria completamente repara las deficiencias gonádicas de los animales hipófisis tomizados."

Desde entonces se ha supuesto cierta evidencia que justifica la conclusión de que en forma semejante a la acción de la hormona del crecimiento, pueda prepararse una hormona adre-



Cuando una emulsión está bien hecha, fluye con facilidad. Así es el Agarol. La dosis se *vierte* en la cuchara — sin tener que extraerla de la botella. Sí se prefiere, el Agarol puede verterse en un vaso, revolverlo ligeramente, y tomarlo así, como agradable bebida. A los niños, puede darse mezclado con leche.

El Agarol es la emulsión original de aceite mineral con agaragar y fenoltaleína. Se mezcla fácilmente con el contenido intestinal. Es de gusto agradable; pero no está artificialmente saboreado, ni contiene azúcar.

El tratamiento del estreñimiento deja de ser un problema cuando se emplea el Agarol. Es un verdadero correctivo fisiológico de las funciones intestinales. Estimula suavemente la peristalsis, ablanda el contenido intestinal—y lubrica.

Ensaye el Agarol. Si lo desea, le mandaremos muestras gratis. Bastará que nos remita una hoja de su recetario.

notrónica que impida los efectos de la hipofisectomía sobre las suprarrenales. De si los efectos de la hormona de la hipófisis anterior actúan sobre la corteza o sobre la médula, no se ha resuelto todavía. Hay, sin embargo la creencia de que ambas son afectadas, tal vez por dos hormonas distintas.

Una atrofia cortical ocurre después de la hipofisectomía y aunque no se ha observado atrofia en la médula, ocurren ciertos cambios después de las inyecciones de extractos.

Anselmo, Herol y Hofman han dado la prueba experimental de la presencia de dos sustancias distintas que se extraen de la hipófisis anterior: una que obra sobre la corteza, la otra sobre la médula. En los archivos de Ginecología de Berlín, se ha descrito una sustancia obtenida de la hipófisis anterior que induce ciertos cambios en la médula de la suprarrenal, entre los que se incluyen una reducción general del tamaño de la médula. Experimentos controlados prueban que estos cambios son específicos para esta sustancia particular. Se diferencia definitivamente la hormona de aquella que causa las modificaciones de la corteza, así como de la tirotrópica, la pancreático-prótica y la gonadotrópica y las hormonas que regulan la gordura y el metabolismo de los hidratos de carbono.

Se cree que los cambios inducidos en la médula se deben a un estímulo directo.

H. J. Anselmo, F. Hoffman y L. Harold, publica en un artículo un método *histológico* para la

demostración de una sustancia en el lóbulo anterior de la hipófisis, que estimula la corteza suprarrenal. El experimento se basa en *el* hecho del aumento notable de tamaño de la corteza suprarrenal en el ratón blanco.

Este desarrollo se debe al aumento en el número y tamaño de los elementos celulares de la zona folicular y de la zona glomerulosa, y se caracteriza por ciertos cambios en el aspecto de las células y del contenido graso.

Estos cambios van acompañados de una reacción vascular intensa. Por medio de estos experimentos se han determinado un número de las propiedades físicas y químicas de la nueva hormona del lóbulo anterior, llamada de hormona corticotrópica. También dan un método de preparación que en una forma sencilla hace posible la separación de la hormona corticotrópica de las otras hormonas conocidas del lóbulo anterior de la hipófisis con excepción de la hormona pancreático trópica.

El carácter positivo de la evidencia de todos estos hechos experimentales que hasta la fecha se encuentran en la literatura científica, sugiere la posibilidad de que aparezcan contribuciones posteriores relativas a la etiología de ese ejemplo clínico bien conocido de insuficiencia suprarrenal: La enfermedad de Addison.

Fuera de las conexiones ya señaladas entre la suprarrenal y la pituitaria anterior existe otra muy bien conocida entre la suprarrenal y el lóbulo nervioso. El hecho descubierto por Gottlieb lo pone muy de manifiesto:

los extractos del lóbulo posterior pituitaria y los de substancia medular suprarrenal, se favorecen mutuamente en sus acciones sobre los vasos sanguíneos.

De esta manera, la acción de una inyección de extracto pituitario es reforzada si se ha inyectado antes una cantidad, aun pequeñísima, de adrenalina y viceversa. Es posible que la inyección de extracto del lóbulo posterior haga aumentar la cantidad de adrenalina en la sangre.

Relaciones de la hipófisis con el páncreas y con los demás órganos reguladores del metabolismo basal de los hidratos de carbono.

Las intervenciones quirúrgicas sobre la hipófisis que traen subsecuentemente un hipopituitarismo constantemente, se acompañan de aumento en el límite de tolerancia para los azúcares. Esta función está relacionada con el lóbulo posterior, según Cushing los animales que han sufrido la ablación de ese lóbulo soportarían la supresión del Páncreas, sin que se presentase la glucosuria: La glucosuria que aparece después de la ablación del Páncreas, depende del Hígado, cuyo glucógeno se transforma constantemente en glucosa.

Se puede afirmar como muy probable la existencia de una relación funcional entre la pituitaria, las suprarrenales, el páncreas y el hígado, de manera que un trastorno funcional cualquiera, de estos órganos modifica el metabolismo de los hi-

dratos de carbono, intermediano la acción del órgano afecto sobre los otros.

A estas asociaciones debe añadirse las acciones del cuerpo tiroideo, cuyas modificaciones secretoras, de manera aun imprecisada, afectan también el mecanismo regulador del metabolismo hidrocarbonado. Efectivamente, el hipotiroidismo, como el hipopituitarismo, elevan el límite de tolerancia del organismo para la glucosa. Según Asher y Flack, la presencia de cantidades anormales de secreciones tiroideas en la sangre, obra como estimulante de las suprarrenales, provocando hipersecreción de adrenalina, con el consiguiente descenso del límite de asimilación de los azúcares.

La insuficiencia de la secreción tiroidea lleva aparejada una hipersecreción del lóbulo posterior de la pituitaria.

Cushing ha demostrado que después de la ablación del páncreas, aparece aumentada la cantidad de substancias hialinas contenidas en las partes intermedias y nerviosas de la pituitaria.

Principios activos de la pituitaria posterior

Gran número de investigadores han podido aislar del lóbulo posterior de la hipófisis, los principios activos; habiendo logrado algunos de ellos obtener substancias cristalizables excitantes de los músculos lisos, en una forma muy parecida a los extractos de dicho lóbulo. En el comercio se encuentran soluciones esterilizadas, puras y

exentas de proteínas, que contienen los principios activos pituitarios, conocidos bajo los nombres de Pituitrina, Hipofisina.

Las acciones farmacológicas de los extractos de la pituitaria posterior son ya muy antiguamente conocidas. Ya en el año de 1859 se dieron a conocer los efectos de la pituitaria sobre el sistema vascular, consistentes en un aumento de la presión sanguínea, acompañada de vasoconstricción y aumento de la fuerza de los latidos cardíacos. La acción sobre los vasos es directa y no debida, como en la hormona suprarrenal, a una acción excitante sobre las terminaciones simpáticas. Howell, ha demostrado también que el efecto producido sobre el corazón es distinto del producido por la adrenalina: efectivamente, en tanto que después de la sección o paralización de las vasos la adrenalina determina una aceleración marcada de los latidos

cardíacos, por excitación del simpático, el extracto pituitario retarda el ritmo haciendo mayor la energía de cada contracción. La adrenalina no posee ninguna acción constrictora sobre los vasos coronarios, pudiendo a veces dilatarlos; el extracto pituitario los contrae, como a la mayoría de las demás arterias, entre ellas a los vasos pulmonares. Los efectos vasoconstrictores y sobre el corazón, producidas por el autacoide excitante, persisten habitualmente un tiempo considerable (un cuarto de hora a media hora o más) que varía según la cantidad inyectada.

El extracto pituitario obra también sobre otros tejidos de fibras musculares lisas; tales como la vejiga, el intestino y el útero, aun a pequeñas dosis.

La acción que sobre el riñón ejerce el extracto pituitario, es completamente contrario a la acción que ejerce sobre el sistema arterial en general, es decir.

que las arterias renales se dilatan si se añade extracto pituitario a la sangre circulante. Esta dilatación es seguida de un aumento de la secreción urinaria. Esta hipersecreción puede atribuirse en buena parte al aumento del flujo sanguíneo de los vasos renales, que son los únicos que se dilatan al propio tiempo que los demás sistemas arteriales se contraen; también puede aceptarse un efecto específico de alguno de los autacoide pituitarios, ya que a veces se produce la poliuria en ausencia de **toda** manifestación circulatoria sersibíe.

Este aumento de la secreción urinaria persiste aun después que la presión arterial ha bajado a su nivel anterior a la inyección. El resultado de la repetición de dosis de autocoide, en pequeñas cantidades, administradas en el momento en que se agota el efecto de la primera, es también el aumento de la secreción de orina, aunque la presión sanguínea a continuación de estas nuevas dosis no se eleva, o en lugar de crecer amengüe, sin variar el volumen renal. Este experimento demuestra que el autacoide no se ciñe en sus efectos a los vasos sanguíneos del órgano, sino que obra sobre las células secretoras, que las hacen

más activas, o más permeables. En estas circunstancias, la secreción, debe ser provocada por una excitación química y directa de las células renales por el autacoide.

La acción diurética del extracto pituitario no es contrarrestado por la atropina, lo cual prueba que no actúa por intermedio de nervios y terminaciones nerviosas, sino directamente sobre las células renales. Sin embargo, administrado por vía subcutánea o intravenosa, este extracto disminuye la secreción urinaria, siendo utilizado con frecuencia para el **tratamiento** de la diabetes insípida.

Se ha preguntado a qué son debido **s los** efectos completamente opuestos que suministran los extractos pituitarios; por una parte en los hechos puramente experimentales por otros los que la clínica nos presenta.

De todo esto resulta que el extracto hiporsario inyectado en los animales aumenta la secreción urinaria, mientras que. la inyección de idéntico extracto a los enfermos afectos de diabetes insípida disminuye la poliuria. En la literatura médica se encuentran algunos casos sumamente característicos. En la patología de la hipófisis, y al hablar de la diabetes insípida, in-

tercalo una observación; que a juzgar por los hechos, corroboran una vez más La experiencia que la clínica nos da.

Weed y Cushing, han demostrado que los extractos de lóbulo posterior contienen un autacoide que hace aumentar el flujo del líquido cefalorraquídeo. Este hecho es completamente independiente de la elevación de la presión arterial, ya que se da igualmente acompañado de disminución o de aumento de la amplitud de los movimientos respiratorios; el flujo del líquido cefalorraquídeo parece ser independiente de esta circunstancia.

Dixon y Halliburton creen que el aumento de flujo del líquido cefalorraquídeo es debido a la exageración de los movimientos respiratorios.

Ott y Scott han observado que en las cabras una inyección intravenosa de extracto pituitario hace aumentar la cantidad de leche que puede extraerse de las mamas en un tiempo dado, relacionada con la que se obtiene en el mismo tiempo antes de la inyección. Esta acción galactogoga del extracto pituitario se ha comprobado en gatas en período de lactación. El método empleado consistía en sondar los conductos galactoforos o incidir el pezón en una o varias mamas para recoger toda la leche segregada. La cantidad de leche excretada se medía con un cuenta gotas eléctrico. Se ha podido demostrar que una cantidad muy pequeña de autocoide pituitario puede hacer evacuar inmediatamente la leche acumulada en la glándula, y una

dosis mayor, vacía por completo los alvéolos. Si el pezón no ha sido sondado o incidido, la resistencia opuesta al paso de la leche por los conductos cerrados por las contracciones de las fibras musculares lisas abundantes en el pezón, no deja de fluir leche.

En la mujer en lactación, la inyección de extracto pituitario, provoca una comezón de los pechos, acompañada de una sensación de flujo de leche a través de los pezones, comparable esta última a la producida por el niño mientras mama, a pesar de no haber excreción efectiva de leche.

El efecto del autacoide no consiste en una acción directa sobre las células, haciéndolas fabricar o bien segregar leche, sino que ayuda a los alveolos a vaciarse de la leche que contenía anteriormente, siendo el resultado de esta evacuación, las contracciones de fibras musculares lisas que rodean los alveolos. De esta manera la forma de obrar del extracto pituitario sobre la secreción láctea difiere del que se ha observado en la secreción urinaria; en este caso existe realmente excitación de las células renales para extraer principios de la sangre y elaborar un líquido; en el caso de la glándula mamaria, al revés, se trata de la contracción de las paredes alveolares productora de la evacuación de un líquido existientemente segregado

Marcial P. OCHOA.

(Continuará)

LO QUE EL MEDICO NO DEBE HACER

(Continúa)

Traque otomía.

- NO la hagáis sino cuando no podáis vigilar la entubación, cuando no habiéndose hecho la seroterapia a tiempo, las pseudomembranas se hallan muy abajo del árbol aéreo y cuando la sofocación persiste a pesar de la entubación.
- NO incidáis nunca sin haber fijado antes vuestros puntos de referencia; ya fijados, no los perdáis.
- NO hagáis una incisión muy pequeña.

Tratamiento.

- NO olvidéis la desconsoladora reflexión de Frank: "Cuando yo era joven tenía cien medicamentos para cada enfermedad; hoy sólo tengo un medicamento para cien enfermedades."
- NO olvidéis que la mayor parte de vuestros enfermos se cura con vuestra ciencia, sin ella o a pesar de ella; una pequeña parte necesita urgentemente de vuestros auxilios y otra muere a pesar de ellos.
- NO olvidéis que a la sátira versellezca: "Apresuraos a curarme con esa medicina ahora que está curando" se puede oponer esta tesis de Leven: "El medicamento que bien estudiado ha curado, curará sismare."
- NO deis dosis enormes ni dosis pequeñísimas; con las primeras podéis hacer un positivo mal; con las segundas perdéis el tiempo de hacer bien.
- NO seáis abstencionistas por sistema; si no creéis en la medicina, dedicaos a otra cosa.
- NO seáis tampoco intervenciotas a todo trance; en el justo medio está la verdad.
- NO olvidéis que la mayor parte de vuestros clientes es pobre y que aunque sea rica, no debéis prescribir una medicina cara, si con una barata podéis obtener el mismo resultado.
- NO seáis refractarios a las adquisiciones terapéuticas modernas; pero tampoco las prescribáis exclusivamente si no después de haberos convencido de su eficacia. Sobre cien nuevos medicamentos, noventa desaparecen por inútiles.
- NO creáis que sólo la medicina cura: a veces hace más beneficios la higiene que la terapéutica.
- NO hagáis tratamiento sintomático si no cuando estéis completamente desarmados contra la enfermedad, cuando el síntoma sea muy penoso o ponga en peligro la vida del enfermo, y cuando la medicación que empleéis no sea peligrosa.
- NO deis dosis enormes de medicamentos; los purgantes

habituales, aceite de ricino, sulfatos de magnesia y sodio, etc., obran a dosis muy inferiores a las que se prescriben actualmente. NO olvidéis que todo medicamento es un cuerpo extraño; dad la dosis más pequeña que produzca un beneficio efectivo.

Tuberculosis miliar.

- NO olvidéis que, al principio, esta enfermedad presenta un cuadro clínico muy oscuro y que evoluciona según modalidades muy diversas.
- NO dejéis de pensar en la forma meníngea siempre que aparezca una meningitis sin causa ostensible.
- NO descartéis la tuberculosis miliar, porque el estado general sea bueno; se ven casos, especialmente en los niños, en los que el enfermo aumenta de peso y la fiebre es escasa o nula.
- NO descartéis la tuberculosis miliar, porque no existan lesiones pulmonares, huesosas, articulares; lesiones de otros órganos consideradas como no tuberculosas dan origen a la forma miliar.
- NO dejéis de examinar la sangre que permite descubrir, sobre todo al fin de la enfermedad, una disminución de los linfocitos, aumento de los polinucleares y desaparición de los eosinófilos.
- NO olvidéis nunca hacer la oftalmoscopia, previa dilatación de la pupila, que permite descubrir la existencia de tubérculos en la coroides.

- NO dejéis nunca de hacer la radiografía que permite casi seguramente hacer un diagnóstico precoz.
- NO confiéis mucho en la prueba de Von Pirquet, que en la tuberculosis miliar fracasa con frecuencia.
- NO hagáis terapéutica intensa en la tuberculosis miliar, que es incurable.

Tuberculosis pulmonar.

- NO esperéis que el enfermo os señale la presencia de la tuberculosis, ni que la enfermedad esté muy avanzada para diagnosticarla; eliminadla sistemáticamente en todos los enfermos.
- NO tardéis mucho tiempo para pensar en la tuberculosis en un individuo que tiene una tos muy rebelde.
- NO deis ninguna importancia al resultado negativo de La investigación del bacilo de Koch; repetidla muchas veces por medio de la hemogenización, la inoculación al cuy y en las condiciones más favorables período menstrual, ingestión de yoduro cuando sea posible y de preparaciones antimoniales.
- NO os conforméis con diagnosticar tuberculosis; determinad su forma, el período en que se halla y el grado de resistencia del enfermo.
- NO dejéis de determinar si las lesiones son unilaterales o no, lo que tiene una importancia decisiva para la aplicación del primotórax artificial.

- NO os conforméis con hacer un examen radiográfico; haced varios en serie, siempre que sea posible.
- NO declaréis terminantemente tuberculoso a un enfermo sin haber comprobado la presencia del bacilo de Koch en el esputo; muchas enfermedades crónicas del pulmón y las supuraciones traumáticas del tórax pueden simular una tuberculosis.
- NO os conforméis con auscultar al tuberculoso; examinad detenidamente todo su organismo con alguna frecuencia.
- NO creáis que en todos los tuberculosos la integridad clínica de un pulmón implica su integridad anatómica.
- NO hagáis muy a la ligera el diagnóstico de tuberculosis cerrada, que es muy rara.
- NO olvidéis que frecuentemente la fiebre menstrual es de origen tuberculosis.
- NO hagáis el diagnóstico de tuberculosis en los individuos que habitan o habitaron climas palúdicos, sin haber eliminado la idea de la malaria.
- NO confundáis a los tuberculosos con los hipertiroideos, que presentan algunos síntomas semejantes.
- NO paséis inadvertida la taquicardia de los tuberculosos, que es muy precoz y permite a veces hacer un diagnóstico rápido de la enfermedad.
- NO olvidéis que en algunos casos la tos rebelde y la hemoptisis ciertas jóvenes no depende de la tuberculosis sino de la insuficiencia mitra/1.
- NO olvidéis que la tuberculosis que comienza, no altera mucho la respiración. Toda dispnea debe ser cuidadosamente estudiada para no desconocer un derrame pleural, pneumotórax o una tuberculosis miliar.
- NO olvidéis que las apófisis transversas cervicales y las costillas cervicales suplementarias, producen a la percusión un ruido mate que puede ser atribuido al vértice del pulmón.
- NO paséis inadvertida la desigualdad de desarrollo de la musculatura en ambos lados del pecho. Podéis creer que hay macidez pulmonar en donde sólo hay una masa muscular más gruesa.
- NO olvidéis que las tumefacciones ganglionares y los lipomas de los huecos claviculares hacen pensar en una macidez que no existe.
- NO creáis que la sonoridad a la percusión, excluye la idea, de la tuberculosis La tuberculosis senil, por la rigidez del tórax y un proceso pneumofímico de focos múltiples y aislados, escapan a la comprobación pleximétrica.
- NO olvidéis que el murmullo vesicular es más rudo y la respiración más prolongada en el pulmón derecho que en el izquierdo.
- NO confundáis los estertores de la atelectasia, que desaparecen después de algunas respiraciones profundas, con

- los de la tuberculosis que son permanentes cuando existen.
- NO olvidéis que los estertores no son constantes y que a veces sólo se les hace aparecer, obligando al enfermo a toser o a moverse activamente.
- NO confiéis mucho en la prueba de Pirquet más que en los niños. En los adultos casi siempre es positiva aunque no haya tuberculosis.
- HO hagáis la prueba de Pirquet en una conjuntiva enferma, ni con una solución muy fuerte.
- JNO la hagáis en la tarde, porque la reacción puede aparecer y desaparecer en la noche.
- NO la repitáis antes de 4 días ni la declaréis negativa antes de que hayan pasado 72 horas.
- NO dejéis de buscar estertores en el pulmón después de una inyección de tuberculina.
- NO olvidéis que la fiebre de los tuberculosos aparece y aumenta con las emociones y la fatiga.
- NO dejéis de investigar cuál es la profesión del enfermo, para no atribuir a la tuberculosis una hipertermia profesional.
- KO confundáis la taquicardia tuberculosa con la de los hipertiroideos, que cura muy fácilmente.
- NO olvidéis que muchos casos que se presentan como simples anemias y asma no son más que una manifestación de tuberculosis.
- NO dejéis de pensar en la tuberculosis en todo individuo que vomita a consecuencia de la tos después de la comida.
- NO dejéis de buscar el bacilo de Koch en los excrementos de los individuos que tienen tos rebelde y no saben expectorar.
- NO creáis que la diarrea de los tuberculosos es siempre tuberculosa muchas veces depende de un exceso de alimentación y desaparece con un régimen apropiado.
- NO ocultéis vuestro diagnóstico a un tuberculoso, salvo cuando sea muy impresionante o la enfermedad esté muy cansada.
- NO hagáis la prueba del yoduro en las tuberculosis febriles, hemoptóicas y en las francamente evolutivas.
- NO exageréis la sobrealimentación que, sobre todo en los individuos congestivos, es peligrosa, porque provoca hemoptisis.
- NO toreáis que con sólo haber engordado c un tuberculoso le habéis hecho un gran bien; podéis aun ocasionarle un mal, haciéndolo artrítico y favoreciendo por consecuencia la aparición de trastornos dispépticos y manifestaciones congestivas.
- NO permitáis a un tuberculoso los condimentos fuertes, los alimentos ácidos y los fermentados.
- NO prescribáis el régimen de Perrier en los tuberculosos viejos y arterioesclerosos.
- NO permitáis que el tuberculoso tome mucha agua al comer.

- NO condenéis a un régimen de hambre a los tuberculosos dispépticos.
- NO dejéis de disminuir la alimentación del tuberculoso febricitante.
- NO suspendáis la cura de aire aunque el enfermo parezca curado.
- NO olvidéis que la exageración del reposo presenta más inconvenientes que ventajas.
- NO permitáis el ejercicio sino a los enfermos apiréticos y sin taquicardia.
- NO impongáis el reposo absoluto en las formas cavitarias incurables, sino en los momentos de mayor fiebre.
- NO impongáis un tratamiento general riguroso ni un reposo prolongado, en la forma fibrosa.

Tuberculosis renal.

- NO dejéis de pensar en ella cuando se trata de un joven que tiene cistitis y no tiene blenorragia ni ha sido sondeado.
- NO dejéis de inocular al cuy con el sedimento urinario de vuestro enfermo, que aunque aparentemente *no* contenga bacilos de Koch, cuando es tuberculoso provoca lesiones específicas.
- NO os dejéis engañar por el tenesmo vesical y diagnostiquéis cistitis; aunque ésta exista puede ser debida a la tuberculosis del riñón.
- NO olvidéis la frecuencia de los cálculos en la tuberculosis renal y que su extracción alivia murrio el estado del enfermo. ^p
- NO creáis que un riñón no es tuberculoso, porque el pus de la perinefritis que provoca, parece no tener bacilos de Koch; inoculado al cuy provoca tuberculosis.
- NO confundáis la polaquiuria neurasténica que es diurna, de orinas limpias, con la de la tuberculosis que es nocturna y cuyas orinas contienen un poco de albúmina, células epiteliales y glóbulos blancos y rojos.
- NO eliminéis el diagnóstico de tuberculosa renal, porque no podéis palpar el riñón.
- NO olvidéis que el diagnóstico imprescindible que estáis obligados a hacer es el del carácter único o doble de la lesión.
- NO dejéis de operar cuando los dos riñones estén infectados si uno está destruido y el otro tiene lesiones muy pequeñas.
- NO eliminéis la idea de tuberculosis, porque el primer síntoma haya sido una nematicia o un cólico, que pueden simular una calculosis o una apendicitis.
- NO deis importancia a la escasez de síntomas subjetivos que pueden no aparecer aunque la enfermedad esté muy avanzada.

Tumores abdominales.

- NO olvidéis que ellos son la causa de los fracasos más ruidosos de diagnóstico.
- NO seáis muy dogmáticos en vuestros diagnósticos. Como casi todos los tumores abdominales deben ser opera-

- dos, lo más interesante es determinar su naturaleza y su operabilidad.
- NO hagáis diagnóstico de tumor sin haber eliminado la idea del embarazo y de retención urinaria.
- NO confundáis el tumor abdominal con el de la pared.
- NO dejete de examinar a vuestro enfermo de pie, acostado, en la posición de Trendelenburg y en la genupectoral, lo que os dará muchas enseñanzas en los tumores móviles y en el riñón flotante.
- NO prolonguéis mucho tiempo el tratamiento sintomático de las neuralgias y compresiones vasculares de los miembros inferiores; eliminad desde luego la posibilidad de un tumor pélvico.
- NO toméis por coxalgia un sarcoma coloide que impide menos rápidamente el funcionamiento de la articulación, provoca neuralgias precoces y -se acompaña de un soplo sistólico.
- NO operéis los fibromas que no provocan hemorragias si la menopausia está próxima; si hay hemorragias, haced la radioterapia.
- NO olvidéis que la invaginación intestinal se observa a la derecha de la columna vertebral y que tiene forma cilíndrica, lo que la diferencia de los tumores abdominales.
- NO olvidéis que el enfermo señala a veces la dirección en que se ha hecho el crecimiento de un tumor, de abajo hacia arriba o al contrario.
- NO dejéis de hacer la cistoscopia en los casos dudosos; si la orina sale por los dos uréteres podéis descartar la hidronefrosis cerrada.
- NO olvidéis que la radiografía permite hacer seguramente el diagnóstico de un embarazo avanzado.
- NO hagáis pronóstico benigno cuando el tumor haya crecido rápidamente, el enfermo haya perdido mucho peso, exista derrame peritoneal móvil y se comprueben muchas masas neoplásicas.
- NO dejéis de hacer la reacción de Wassermann en los tumores del hígado; la goma sífilítica puede ser confundida con un tumor maligno.
- NO hagáis pronóstico benigno en un tumor que se acompaña de ictericia, salvo en el quiste hidático multilocular.
- NO hagáis la punción si sospecháis la existencia de un quiste hielático; laparotomizad.
- NO olvidéis que los] tumores cancerosos se inician con trastornos funcionales y con fuertes dolores antes que con la aparición del tumor.
- NO busquéis moco ni pus en los tumores vesicales; el pus no aparece mientras no hay cistitis.
- NO os dejéis engañar por los tumores fantasmas de los histéricos.

- NO olvidéis que el excremento endurecido en el intestino grueso, ha hecho diagnosticar casos de cáncer que han desaparecido con un purgante.
- NO dejéis de movilizar el tumor que a veces cambia de posición alrededor del punto donde se implanta su pedículo; en tal caso el tumor no es de la región en donde se siente, sino del punto en donde se implanta.
- NO dejéis de pensar en el tumor del epiplón cuando sintáis una masa móvil en el sentido transversal y fija en el vertical.
- NO dejéis de pensar en el cáncer y la tuberculosis cuando el estado general decae visiblemente.
- NO olvidéis la pielone iritis cuando hay fiebre y dolores intensos.
- NO olvidéis los tres signos de tumor del mesenterio señalados por Tillaux: movilidad en todo sentido, sonoridad entre el tumor y la pared y el pubis.
- NO olvidéis las irradiaciones del dolor al hombro derecho, casi constantes en los tumores del hígado.
- NO penséis en los tumores del hígado cuando están separados de la pared, por asas intestinales.
- NO olvidéis que en el cáncer uterino, antes que el tumor en el hipogastrio, aparecen las hemorragias, dolores y mal estado general, al contrario de los fibromas en los que las hemorragias pueden faltar.
- NO penséis en el cáncer de la vejiga, al sentir una masa retropubiana, si no ha habido síntomas vesicales netos: hematurias, dolores intensos.
- NO olvidéis que el aumento brusco del volumen del útero debe hacer pensar en el hematómetro.
- NO olvidéis que las hemorragias caprichosas y abundantes son el primer síntoma de los tumores vesicales.
- NO olvidéis que los tumores vesicales dan lugar a las posiciones más vanadas según el sitio en donde están implantados: cálculos vesicales y del riñón, hidronefrosis, ciáticas.
- NO olvidéis que ciertos productos químicos producen directamente tumores malignos.
- NO dejéis de buscar especialmente fragmentos de tumor en la orina.
- NO juzguéis de la extensión del tumor por el volumen sentido a la palpación rectal, porque ese tumor puede extenderse en toda la superficie de la vejiga sin formar una gran masa.
- NO esperéis la aparición de las hemorragias para diagnosticar la existencia de los tumores de la capa muscular de la vejiga; los trastornos mecánicos son los primeros en aparecer.

Ricardo D. Alduvín,

{Continuara}

REVISTA QUIRÚRGICA

Hiperazoemia Post-operatoria

Tempesta de Bolonia en la Clínica expone las conclusiones después de un estudio experimental, así: I. —Todo acto operatorio determina inmediatamente una elevación de la Azoeemia cuyas cifras más fuertes se alcanzan entre el segundo y cuarto días; el anestésico no interviene pero sí el traumatismo operatorio, las más altas cantidades son producidas por las intervenciones sobre el estómago. II. —La función ureogénica del hígado crece después de una operación lo que explica, además de la hiperazoemia el aumento de la concentración ureica y de la descarga de urea. III. —La hiperazoemia no se acompaña de signos de intoxicación. IV. —La hipocloremia debida a la migración y fijación del cloruro de sodio en el foco operatorio es la responsable de síndromes tóxicos. V. —La insuficiencia funcional hepatorenal, aunque puede favorecer o agravar la hiperazoemia, no debe ser considerada como factor exclusivo y constante.

Incisión circular del tronco del ciático en el tratamiento de contracturas musculares espasmódicas del miembro inferior

A. Troso en Revista de Ortopedia o de Cirugía infantil refiere un caso tratado así por él donde la espasticidad desapareció inmediatamente. El fundamento de la operación es que la mayor parte de las fibras sensitivas de l ciático están en la periferia del nervio.

La Litiasis urinaria según las observaciones y la experiencia de la clínica quirúrgica de Leipzig

H. Angerer de Leipzig en Archiv für klinische Chirurgia publica un estudio crítico basado sobre 719 observaciones recogidas en 10 años en la Clínica quirúrgica de Leipzig.

Mayor frecuencia en el hombre: 69 % de casos.

Tratamiento no operatorio en 368 casos fue seguido en 135 de eliminación espontánea de cálculo; en 8 casos accidentes infecciosos mortales.

Tratamiento operatorio en 35 casos con una mortalidad de < 8 % consistió en 141 pielotomías; 27 nefro-litotomías; 4: uretro-autotomías. Las pielotomías dieron una mortalidad de 2.8 %.

Estudio del insomnio Henri Fargeot en una tesis de Burdeos se ocupa extensamente de la cuestión. Señala dos clases de insomnio pudiendo sobrevenir después de la misma operación: uno inmediato, corto, fatigante para el enfermo que siente sed de sueño y que a la larga puede causar trastornos. es frecuente y puede ceder a la morfina, causado por el dolor, el choc traumático, la eliminación de toxinas, el nerviosismo, más que por el anestésico. El otro insomnio es causado por la absorción prolongada de anestésico reforzado por la morfina; estos atacan las neuronas; es tardío, no fatiga al paciente, no cede a la morfina ni a los hipnóticos, termina progresivamente.

El tratamiento es preventivo: en el primer caso, tratar la moral del enfermo, hacer la intervención lo menos chocante posible; en el segundo esforzarse por dar la menor cantidad de anestésico y evitar la morfina, poner el sujeto en reposo y a régimen hipotóxico. Aconseja hacer la operación bajo rayos infra-rojos, eserina y sus derivados.

La raquianestesia en el tratamiento de la parálisis intestinal post-operatoria

Bunne de Berlín en Zentralblatt für Chirurgie aconseja en

las parálisis intestinales post-operatorias, después del fracaso de los medios físicos y medicamentosos habituales antes de llegar a la ileostomía, una raquianestesia alta, entre primera y segunda lumbar. Con frecuencia será seguida de una gran descarga intestinal.

Anota el autor la rareza de parálisis desde que emplea habitualmente la raquianestesia.

Resultados lejanos del tratamiento quirúrgico de las lesiones traumáticas de los nervios periféricos

Rene Dumas de París en Bulletins et Memoires de la Societe de Chirugiens de París relata su estadística personal de 630 casos y llega a estas conclusiones: en las compresiones después de liberación correcta se observa la restauración en 58 % de casos para el mediano; 60 % para el cubital; 72 % para el ciático y 80 % para el radial.

En las formas dolorosas justifican la alcoholización y si son rebeldes la simpatectomía alta o la radicotomía.

La sutura inmediata será practicada en las secciones completas cuando las condiciones lo permitan, de resultados inconsistentes pero satisfactorios. La sutura tardía es bastante delicada y cuando posible de resultados mediocres; a veces mejor será esperar la restauración espontánea.

El tratamiento complementario de las fracturas operadas

P. Topa en Romanía Médica de Bucarest refiriéndose a los trastornos obstaculizados al quitar

el enyesado de un miembro traumatizado aconseja la conducta que debe seguirse así:

I. Edema, por pérdida de la tonicidad venosa, paresia vasomotriz, y estasis circulatoria debida a la inactividad muscular e inmovilidad;

II. —Atrofia muscular, curable, por la mecanoterapia, los músculos recobran su volumen y fuerza inicial;

III. —Rigideces articulares, por retracción y espesamiento de la sinovial, cápsula y ligamentos, curable;

IV. —Atrofia asea calcárea, caracterizada por aumento de la transparencia ósea a los Rayos X fácil de impedir por la administración precoz de glicerofosfatos de calcio sodio, potasio y magnesio.

Preconiza el autor el mecanoterapia activo, pasivo y diatermia.

Peritonitis apendiculares

M. Lungle en Spitalul recomienda ardorosamente la transfusión sanguínea en las peritonitis apendiculares después de la intervención en forma masiva y repetida, lo mismo que los sueros antigangrenosas y antibacilares en los casos de intoxicación profunda.

Así se consigue la rehidratación y desintoxicación por los hematíes frescos inalterados y oxigenados y los anticuerpos del aparato fagocitario suplementario; hay también excitación de la eritropoyesis.

Poenaro Caplesco que ha usado este procedimiento en gran número de enfermos graves de peritonitis apendicular ha reducido la mortalidad de 40 y 50 % a 7.3 %.

Como todos los autores da el autor especial importancia a la precocidad del diagnóstico estableciendo sobre todo éste con los falsos hepáticos y gástricos.

S. Paredes P.

LAS EMINENCIAS EN CISTOSCOPIA

Al cistoscopio las eminencias se presentan bajo dos aspectos: libres, independientes de la pared vesical, son los cálculos y cuerpos extraños; los otros tienen inserciones a la vejiga, son los tumores benignos y malignos.

En una vejiga sana, la forma ovoide, redonda y otra, de contornos claros, la coloración y la eminencia del cálculo son caracteres evidentes; la sombra proyectada sobre la pared vesical demuestra la eminencia. Los cálculos son movibles y se sitúan por su pesadez en los fondos vesicales.

Los cálculos úricos son planos u ovalares, de superficie regular o mamelonada. color moreno amarillo o rojizo.

Los oxálicos son moreno oscuro tirando al negro, de superficie muy irregular con asperezas filudas.

Los fosfáticos reconocibles por su coloración blanca, grisácea o amarillenta, superficie muy regular, raramente irregular y granuda.

El diagnóstico es fácil en general pero a veces es dudoso. Los coágulos, restos purulentos por la coloración, su eminencia y su movilidad dan a veces la impresión de masa calcárea, sin embargo son filamentosas, más irregulares que el cálculo y poco salientes; además el lavado vesical expulsa esos motivos de error de donde el principio de no hacer una cistoscopia sino en vejiga limpia. A veces los coágulos o el pus se incrustan en

el cálculo y son entonces los caracteres enumerados propios de los cálculos quienes resuelven la duda.

Los cálculos grasosos, de aceite gomenolado cuando se han practicado repetidas instilaciones de esta substancia, se encuentran en el vértice de la vejiga, cerca de la burbuja de aire; su débil densidad les permite flotar sobre el líquido vesical; son de aspecto ciroso y de color blanco amarillento o verdoso.

Las eminencias adheridas a la pared vesical son: cálculos diverticulares en castillados, tumores vesicales benignos, pólipos, y malignos, epitelomas. Estos por la hematuria que causan son algo difíciles de ver pero haciendo lavados previos con soluciones calientes de Antipirina al 10 % o Adrenalina al 1 % se consigue contener siquiera momentáneamente aquélla para el examen, pero si aun así es imposible se acude a la inyección de Cloruro de Calcio endovenosa; a la aplicación de radio por la uretra en la vejiga o bien al cistoscopio de doble corriente continua.

La investigación cistoscópica endovesical ha de ser minuciosa, no debe dejarse ninguna región sin explorar por temor de pasar inadvertido su pequeño papiloma; notar el modo de implantación, la forma, color y volumen del tumor. En general los tumores pediculados son benignos y los sésiles malignos.

Tumores pediculares: visibles casi siempre, invisible el pedículo

cuando el tumor es muy grande y lo cubre. La sombra sobre la pared vesical indica el carácter pediculado del tumor, son los papilomas en vía de degeneración.

Los puros tienen una configuración variable pero característica: superficie muy irregular con millares de franjas vellosas que flotan en el medio vesical, son los tumores vellosos; son los más frecuentes y característicos; superficie muy irregular con relieves en cuadrados de surcos y agujeros que dan un aspecto esponjoso o de coliflor, son los tumores espongiiformes; bien afectan formas parecidas a un tipo u otro; el color es rosa coral o rojo bermejo, cambiando por la inflamación o la necrosis en diversos colores.

Los papilos en degeneración epiteliomatosa no siempre puede ser apreciada por la cistoscopia: en muchos casos sólo la biopsia será capaz de tal cosa. Sin embargo el tumor parece más denso, las franjas desaparecen dejando abolladuras, fenómeno este el más interesante. A veces la cancerización se evidencia por el aspecto vecino a las masas sensibles malignas,

A excepción de los miomas y adenomyomas los tumores sensibles son todos malignos. De morfología muy variable, super-

ficie irregular, partes lisas y partes prominentes, de color rojo, rosado o amarillo y blanquecino, a veces plateado; con frecuencia coágulos prendidos al tumor. El contorno de la masa está circunscrito por un edema característico de malignidad. Cuando el tumor es infiltrado el diagnóstico se hace por el aspecto cerebriiforme de la imagen cistoscópica semejante a la de la cistitis aguda donde la mucosa inflamada no puede desplegarse. Sólo la evolución y el tacto vesical mostrando una invasión perivesical demuestran la naturaleza cancerosa.

El cancroide vesical se presenta como el de la cara, bordes cortados, salientes y evertidos; fondo velludo o botonoso color rojo grana; en la periferia la mucosa vesical es de aspecto normal. También los tumores benignos pueden ulcerarse por una infección pero en general es accidente exclusivo de los malignos. A veces el diagnóstico es tan difícil que sólo una biopsia es capaz de resolverlo.

Precipitaciones de exudados y de sales calcáreas sobre los tumores son accidentes que modifican la morfología de los mismos: se ve una eminencia irregular, blanca, confundible con una placa de cistitis incrustada, pero ésta es menos prominente

y se acompaña de otras diseminadas en tanto que el cáncer solo presenta una. Bien el tumor prominente está incrustado y recubierto por depósitos purulentos y entonces la imagen cistoscópica es semejante a la de un cálculo cubierto por falsas membranas y coágulos pero a veces el tumor conserva en un punto Caracteres propios que facilitan el diagnóstico amén de la presencia de la masa en sitio paradójal como el vértice o las caras laterales. La concreción calcárea se diferencia por la movilidad y el sonido especial producido con el explorador metálico.

Las eminencias localizadas en los orificios ureterales son los pólipos del uréter herniados a través del meato uretral reconocibles por la superficie frangida; los prolapsos de la extremidad inferior del uréter que se ven en forma de masa prominente en el sitio de un orificio uretral, alargada en cilindro, cono o cuadrilátero sin pasar de dos centímetros de longitud; color uniforme de frambuesa marcado sobre el tinte más pálido de la mucosa vesical; superficie lisa no surcada de vasos y umbilicada en su extremo, donde se puede ver un pequeño orificio que representa el meato del uréter; el conjunto da el aspecto de eminencia compacta sin ninguna transparencia; presenta movimientos de va y ven isócronos con las contracciones del uréter; si con una sonda se empuja el vértice de la eminencia el tumor se reduce y desaparece.

A pesar de los caracteres anteriores del prolapso de la extremidad inferior del uréter puede confundirse con la dilatación quística de la misma extremidad inferior cuyo aspecto es el de una eminencia redonda, lisa y brillante, de color bien parecida a la mucosa vesical sana con su red de vasos, cubriendo la masa quística; es transparente, posee movimientos de expansión y retracción; la presión de la masa produce depresión pero no reducción.

La prominencia de la zona ureteral por un cálculo intramural del uréter produce una deformación confundible con la dilatación quística; la coloración es idéntica a la mucosa vesical pero no es transparente; en su vértice se encuentra el orificio uretral rodeado de vesículas de edema; no presenta ningún movimiento. La radiografía muestra el cálculo del uréter.

También en el trígono se observan eminencias como la barra interuretral que no es sino la hipertrofia del trígono al nivel del rodete interuretral capaz de producir fenómenos de prostatismo; al cistoscopio se ve al nivel del triángulo de Lietaud una eminencia anormal del mismo color de la mucosa vesical vecina que se extiende transversalmente hacia los dos orificios ureterales situados en su porción externa; separa la vejiga en dos y limita un fondo más o menos pronunciado, aspecto inconfundible.

HOMENAJE A UN ESPAÑOL ILUSTRE

La Revista ANALES editada en Valencia ha sido designada por la Dirección como órgano del Servicio de Traumatología, Cirugía Ortopédica y Accidentes del Trabajo del Hospital Provincial de Valencia.

Dirige ese centro el eminente cirujano José Tomás López Trigo. Don Pepe le Maman sus discípulos y amigos. En España gustan poco de los títulos que implican sabiduría; el nombre del sabio es su mejor diploma, inconfundible, inmortal. Don Santiago le decían a Ramón y Cajal; don Sebastián a Recasens y Girol; don Gregorio a Marañón; don Nioeto a Alcalá Zamora.

Tuvimos la diena de conocer a don José López Trigo haciendo una bella artroplastía de la rodilla en el Hospital Provincial de Valencia en Enero de 1933. Oírlo y tratarlo es suficiente para sentir por ese hombre ilustre "un profundo sentimiento de admiración y de afecto. Pero cuando él gasta su exquisito humor español y derrocha las finanzas del amigo entonces es la locura quien toma posesión de nuestra alma apasionada.

López Trigo nació en Cuba cuando la Perla era posesión española; muy joven fue enviado a España a hacer sus estudios. Secundaria y universitaria enseñanza recibió en aulas de fama tradicional.

Es con José un gran Señor que ha paseado su saber por toda Europa; su valer es justamente reconocido. Su labor

científica es enorme; existe una buena cantidad de métodos originales y de instrumentos propios, creación de su mente esencialmente práctica. Trabaja en un medio humilde, sin vanos alardes de grandeza: su teatro de operaciones, el Hospital Provincial es un viejo edificio, sus vastas salas de enfermos parecen cada una un templo, se respira allí un aire impregnado de cosas viejas que están cantando la grandeza de sus fundadores. López Trigo infunde con el prestigio del mérito indiscutible y la simpatía enorme del suelo valenciano un respeto y alegría que dan ganas de vivir en Valencia exprimiendo el jugo de esa uva deliciosa., sorbiendo sus gestos y actitudes magistrales.

Si López Trigo nada hubiera creado en el campo de la ciencia allí está su hijo Eugenio T. López Trijo, mozalbete de aspecto de niño ingenuo y amable, molde donde su padre vació el acerbo del saber. Ese muchacho es admirable; trabaja con una tenacidad asombrosa, ama la Traumatología y descuellla luminosamente en ella. Es el más bello florón que engalana la vida esplendorosa de don José López Trigo. Es el premio más brillante y valioso a sus esfuerzos de ineanzable trabajador.

La Valencia de los arrozales, la Valencia de los naranjos y de Blasco Ibáñez, la Valencia que es hoy asiento del Gobierno español debe s entuse orgullosa de los señores López Trigo, ellos son

FRACTURAS ABIERTAS DIAFISARIAS

Por Eugenio T. LOPEZ-TRIGO

Este problema traumatológico tan estudiado y -debatido y que, a parecer, en la actualidad tiene una fórmula terapéutica generalmente admitida, no pierde en ningún momento interés, pues la gravedad de la lesión hace que la preocupación del cirujano se fije, a fin de poder superar los resultados, en los distintos aspectos que pueden ofrecerse.

Nosotros hemos estudiado todas las fichas del Servicio, desde el año 1920 hasta la época de nuestro ingreso en el mismo en que ya pudimos actuar de una manera personal por haber sido encargado de la sección de fracturados.

Por los antecedentes recogidos haremos un breve bosquejo de la actuación seguida en el Servicio que nos servirán como de fundamento para apoyar el criterio actual que sustentamos.

Desde luego, nosotros no queremos dar a esta nota clínica un carácter de tipo bibliográfico, pues solamente deseamos aportar nuestra experiencia que se fundamenta en numerosos casos, no ignorando que muchos de los métodos empleados por nosotros han sido aplicados en otras clínicas y que solamente hemos modificado el procedi-

miento, el modo de aplicación o el tiempo de la misma.

Ante el estudio detallado del problema, indicaremos que en la práctica civil, muchas de estas fracturas recaen en individuos del campo, trabajadores de la huerta, donde se emplea todavía en abundancia el estiércol para el abono.

Quizá sea ésta una de las causas de la frecuencia de la infección tetánica que ya han puntualizado médicos adscritos al Servicio y también la frecuencia relativa, en comparación con las estadísticas publicadas en otros Servicios de las complicaciones gangrenosas de las fracturas abiertas, de las cuales nosotros hemos podido presenciar bastantes casos con todas las características de los graves cuadros que se ofrecieron y tan admirablemente se detallaron en la Gran Guerra.

El número considerable de fracturas abiertas tratadas, se explica fácilmente si se tiene en cuenta que este Servicio es exclusivamente de Traumatología y a él acuden todos los accidentes de la provincia y la región vecina.

El primer elemento esencial, es el tiempo que data el accidente antes de ingresar en el Servicio hospitalario. Afortuna-

astros en la enorme constelación médica de España.

Al rendir homenaje a tan ilustres cirujanos transcribimos el ar-

tículo que sigue por conceptuarlo de gran interés para médicos generales y especialistas.

S. P. P.

damente estos últimos años la mayor parte de las fracturas abiertas son trasladadas inmediatamente a nuestro Servicio y podemos tener la satisfacción de intervenir dentro de las primeras horas, lo que permite realizar una terapéutica correctamente quirúrgica, pero en los primeros años llegaban al Servicio pasadas las primeras horas útiles y de aquí que nuestra estadística, bajo el punto de vista de complicaciones gangrenosas infectivas, y por ende mortalidad e intervenciones mutilantes, fueran mucho mayor que en la actualidad.

En términos generales con respecto al tiempo del accidente nosotros consideramos que dentro de las cuatro horas primeras puede lograrse una antisepsia quirúrgica del foco a satisfacción para realizar operaciones definitivas, salvo en aquellos casos de condiciones particulares de la herida a que luego me referiré. Todo lo que sea superior a este tiempo es aventurado practicar intervenciones radicales, pues nuestras comprobaciones clínicas y de laboratorio nos demuestran que la temeridad de realizarlas, pueden ocasionar complicaciones de tipo infectivo que en modo alguno podremos yugular una vez determinadas. Por lo tanto, como conclusión primera, nosotros admitimos que luego de las cuatro horas primeras del accidente debe considerarse la herida como en camino de infección, no empleando en modo alguno la sutura primitiva.

Las características de la fractura, influyentes también notable-

mente en la conducta a seguir, pudiendo admitir cuatro grados con respecto a las lesiones de la piel: *a)* punturas que pueden comunicar con el foco de fractura o no. *b)* heridas de piel que permiten la sutura de la intervención de una manera normal, sin tensión de los bordes, *c)* Heridas de la piel que no permitirán la sutura por la necesidad de resecar grandes porciones de la misma o porque el edema que rápidamente se produce impedirá una coaptación holgada de la misma, *d)* Casos en los que el traumatismo ha determinado una pérdida importante de la piel.

Con respecto a las punturas, nuestro criterio es definitivo; podemos abstenernos de intervenir en aquellas que el control radiográfico nos indique que no tiene relación con el foco de fractura, pero en modo alguno podemos hacerlo, cuando la herida comunique con dicho foco y no podamos tener la seguridad de las relaciones que hayan podido existir entre el medio ambiente y el foco de fractura. Se nos podrá objetar que en muchísimas ocasiones un simple venda; e oclusivo, luego de la desinfección de la piel con bencina yodada, estas fracturas han evolucionado como si fueran cerradas, simplificando considerablemente el problema, pero si bien esto es cierto, surge siempre ante nosotros el fantasma de casos de este tipo y que, desgraciadamente, han ocasionado verdaderos fracasos con complicaciones gangrenosas graves.

No nos es permitido, pues, la abstención ante la duda de cómo va a evolucionar un caso de fractura del tipo de que nos estamos ocupando. Por lo tanto nosotros intervenimos sistemáticamente, practicando la resección de los bordes de la puntura, llegando hasta el foco a fin de realizar una verdadera limpieza quirúrgica, practicando la sutura primitiva cuando el traumatismo está dentro de las horas que antes hemos mencionado. Claro está que esta regla general tiene la excepción de cuando la fractura abierta puntiforme llega a nuestro Servicio pasadas veinticuatro o cuarenta y ocho horas del accidente y ni local ni generalmente se observan síntomas reaccionales. Entonces no estamos autorizados a intervenir y hemos de advertir la conveniencia de que, si bien se debe inmovilizar el fracturado, las maniobras de reducción debemos diferirlas a fin de que el traumatismo operatorio, que necesariamente se ha de realizar en el foco de fractura, no vaya a determinar la explosión de un proceso infeccioso.

Las fracturas abiertas del segundo tipo, son las que permiten una terapéutica completa, con desinfección quirúrgica del foco y sutura primitiva, siempre que estén dentro del lapso de tiempo de las cuatro primeras horas, consiguiendo transformar la fractura abierta en una fractura cerrada.

Las otras dos modalidades no nos permiten practicar la sutura primitiva, pues en la tercera la piel en tensión suturada, hace que rápidamente se esfacelen

los bordes, siendo por lo tanto inútil este intento de oclusión y más bien es perjudicial, porque estos tejidos modificados pueden constituir un elemento de cultivo para microbios, que hubieran permanecido quizá inactivos.

Hemos de señalar, como indicación de técnica importante, que estas intervenciones han de realizarse con todos los requisitos de la más exigente asepsia, pues permanece inmodificable el aforismo de Wolkman "de la primera cura depende el éxito de toda terapéutica."

Con respecto a la técnica de desinfección de la piel, nosotros desde el principio de nuestra actuación, desechamos de una manera sistemática los lavados jabonosos y con distintos líquidos idealmente antisépticos, pues no sólo teníamos la seguridad de que esta desinfección no podía realizarse, sino que teníamos el temor de contaminar el foco de fractura.

Nosotros ocluimos momentáneamente el foco con un paño esterilizado, desinfectando la piel con bencina yodada, absteniéndonos de rasurarla, pues el paso de la navaja puede movilizar una porción de elementos que de la otra manera quedan fijos y adheridos a la piel. Nuestra práctica de tres años nos ha demostrado de una manera definitiva, que los casos de infección, siguiendo esta técnica de desinfección, no han determinado ni aumento ni agravación de los procesos infecciosos.

La técnica de la intervención sobre el foco es perfectamente conocida y generalizada; hay

que extirpar los bordes de la herida cambiando inmediatamente de instrumental, para luego, de una manera detenida, practicar una verdadera extirpación de todos los tejidos que podamos considerar contaminados, práctica que ha de realizarse con toda minuciosidad, sin prisa alguna, recurriendo a la anestesia local o a la raquí, para poder disponer de todo el tiempo necesario, sin las angustias de tiempo de una anestesia general. Asimismo hemos abandonado, en la limpieza del foco de fractura, cuando éste data de pocas horas, el empleo de toda clase de antisépticos, incluso del éter, pues además de que no realizan ninguna acción antiséptica, pueden determinar la disminución de las defensas locales tan interesantes para la evolución normal de la heridas.

En las fracturas tributarias de un tratamiento quirúrgico completo, es decir, desinfección del foco y práctica de la sutura primitiva, se han seguido con respecto al tratamiento en sí de la fractura, en el Servicio dos criterios distintos: el primero anterior a mi fecha de ingreso, se practicaba la fijación de los fragmentos habiéndose empleado todos los procedimientos que han ido estando en boga; suturas metálicas, cintillos de Paran, sutura de Kirschner, placas de celuloide, injertos de hueso, etc., considerándose que si se había logrado la desinfección quirúrgica del foco, que permitía la sutura primitiva, se estaba autorizado a practicar la fijación de fragmentos, consiguiendo con ello una reducción

perfecta, ya que no disponían entonces de otros medios de posible reducción.

Con esta técnica se han conseguido en el Servicio, admirables éxitos, y se siguió este procedimiento hasta que, generalizado el procedimiento de transfixión del hueso, especialmente por el alambre de Kirschner, se abandonó la fijación operatoria de los fragmentos, ya que podíamos conseguir una reducción perfecta de las fracturas, especialmente las más difíciles de pierna y antebrazo, mediante el empleo del aparato del doble Kirschner, modelo del Servicio.

Las razones en que fundamentamos el abandono de la fijación fragmentaria son, en primer lugar, que para lograr esta fijación, se necesita practicar maniobras de liberación de los extremos fracturados, lo que implica un traumatismo serio, y en segundo lugar, que los elementos de prótesis y en menor grado de injertos, podían en determinados momentos, actuar de cuerpos extraños.

No podíamos, ciertamente, repudiar estos procedimientos por los malos resultados obtenidos. Por el contrario, como antes hemos indicado, se había logrado en el Servicio, éxitos muy satisfactorios, pero disponiendo de medios con los que conseguimos una reducción perfecta que no tienen los inconvenientes antes mencionados, debemos utilizarlos considerándolos como una superación de la técnica.

Las fracturas diafisarias de pierna y antebrazo, quizás las más frecuentes, correspondien-

tes a los tipos primeramente señalados y que se encuentran en las primeras horas tributarias de una intervención quirúrgica radical, las tratamos según las normas relatadas con anterioridad para luego en las primeras, colocar el doble Kirschner por maléolos y parte superior de tibia, practicar la extensión continua, controlar radiográficamente colocando el vendaje enyesado, dejando el miembro en el aparato durante cuarenta y ocho horas, por si se iniciara un proceso infectivo, poder quitar el escayolado conservando las agujas, lo que nos permite que la reducción permanezca segura. Si esta infección no se presenta, se quitan las agujas al cabo de 14 o 15 días, conservando el miembro enyesado o cambiándolo antes de quitar las mismas si es que ha quedado ancho, para luego tratar ya esta fractura como si fuera un caso de fractura cerrada.

En las fracturas de antebrazo, después de la intervención ordinariamente recurrimos a la reducción manual consiguiendo ésta en el mayor número de casos, colocando el enyesado y no teniendo que recurrir al doble Kirschner, nada más que en casos excepcionales.

En las fracturas de fémur, empleamos la extensión continua por el método de Kirschner, tan generalizado, conjuntamente con las técnicas de Boehler, pero nosotros empleamos también en muchas ocasiones el calzón enyesado con fijación de pelvis, a fin de evitar la movilización excesiva de los fragmentos.

En las fracturas de húmero, recurrimos al vendaje de aeroplano, con tracción con mastisol o con Kirschner, advirtiendo que este tipo de vendaje ha de ser correctamente colocado y vigilado clínicamente y radiológicamente a menudo, para tener la seguridad de la perfecta reducción.

En aquellas fracturas abiertas correspondientes al 3º y 4º tipo, es decir, a aquellos que a pesar de haber realizado dentro de las horas admitidas, la desinfección, quirúrgica completa del foco, no podemos por imposibilidad de las condiciones de la piel, practicar la sutura primitiva, se ha tenido en el servicio un criterio que, bajo la misma orientación, hemos ido modificando hasta llegar a el criterio actual. En las primeras épocas, obsesionados por los fracasos del método Carreí y ante la observación de enfermos, a los cuales se habían sometido a una cura de embalsamamiento con gasas empapadas en aceite alcanforado y que inmovilizados con vendajes de yeso fenestrados, habían evolucionado de una manera mucho más satisfactoria que los otros, se recurrió desde entonces al procedimiento de que luego de practicada la desinfección quirúrgica del foco, realizar una cura de embalsamamiento, que primero fue con aceite alcanforado, después con el líquido Menciaer, empleando la cura retardada, pues se había observado, que tanto la reacción general como las complicaciones locales, estaban en razón directa con la frecuencia de las curas.

Posteriormente con la experiencia del método de Solieri en los procesos tuberculosos fistulizados y el método de Orr en las osteomielitis se comenzó a aplicar el método que actualmente seguimos con espléndidos resultados en el Servicio, es decir, en estas fracturas de 29 y 39 tipo que no pueden ser suturadas primitivamente, luego de la desinfección quirúrgica del foco, taponamos el mismo con gasa estéril empapada en vaselina esterilizada, colocando un vendaje enyesado oclusivo que mantenga la reducción de la fractura y que al mismo tiempo aisle en absoluto el foco de la misma, es decir, el empleo del método de Orr en el tratamiento de las fracturas abiertas en las que no se puede realizar la sutura primitiva.

La determinación del empleo de este procedimiento, está en dependencia de las observaciones realizadas durante muchísimos años y que con gran satisfacción para nosotros han venido a demostrarse por personas

de mayor capacitación científica que el que suscribe, la cura retardada, la ausencia de antisépticas, etc., es la norma que preside en la actualidad el tratamiento de las heridas y del mismo modo que nosotros podemos asegurar que con el método de Orr en la osteomielitis, se evitan las complicaciones locales y se activa la evolución favorable del proceso, podemos asegurar que en las fracturas abiertas tratadas por este procedimiento de oclusión inmediata de la fractura, las complicaciones focales de tipo osteomielítico o de tipo gangrenoso, no sólo no aumenta, sino que han disminuido considerablemente.

Estos enfermos necesitan una vigilancia minuciosa para que no nos pueda pasar desapercibida la iniciación de cualquier proceso infectivo; por lo tanto, la observación de las modificaciones de temperatura, recuento y fórmula, ha de hacerse minuciosamente a fin de tener una orientación precisa. Es interesante advertir que es necesario

mantener la reducción perfecta de los fragmentos, como asimismo cuando tenga que cambiarse el vendaje enyesado, que debe ser lo más tarde posible (20 o 30 días), no movilizar con las maniobras los fragmentos, para lo cual nosotros, en la fractura de pierna, no quitamos el miembro del doble aparato de Kirschner, hasta después del cambio de este vendaje, como asimismo en las de fémur y húmero mantenemos la extensión continua.

En las de antebrazo, es fácil el cambio del enyesado sin movilización del foco, siempre que se disponga de personal perfectamente especializado. De todas maneras, cuanto más tarde en cambiarse el enyesado, más fácil será evitar esta movilización fragmentaria.

En las fracturas abiertas, especialmente en las que por sus condiciones no se puede practicar la sutura primitiva, tenemos dos problemas en relación con las infecciones tetánicas y gangrenosas de capital importancia, y que debemos tener muy en cuenta, en evitación de complicaciones de enorme gravedad. Con respecto a la primera, hemos de señalar una vez más, la frecuencia de su aparición en los traumatizados de esta región y la necesidad de que en todo momento pensemos como posible esta complicación, que en otros servicios de otras regiones aparece como hecho poco frecuente. Así es, que nosotros tenemos que emplear inmediatamente una suero terapia intensiva, administrando para un hombre adulto de peso normal, treinta mil unidades, claro está

que controlando antes, para emplear una técnica apropiada, si ha sido sometido con anterioridad a suero terapia preventiva, pero en modo alguno podemos darnos por satisfechos con esta primera medicación suero terapéutica, sino que sistemáticamente, guardando todas las reglas para evitar en lo posible un choque anafiláctico, repetimos la medicación en igual dosis a los veinte días de la primera, y si la herida no está cicatrizada, repetimos la inyección cada diez días, por dos o tres veces.

El fundamento de este criterio está perfectamente definido en la actualidad, si tenemos en cuenta que la suero terapia pasiva puede considerarse que dura un mes y que luego se acorta cada vez que inyectamos la antitoxina.

En aquellos casos de amplia herida en que por lo tanto, el lapso de tiempo de curación ha de ser muy largo, combinamos la suero terapia con la vacunación antitetánica, máxime que como antes hemos relatado, nosotros defendemos el criterio de la oclusión absoluta de la herida, debemos prevenirnos de la posible evolución secundaria de un tétanos que, dadas las características anaerobias de este microbio, pueden producirse.

En aquellas fracturas abiertas con sutura primitiva, recurrimos también a una cura preventiva suero terapéutica, -con normas parecidas a las expuestas, pues hemos de tener en cuenta que no es raro el caso en que en las postimerías de evolución de una herida en vías de curación o ya cicatrizadas, hace la aparición

de tétanos, muchas veces con enorme gravedad, muy lejos en relación con la pequeñez del traumatismo.

Respecto a la infección gangrenosa, vamos a defender una observación que podrá aducirse nos que no tiene explicación biológica y que carecemos de un verdadero control de laboratorio. El Prof. Sanchiz Bayarri, al cual le hemos expuesto nuestra opinión, va a emprender una serie de experiencias a fin de comprobar este hecho de observación clínica indudable.

Al principio en el servicio, obsesionados con los relatos de la aparición de las complicaciones gangrenosas y habiendo, de» graciadamente, observado casos iguales a los ex puestos en las crónicas de la Gran Guerra con su trágica -evolución, que ni las amputaciones mutilantes más rápidamente ejecutadas lograban dominar y ante la duda verdaderamente desagradable de no saber si en una fractura iba a aparecer esta temible complicación, se empezó a emplear los sueros monovalentes franceses combinados a grandes dosis, **por** creer que había que saturar al enfermo en evitación de los peligros de una infección gangrenosa.

Posteriormente, cuando se prepararon los sueros polivalentes, se comenzaron a utilizar.

Nuestra observación es la siguiente: Las complicaciones gangrenosas en las facturas en que se empleaba el tratamiento preventivo, aparecen en igual proporción que en aquellos que no se utilizan y aún hay fracturas que, no habiéúpose empleado en

las primeras horas, después de una inyección masiva de suero antigangrenoso, hace la aparición la complicación en una herida que horas antes presentaba un buen aspecto. El suero-terapia antigangrenoso asimismo no modifica la marcha evolutiva de estas infecciones.

Muy lejos de nuestro ánimo querer valorar este hecho, pues nuestra incompetencia en este orden biológico nos llevaría quizás a apreciaciones completamente falsas, pero nos cabe la satisfacción que el profesor Boehler de Viena y Felsenreich no lo emplean tampoco, sin que yo conozca trabajo en justificación de su conducta. Nosotros creemos que las infecciones gangrenosas bastante frecuentes en nuestra región, dependen exclusivamente de la tardanza en la intervención de estas fracturas, pero tenemos como norma, que sea cual fuere la hora de llegada y el aspecto de la herida, cuando ésta es completamente abierta, practicar la antisepsia quirúrgica, ya que es el único medio de prevenirla.

No es éste el momento ni ocasión de exponer nuestro criterio en relación con la terapéutica a seguir, una vez hecha la aparición de la complicación gangrenosa, pero sí quiero significar antes de terminar este punto, la conveniencia de que se controlen, en otros servicios este hecho clínico, pues sería de trascendente importancia su aclaración en vista del uso generalizado que como medio preventivo, se hace del suero antigangrenoso.

Voy a referirme exclusivamente, a los casos tratados personalmente desde que fui encargado de la Sección de fracturados del Servicio de Traumatología, es decir, desde el año 1932.

	1932	1933	1934	1935	1936	Totales
Fracturas de húmero	6	9	5	0	11	31
.. de codo	9	5	0	7	9	30
.. de antebrazo	2	4	7	9	3	25
.. de mano	5	7	11	4	9	36
.. de fémur	3	5	4	5	6	23
.. de rodilla	2	1	3	1	4	11
.. de pierna	28	43	38	34	45	188
.. de bimaleolares	11	25	14	12	17	79
.. de pie	6	3	4	9	3	25
						448

Fracturados operados dentro de las 4 primeras horas	64	91	76	74	93	398
Fracturados operados después de las 4 primeras horas	8	11	10	7	14	50

Complicaciones presentadas en los fracturados tratados en las 4 primeras horas.

	1932	1933	1934	1935	1936	Totales
De tipo infectivo gangrenoso	1	1	0	2	0	4
De tipo infectivo supurado	1	2	2	1	0	6

Complicaciones presentadas en los fracturados tratados después de las 4 primeras horas.

	1932	1933	1934	1935	1936	Totales
De tipo infectivo gangrenoso	2	1	2	0	2	7
De tipo infectivo supurado	1	2	1	2	3	9
Operaciones mutilantes	1	1	2	0	2	6
Defunciones	1	0	1	0	2	4

Por la lectura de las cifras anteriores, se puede deducir con respecto a los casos de la práctica civil, que el resultado que hemos obtenido es altamente satisfactorio y que justifica per-

manezcamos fieles a este procedimiento, teniendo la satisfacción, además, de señalar el hecho que honra a la clase médica rural de esta región, de que los fracturados son evacuados in-

mediatamente a nuestro servicio de hospital, lo que nos ha permitido el poderlos operar dentro de las horas de elección, pudiendo aplicar una terapéutica correcta.

Volvemos a insistir también en el hecho de la frecuencia de

aparición en los fracturados de nuestra región de las complicaciones de tipo gangrenoso de tan temibles consecuencias y que nos hacen ser aún rigurosos en las reglas anteriormente expuestas.

Fracturas abiertas por arma de fuego.

	1932	1933	1934	1935	1936	Totales
De húmero	2	0	0	3	7	12
De codo	0	1	0	0	9	10
De antebrazo	3	0	1	2	11	17
De mano	0	2	0	0	09	21
De fémur	1	2	0	1	15	19
De rodilla	0	1	0	0	7	8
De pierna	0	0	1	3	22	26
De pie	1	3	0	1	24	29
						142
Complicaciones de tipo infectivo						
Gangrenoso	2	0	0	1	2	5
Complicaciones de tipo infectivo						
supurado	0	1	1	2	4	8
Amputaciones	0	0	0	1	2	3
Defunciones	0	0	0	1	1	2

Esta estadística se refiere a los heridos por arma de fuego que han sido tratados de primera intención en el Servicio, sin hacer mención de aquellos que han sido evacuados a este Hospital, pero a los cuales no hemos tratado originariamente nosotros.

RESUMEN

Las fracturas abiertas cuyo accidente que las produjo no data de más de cuatro horas, son tributarias de un tratamiento

quirúrgico radical, a no ser que no merezca la suficiente garantía.

Las fracturas abiertas que presentan una puntura, deben considerarse como abiertas, siendo tributarias del tratamiento quirúrgico.

Las fracturas abiertas en que puede practicarse la extirpación quirúrgica del foco y la sutura primitiva se tratarán como si fueran fracturas cerradas, siguiendo nosotros, en las del húmero, la reducción en aeroplano, en las de brazo, la reducción

manual, en las de fémur, la extensión por Kirschner, combinada con enyesado y en las fracturas de pierna el aparato de doble Kirschner modelo del Servicio, manteniéndolo hasta que podamos estar seguros que no se presenta ningún proceso infeccioso, por si se tiene que cambiar el enyesado, poder hacerlo sin que exista desviación de los fragmentos.

La inmovilización perfecta en las fracturas abiertas es una condición indispensable para el buen éxito del procedimiento.

Las fracturas en que no se puede practicar la sutura primitiva ya que por la tensión de la piel sería imprudente hacerlo o porque el traumatismo ha determinado pérdida de la misma o porque han pasado las cuatro primeras horas luego de la antisepsia quirúrgica del foco, tapamos la herida con gasa empapada con bálsamo del Perú, vaselina líquida o aceite alcanforado, colocando una cura esterilizada, reduciendo la fractura y poniendo el encayolado. Estos lesionados deberán vigilarse tanto local como generalmente.

Consejos de Higiene en casos de Epidemia

El Dr. Delattre, miembro del comité médico de la Cruz Roja de Bélgica, ha publicado recientemente en la Revista de esta Sociedad un artículo sobre la lucha contra las enfermedades epidémicas, del que reproducimos a continuación algunos párrafos.

En tiempo de epidemias, en cuanto se observe el menor trastorno y aparezca la fiebre se debe llamar al médico, pues es en los primeros momentos de la infección posible cuando es verdaderamente útil la intervención médica, tanto desde el punto de vista del tratamiento particular del enfermo como de las precauciones que deben tomar todos los que le rodean.

La madre de familia debe guardarse muy bien de hacer

caso de los consejos infalibles contra la difteria, sarampión y otras enfermedades graves que le prodigan sus parientes, amigos y conocidos, cerrando su puerta a los charlatanes de toda índole, vendedores de remedio, de instrumentos y libros de medicina.

El charlatán con sus drogas, sus simulacros de tratamiento y sus mentiras, el curandero con las prácticas generalmente peligrosas que emplea, son la plaga de la medicina contemporánea.

En caso de que el médico o el inspector de higiene pongan una enfermera a la disposición del enfermo, el pape-I de la madre de familia consiste naturalmente en ejecutar fielmente las indicaciones dadas por esta auxiliar calificada.

Pero si la madre de familia se ve obligada, como sucede con harta frecuencia para desenvolver-

se sola y ejecutar las prescripciones del médico, se esforzará primeramente en instalar al enfermo en una habitación separada que permita un aislamiento completo, es decir donde no entre ningún miembro de la familia más que la persona encargada de cuidarlo.

En la cama del enfermo

Cuando se acerque a la cama del enfermo, la persona encargada de cuidarlo debe ponerse una bata de mangas largas que cierren en las muñecas, un gorro o un pañuelo en la cabeza. Al salir de la habitación se quitará la bata y él gorro que dejará colgados en el interior de la misma con el objeto de evitar el sembrar microbios por el resto de la casa.

Esta persona redoblará los cuidados de su "toilette"; se lavará frecuente-mente las manos y las uñas con cepillo y jabón y agua caliente adicionada de un antiséptico cualquiera. Es preferible tomar esta precaución antes de salir del cuarto del enfermo y antes de tocar los alimentos.

Delante de la puerta del enfermo, en la parte exterior, se colocará una baileta impregnada en lejía y de este modo se desinfectan automáticamente las suelas de los zapatos.

Las toallas y los utensilios destinados al enfermo contagioso se desinfectarán cada vez que se usen y estarán separados de los que emplean los otros miembros de la familia.

Desinfección

Se desinfecta la ropa del enfermo y la de su cama metiéndola en agua hirviendo adicionada de una cucharada de sopa de lejía o de carbonato de sosa por litro de agua.

En esta solución antiséptica se deja la ropa durante 12 horas y únicamente entonces la ropa contaminada, incluso por las deyecciones, puede lavarse sin peligro. Constituye un delito grave entregar a la lavandera la ropa de un enfermo contagioso sin haber tomado la precaución de desinfectarla; los tribunales han castigado severamente a *los* autores de semejante imprudencia.

Las vasos, tazas, platos, cucharas y tenedores destinados al enfermo estarán estrictamente reservados a su uso y no se mezclarán al resto de la vajilla de la casa. Cada vez que se usen se han de hervir regularmente con sal de sosa.

Las deyecciones (expectoraciones, orina, materias fecales) que están cargadas de gérmenes infecciosos en la mayor parte de las enfermedades epidémicas, serán sometidas a una desinfección enérgica antes de tirarlas a la alcantarilla o a una fosa en el fondo del jardín.

Las soluciones desinfectantes más prácticas por su precio y por la facilidad con que se adquieren son el agua de cal a la dosis de un quinto de litro por litro de agua y sobre todo la creosota jabonosa del comercio {1 cucharada de sopa por litro de agua) y el formol líquido de las droguerías a la misma dosis.

Los recipientes se lavarán y se conservarán con el mismo desinfectante.

En la habitación, se fregarán todos los días el suelo, y los picaportes de las puertas, etc... con agua adicionada con un desinfectante. El polvo se quitará con un trapo húmedo.

Todas estas precauciones son indispensables. Además es necesario ejecutar escrupulosamente las otras indicaciones del médico que varían según la enfermedad: desinfección de la nariz, de la garganta, dientes, oídos, conjuntivas, manos y todo el cuerpo, así como las diversas excreciones.

Desde el punto de vista que nos interesa, se pueden dividir

las enfermedades epidémicas en tres categorías: 19, afecciones que se propagan principalmente por las secreciones de la boca, de la nariz, de la garganta y de los bronquios como la gripe, La difteria, el sarampión; la escarlatina, tos ferina; 20, afecciones que se extienden sobre todo por las producciones de la piel como escarlatina, viruelas locas y varicela y 39, las afecciones que se propagan más activamente por las deyecciones de la vejiga y del intestino como disentería y fiebre tifoidea.

Como es natural, según los casos la desinfección debe ser más intensa sobre uno u otro origen de gérmenes contagiosos.

El contagio

La dueña de casa y la enfermera prohibirán toda visita que no haya autorizado el médico. La persona que haya sido admitida a visitar al enfermo se pondrá una blusa larga antes de penetrar en el cuarto, no se acercará a la cama ni tocará al enfermo, manteniéndose a una distancia de dos metros por lo menos.

Se vigilará atentamente la salud de los otros miembros de la familia que tendrán que lavarse frecuentemente la boca, la garganta, y la nariz desinfectándose a menudo. La estricta limpieza de las manos en tiempo de epidemia es importantísima.

Cuando la casa del enfermo sirve para el despacho de productos alimenticios (carnicería, frutería, verdulería, pastelería, lechería, tienda de comestibles), las precauciones que se deben

tomar para evitar el contagio constituyen *un verdadero deber de honor y conciencia*.

Precauciones para después de la enfermedad: — Cuando empieza la convalecencia, el enfermo tomará ciertas precauciones antes de salir del cuarto; tomará un baño caliente, se lavará la cabeza y se pondrá ropa limpia que no haya permanecido en el cuarto durante el tiempo que haya durado la enfermedad, con objeto de evitar la aglomeración de gérmenes, lo que motiva muchas recaídas.

No se sacará ningún objeto del cuarto del enfermo sin haberlo desinfectado para evitar la propagación de los gérmenes. El medio más práctico de desinfectar una habitación consiste en dirigirse al servicio de desinfección del municipio o a los servicios de higiene del Gobierno que se encargan de la operación de un modo perfecto y por un precio módico, siendo el servicio gratuito para los indigentes.

En los casos benignos, después de consultar al médico de cabecera o al inspector de higiene, el ama de casa puede realizar una desinfección muy eficaz y sencilla del modo siguiente:

Se lavará la cama, los colchones, las puertas, los zócalos y los muebles; se limpiarán las paredes y si es necesario se renovará el empapelado sobre todo del lado de la cama, por último se fregará el suelo con *agua creolinada*.

Los portadores de gérmenes: — La mayor parte de los gérmenes no resisten a la acción de la luz y del aire sino algunas horas

cuando están expulsados del organismo y los peligros de permanecer en una habitación que haya servido a un enfermo contagioso son nulos si las medidas de limpieza con agua, jabón, **lejía** o creolina han sido ejecutadas debidamente.

Antes de volver al colegio, un niño que haya tenido la difteria es considerado como *portador de gérmenes* a pesar de que esté curado y bien atendido durante la enfermedad, pues siempre quedan gérmenes en la garganta y en las fosas nasales que no afectan al niño que ya ha pasado la enfermedad pero pueden no obstante extenderla y transmitirla a un niño sano por contacto inmediato.

Esta busca de los portadores de gérmenes sobre todo en lo que se refiere a la difteria y a la fiebre tifoidea es de una importancia capital. Llevada a buen término es capaz por sí sola de sofocar estas pequeñas epidemias debidas a la dispersión continua e insospechada de los gérmenes patógenos en cierto ambiente por tal o cual enfermo que nadie sospecha pueda todavía ser portador de microbios. — Por esta razón, la escuela debe ejercer una vigilancia especial sobre los niños que vuelven al colegio después de una enfermedad contagiosa. La inspección médica escolar debería exigir siempre un certificado del médico de cabecera que atestigüe que la convalecencia vigilada y un análisis de los gérmenes negativo autorizan el ingreso del alumno en la escuela.

Respecto a los miembros del cuerpo docente que tengan algu-

INVESTIGACIÓN DEL TREPONEMA POR LA PUNCIÓN GANGLIONAR [1J

Por E. SIDI, LUCIEN DE MARNE y L. DE MONTIS

El interés de la punción gangliopar para el diagnóstico precoz de la sífilis, no está por demostrarse. Por múltiples razones, acerca de las cuales volveremos más adelante, la investigación del treponema sobre el accidente primitivo puede ser imposible o dar un resultado negativo. Multiplicar en este último caso los exámenes diariamente, o aguardar a que la aparición de una Wasserman positiva o de accidentes secundarios vengan a confirmar el diagnóstico, es un método en desuso, constituyendo una pérdida de tiempo perjudicial para el enfermo. Esto impide atacar la enfermedad en la fase pre-humoral, y en estos casos la punción ganglionar se impone en forma absoluta.

Numerosos trabajos han sido ya publicados sobre el particular. Nos remitimos para su historia a la tesis de LOQUIN (Lyon. 21 junio 19'2). Autores tales como GOUGEROT y PAUL

(1) Trabajo del Servicio del Dr. Tzank en el Hospital Broca.

BLUM, SEZARY y BOUTTEAU han enumerado las indicaciones, fijado la técnica y establecido la inocuidad: parece, pues, que este método, al alcance de todo médico, debe volverse un modo de investigación corriente, sobre la importancia del cual sea inútil insistir. También, sin tener la intención de hacer aquí un artículo original, queremos simplemente citar los resultados obtenidos en cierto número de punciones ganglionares practicadas en el dispensario Fournier, del hospital Broca.

Si buscamos las razones que las han motivado, las encontramos numerosas. En primer lugar, se inscribe el resultado negativo de la investigación practicada sobre el accidente primitivo, negatividad que realza ella misma diversas causas. La más frecuente es el error de los enfermos ensayando en primer lugar de tratar "su mal" solos o después de la opinión de un farmacéutico. Muy variables son los productos así aplicados sobre el chancro en los días que preceden al examen del médico.

na de las personas de su familia atacada de una enfermedad epidémica el médico de cabecera habrá de decidir si la presencia del maestro o de la maestra no constituye un peligro para la escuela. En caso de licencia por enfermedad en la familia, el mé-

dico estipulará el momento que pueden volver a reanudar sus funciones.

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

Nosotros hemos visto emplear el agua de Jane, el ácido fénico (Obs. 46). Uno de nuestros enfermos había efectuado un baño del pene con petróleo. El permanganato de potasio (obs. 21), el nitrato de plata (obs. 34), las pomadas con iodoformo (obs. 15, 28), con dermatol (obs. 6) o con calomel (obs. 4) parecen los más frecuentemente empleados. Nosotros no podríamos levantarnos demasiado contra esta funesta costumbre, e insistimos particularmente acerca de los farmacéuticos, en la necesidad absoluta de dirigir al dispensario a todo enfermo atacado de ulceración genital. El solo consejo que le es permitido dar en esta ocasión es el de lavar la lesión con agua común mientras se espera la opinión del especialista. Actuar de otro modo, consentir en entregar un antiséptico o una pomada cualesquiera que fueren, constituye una falta grave, haciendo correr al enfermo los riesgos de un diagnóstico falso. En todos estos casos, en efecto, se presenta con

do atípico y clínicamente desfigurado, donde el estudio local con el ultra-microscopio es más frecuentemente negativo.

Es, pues, la punción ganglionar sola que, denunciando al treponema, permite el diagnóstico al comienzo y la institución, del tratamiento desde los primeros días. En cierto número de casos (obs. 6, 26, 36, 40, 42), la presencia de una fimosis o de una parafimosis cerrada impedía llegar a la ulceración. Algunas veces, permanecía descubierta al palpar a través del prepucio (obs. 40 y 42) ; a menudo no se podía más que suponerla. En la mayor parte de estos casos, los enfermos se presentan entonces con un pene infiltrado, sea al nivel del glande, sea en la totalidad, en forma de badajo de campana, con o sin derrame al nivel de un meato más o menos cubierto por la fimosis, sin induración revelada a la palpación, aunque siempre acompañado al nivel de la ingle de una adenopatía dolorosa o no. Adenopatía de una importancia considerable, tanto del punto de vista clínico, ya que viene a con-

firmar la probabilidad de una ulceración solamente supuesta. como del punto de vista práctico: la punción hecha a su nivel permitiendo revelar al treponema. Sobre las cinco observaciones mencionadas en este grupo, se ha obtenido solamente una vez (obs. 26) un resultado negativo, en un enfermo portador de accidentes secundarios (roseóla); pero sabemos que la espiroqueta de SCHAUDIN se encuentra con una frecuencia cada vez menor, a medida que nos alejamos del comienzo de la enfermedad. Todos los autores están de acuerdo sobre este punto (FRUHWALD, HABERNANN y MANUELSHAGEN, THIBIER-GE, RAVAUD y LESOURD, BOUTTAEAU, LOQUIN), y algunos datos de sífilis experimental sobre el conejo y el mono, que poseemos, (LEVADITI, OSSALA y TRUFFI) nos ayudan a confirmarle. En todos los otros casos, el resultado ha sido positivo y ha permitido instituir sin tardanza un tratamiento de ataque.

La punción ganglionar es todavía un hecho comprobado como el único método de diagnóstico precoz en un determinado número de casos (obs. 10, 13, 20, 23, 44, 48) en los cuales sólo la adenopatía llamaba la atención. No se volvía a encontrar ningún vestigio de chancro, cicatrizado o pasado inadvertido, ninguna puerta de entrada que revelara una sífilis no obstante probable. Es la adenopatía, a veces, un ganglio aislado, que por sus caracteres específicos (ganglio duro, resistente, indoloro, móvil y desprovisto de

empastamiento periférico) atraía la atención. Muy característica a este respecto es nuestra observación N° 44: una enferma presenta una lesión sospechosa de sífilis. Se examina, al mismo tiempo que a ella, a su esposo, que es portador de un ganglio inguinal. Este ganglio puncionado da al ultra-microscopio un resultado positivo. El mismo hecho se reproduce en un enfermo portador de un chancro de la fosa navicular pasado inadvertido y en el cual la adenopatía era solamente apreciable. Lo mismo sucedió en todas las observaciones a que nos referimos en este grupo, donde el ultra-microscopio ha podido subsanar todas las dudas y en ausencia de toda serología positiva ha permitido el diagnóstico de sífilis primaria y la institución inmediata de un tratamiento enérgico tan eficaz como precoz.

En otro grupo de observaciones, se trata de chancros antiguos, que datan de quince días (obs. 9, 30, 32, 39), tres semanas (obs. 25), un mes (obs. 31). En estos diferentes casos, el examen con el ultra-microscopio sobre el chancro ha sido negativo, mientras que el examen ganglionar ha dado un resultado positivo. Es generalmente lo mismo, aun en los casos de chancros mixtos (como en nuestra obs. 1) o asociaciones microbianas (fuso-espirilas, coci-piógenos), donde la infección secundaria parece expulsar del chancro al treponema. "En estos casos, dice LOQUIN en su tesis, el problema es difícil de resolver, porque si se afirma fácilmente el carácter chancroso

de la afección, una duda subsiste. ¿El treponema se ha introducido en el organismo? ¿Sobre qué se basa uno, en efecto, para sospechar el carácter mixto de una ulceración? Sobre variaciones clínicas: es un chancro blando cuya base se indura sin que un tratamiento local interviniera; es también una adenopatía que toma un carácter sifilítico. Estos caracteres son inseguros y obligan a que surja la duda en el espíritu del clínico. Este debe buscar en otra parte la confirmación de su hipótesis. Es en primer lugar al laboratorio que deberá recurrir para ostener su diagnóstico; después, a la serología. Pero excepcionalmente se encuentran treponemas en el examen directo de la preparación. Lo que se ve más generalmente, son bacilos de DUCREY más o menos asociados a otros microbios patógenos. En cuanto a la serología ... la pérdida de tiempo que se necesita antes de dar un resultado sobre el cual se pueda confiar, es evidentemente un grave inconveniente de este método. Así que se lo ve, poner en evidencia el treponema -es una necesidad para afirmar de inmediato el diagnóstico de chancro mixto." Y en todos estos casos, sin dejarse influenciar por un primer examen negativo *in situ*, la punción del ganglio se impone.

La técnica es simple: toda la dificultad está en obtener una buena inmovilización del ganglio a puncionar. No es siempre fácil, sea que se trate de individuos gruesos con tejido adiposo

perigangliqgiar impidiendo to-
mar fácilmente el ganglio que escapa entre los dedos, sea que se trate de ganglios pequeños que por sus reducidas dimensiones se llega al mismo resultado. Como quiera que fuere y según la técnica descrita por los diferentes autores, se emplea una aguja de níquel de 3 centímetros de largo, de ocho décimos de diámetro, con mediano bisel, que se coloca sobre una jeringa de vidrio de 2 a 3 centímetros cúbicos. La aguja debe adaptarse exactamente a la jeringa para que la aspiración sea perfecta.

Se unta la piel con tintura de yodo; después, se frota con alcohol a 90%. Se elige entonces entre los ganglios hipertrofiados el que se desea puncionar, que no es siempre el mayor, pero si el más fácil de tomar entre el pulgar y el índice. Si no se lía puede aislar así, se contenta uno con deprimir fuertemente la piel alrededor de uno de ellos, en tal forma de inmovilizarlo contra el plano profundo. A través de la piel y del tejido celular subcutáneo, se introduce franca y perpendicularmente la aguja colocada en la jeringa y asegurándose que ha penetrado en el ganglio movilizándolo, lo que debe arrastrar la aguja (si en UIL) ganglio inflamado se teme una supuración, se introduce oblicuamente la aguja en la piel sana). Decimos en seguida que desde entonces y antes de todo examen se recoge ya una enseñanza de gran valor. Cuando se penetra en efecto en un ganglio sifilítico, se percibe en la mano cierta resistencia, que es preciso vencer, como si se

atravesara una cascara fibrosa y dura, muy diferente a la consistencia blanda del ganglio inflamado en el cual se penetra mucho mas fácilmente.

De cualquier manera, una vez colocada la aguja, se aspira en pequeñas veces sucesivas, haciendo variar la profundidad y la orientación de manera a disociar un poco el parénquima. A menudo, no se ve penetrar nada en el cuerpo de la jeringa. Después de algunas aspiraciones, se retira con un movimiento seco la aguja, siempre colocada en la jeringa. Empujando el émbolo, se expulsa entonces por la aguja una pequeña cantidad del jugo ganglionar, que se recoge sobre un porta-objeto. Es una jalea amarillenta o una serosidad más o menos mezclada con sangre. Se lo diluyen en una gota de suero fisiológico, se coloca encima un cubre-objeto y se examina inmediatamente al ultra-microscopio.

Remarcamos que en el curso de esta punción, dos contratiempos pueden producirse: en el momento que se saca el émbolo se aspira sangre, que llena el cuerpo de la jeringa. Es un incidente sin importancia, que no presenta ningún peligro. No hay más que retirar la aguja y volver a efectuar la punción.

O bien la punción permanece negativa, sin salir ninguna serosidad ganglionar. Entonces se comienza nuevamente con una aguja de más grueso calibre, o se recurre a la inyección de suero fisiológico. Se carga la jeringa con dos o tres gotas de suero, que se inyecta en el centro

del ganglio y que se aspira después de haber desgarrado el tejido con la punta de la aguja. Se recoge así el suero fisiológico mezclado con el jugo ganglionar. Todavía no hemos tenido que recurrir más que raramente a este método, y casi siempre la más mínima gota de linfa ganglionar ha bastado después de la dilución sobre el porta-objeto para realizar el examen.

Al microscopio se ven numerosos linfocitos sobre los cuales es preciso enfocar, y más raramente glóbulos rojos. Se presentan en montón, agrupados por campos entre los que se encuentran espacios libres. Es en estos intersticios interglobulares, simulando como canales, que se descubre a los treponemas con sus caracteres clásicos. Móviles y desplazándose velozmente, atraviesan a veces la preparación con una rapidez extrema. Muchas veces además, no hemos podido encontrarlos más que haciendo variar el enfoque con la ayuda del tornillo micrométrico hasta obtener un fondo turbio de la masa globular: los treponemas aparecen en el curso de estas variaciones en un plano más superficial. Además, no son generalmente muy numerosos, tanto que es preciso prolongar al examen, recorrer en caso necesario toda la lámina antes de llegar a la conclusión de un resultado negativo. Esta negatividad además — digámoslo de paso — no debería, desvalorar de manera definitiva un diagnóstico probable por otra parte. Como todas las investigaciones de laboratorio, ésta es de un valor absoluto cuando es;

positiva; nula, al contrario, cuando es negativa.

Finalmente, indicaremos de paso que si en la mayoría de los casos que publicamos, los ganglios puncionados han sido ganglios inguinales, en algunos casos hemos podido puncionar con éxito ganglios cervicales y submaxilares (obs. 47). Hemos tentado una vez la punción de un ganglio epitroclear. Ella ha resultado difícil y no hemos obtenido éxito.

OBSERVACIONES

Observaciones recogidas en el pabello Frascator:

I.—5420.— I... (Alex), 34 años, desde tres semanas chancros blandos en corona del surco balano-prepucial con intradermo al Dmelcos 'débilmente positiva. Asociación, 'Chancro mixto. 'Resultado del ultraganglionar negativo. B-W negativo el 16 de diciembre de 1932, positivo el 9 de enero de 1933.

H.~5489.—B.. . (Emile), 23 años, desde dos semanas chancros múltiples del glande y de la vaina, adenopatías múltiples

indoloras. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W -j- -j-j

III.—5810...—, A... (Robert),

32 años, erosión del pene con grueso ganglio no muy duro, sin otro signo de E. Resultado del ultraganglionar negativo B-W positivo -|- -|- -|- -|-.

IV.—5847.— H... (Rene), 43 años, desde seis días erosión del pene a bordes irregulares, fondo amarillento, infiltrado indoloro, adenopatía inguinal bilateral, a la derecha un grueso ganglio duro. Erosión tratada con pomada al calómel. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W negativo.

V.—5881.— B... (Adrien), 25 años, desde quince días **erosión** indurada del surco balano-prepucial, gruesa adenopatía derecha. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W positivo

VI.5891.— H... (Jean), 23 nov, tres semanas antes erosión en el pene. En el momento del examen, fimosis y adenopatía dura; bazo percutible. Examen general negativo. *Fimosis* (tiene además tratada la lesión por

dermatol). Resultado del ultraganglionar positivo. B-W positivo -I- -j- -]- -[-.

VII. —5906. — G. . . (Hubert), 30 años, desde tres semanas erosiones anchas, extendidas especialmente sobre el glande y el surco bal a noprepucial. Infiltración extendida en todo el pene. Adenopatía inguinal constituida por ganglios pequeños, duros y móviles. Resultados del ultraganglionar positivo. B-.. negativo.

VIII. —5910. —P (Henri), 22 años, desde un mes ulceración del pene (ancho de una moneda de 0.50 fr.) con fondo rojo, bordes netos no elevados, con base indurada; adenopatía inguinal **dura** e indolora a la derecha. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W positivo -j- - -

IX. —5921. — B... (Fierre), 24 años, desde quince días al nivel del meato ulceración apenas infiltrada, indolora, ligeramente dura, blanquecina y supurando abundantemente; a la derecha, adenopatía indolora. Ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W negativo.

X. —5948— L... (Marcelle), 32 años, desde dos semanas adenopatía inguinal bilateral dolorosa: a la izquierda un ganglio del volumen de una nuez muy doloroso al tacto, muy móvil y duro, y otros del volumen de una avellana, móvil y menos doloroso. Ningún chancro visible. Resultado de ultraganglionar positivo. B-W positivo -j- -[- -]-

XI. —6013. — V... (Fierre), 30 años, erosión del frenillo con

edema del prepucio; adenopatía, inguinal especialmente a la derecha. Ultra-negativo sobre **ulceración**. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W negativo.

XII. —6020. — REC...

(Louisie),

22 años, desde tres semanas, cerca del ano erosión de 1 $\frac{1}{2}$ centímetros de diámetro, ligeramente hipertrofiada, contornos netos con sensación de tirantez y ligero prurito, a la derecha un grueso ganglio poco sensible. Ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W (?).

XIII. —6093. — P...

(Fierre),

23 años, 7 de febrero de 1935; pequeña erosión del glande muy poco infiltrada sin adenopatía. Ultra-negativo sobre la erosión 23 aparición en la, ingle izquierda de un grueso ganglio duro y bien limitado. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W

XV. —6112. — B... (André-Paul), 38 años, dos meses antes ulceración del pene, en el momento del examen edema del pene con sifilides y adenopatías inguinales bilitarales; sifilides peribucal y adenopatía cervical. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W -|- -|- -|- -|-.

XV. —6129. — G... (Raymond), 26 años, desde ocho días tres ulceraciones del surco balano-prepucial, bien redondeadas, con bordes netos, fondo sucio y base indurada; ramillete de herpes al nivel del glande; pléyade ganglionar inguinal dura e indolora. Ultra-negativo sobre una ulceración; las ulceraciones han sido tratadas con la pomada de RECLUS. Resul-

tado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XVI.—6145.— REC... (LudovicJ, 34 años, desde cuatro días dos ulceraciones del surco balano-prepucial. Ultra-negativo sobre ulceración; nuevo ultrapositivo sobre ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo.

XVI. —6145. — W... (Ludovic), 34 años, desde cuatro días dos ulceraciones del surco balano prepucial. Ultra-negativo sobre ulceración; nuevo ultrapositivo sobre ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo.

XVII. —6149. — M. . . (Léonard), 52 años, desde ocho días chancro del surco balano-prepucial sobre la vertiente derecha; ulceración netamente excavada, purulenta, con bordes infiltrados y duros; adenopatía bilateral dura sin peri-adenitis, dolorosa a la palpación. Ultra-negativo sobre la ulceración, que ha sido tratada con iodoformo. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -|- - -

XVIII. —6156. — S... (Aliee), 28 años, desde tres semanas ulceraciones múltiples de la vulva; aspecto de chancros blandos, fondo sucio, poco sensibles, pero con adenopatía dura y bien limitada. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B- negativo.

XIX. —6172. — P... (Pierre), 36 años, desde diez días erosión extendida del glande, aspecto de balanitis erosiva; infiltración extendida e irregular del surco, con adenopatía dura a la derecha. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-.. negativo.

XZ. —6202. — P... (Marcel), 20 años, desde quince días tras tornos de la micción, dolores al nivel del meato, edema del pene; sin ulceraciones visibles del meato, adenopatía inguinal dura con peri-adenitis muy dolorosa. Sin ulceración visible. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positivo -|- -|- ---- j;

XXI.—6235.— V. .. (Jean), 45 años, desde- tres semanas erosión del surco balano-prepucial. endurecida, indolora, bien limita-

da, rojo-ajamonada, presentando el aspecto de la hoja de libro, carácter típico de chancro E Ultra-negativo sobre la ulceración, que ha sido tratada por la aplicación de diversas pomadas y de permanganato. Resultado ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XII. —Saint-Antoine. — F...Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XIII. —Saint-Antoine. — M... (Alphonse), 25 años, desde un mes y medio presenta una E secundaria; chancro pasado inadvertido, gruesos ganglios inguinales bilaterales. Resultado del ultra-ganglionar negativa

Observaciones recogidas en el pabellón Fournier:

XXIV. —96-179 bis. — P... (Robert), 22 años, blenorragia; chancro con fimosis y tumefacción de los ganglios inguinales derechos. Ultra-negativo sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -|- -|- -|- -|-.

XXV. —97-9. — L... (Roger), 20 años, en el surco balano-prepucial, cerca del frenillo, lesión roja, endurecida, en vías de cicatrización datando de tres semanas. Ultra-negativo sobre la lesión. Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XXVI.—97-27.— O.. (Rene), 34 años, fimosis muy cerrada con adenopatía; rose-ola. Fimosis. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B... positivo

XXVII.—97-55.—C... (Louis), 26 años, desde tres semanas fimosis con gruesa adenopatía.

I imosis. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positivo -I- -- -- -[-.

XXIX.—97-57.— G... (George), 27 años, desde un mes. chancro indurado del surco balano-prepucial. Ultra-negativo sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -i- -j- -|- --.

XXX. — ,97-137 bis. — E. . . (Vincent), 26 años, desde dos: semanas erosión indoloras, endurecida y bien limitada, del meato; sobre el pene erosiones, múltiples con bordes irregulares, recordando un brote de herpes o de placas mucosas; adenopatía muy dura a la derecha. Ultra-negativo sobre la lesión. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XXXI. —97-172—L... (Louis), 38 años, desde un mes ulceración anal endurecida y poco dolorosa en la base de un condiloma con adenopatía inguinal dura e indolora.

XXXII.—98-9.— F... (Paul)». 21 años, desde quince días erosión del pene un poco endurecida, bien limitada, rojo-ajamonada, dimensión 1 franco, indolora; adenopatía dura e indolora. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positiva --

XXXIII. — 98-15. — D... (Jean), 24 años, desde cinco días chancros múltiples del surco y del glande; adenopatía inguinal izquierda típica. Ultra-positivo sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W (?).

XXXIV.— 98-17. — B. . . (Rene), 20 años, desde quince días, erosión del pene dinfondo es-

facelado; a la izquierda, adenopatía inguinal, un grueso ganglio duro e indoloro. El enfermo se ha aplicado nitrato de plata; ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XXXVI—98-25. — M... (Victor), 31 años, desde diez días erosión del pene, ulceración bien limitada, endurecida, indolora; adenopatía inguinal, gruesos ganglios duros indoloros. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XXXVII.—98-44.— B... (Gastón), 30 años, S secundaria con persistencia de una ulceración del glande desde dos meses; adenopatía inguinal bilateral. Ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo

XXXVIII. —98-56. — H... (Charles), 18 años, desde doce días **fimosis** inflamatoria indolora sin derrame, sin induración

revelada a la palpación, pene en forma de badajo de campana; gruesos ganglios bilaterales, un poco dolorosos a la izquierda. Fimosis. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positivo -|- -j- -|- -j-.

XXXIX. — 98-73. — B... (Robert), 20 años, desde dos semanas siete a ocho ulceraciones del glande y (del surco, redondeadas, brillantes, amarillo-rojizas; infiltración muy marcada del glande y del prepucio; dificultad de desencasquetar; adenopatía bilateral. Ultra-negativo sobre una ulceración. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XL.— 98-78. o— M... (Mal oel), 39 años, fimosis y edema del pene en un enfermo tratado desde un mes por blenorragia; induración revelada al palpar a través del prepucio; a la derecha, adenopatía inguinal dura e indolora; ganglio epitrocLEAR a la izquierda. Fimosis. Resulta-

do del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XLII. —99173. — C... (Roger), 23 años, edema del pene con sífilides e induración, ganglios oervicales, adenitis supurada de la ingle izquierda. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -1 — | — ¡- ¡-.

XLII.— 103-28. — A... (André), 24 años, desde ocho días edema del pene; parafimosis, a través del prepucio se percibe a la palpación una induración; ganglios muy duros del lado derecho. Imposibilidad de practicar el ultra sobre el chancro, que no se puede alcanzar. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W (?).

XLIII.— 103-32. — D. .. (Emmanuel), 28 años, desde algunos días, al nivel del surco balano-prepucial y del prepucio ulceraciones redondeadas, indoloras y no endurecidas. Ultra-negativo en dos oportunidades sobre una ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo.

XLIV.— Saint-Antoine—. Sra. X— desde algunos días ulceración vulvar sospechosa; el esposo presenta en el pene una cicatriz de Chancro y un ganglio que se le punciona. Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XLVI. — M. X.... 25 años, desde diez días ulceraciones del pene en un sujeto, habiendo tenido muchos brotes de herpes; aplicación local de un específico a base de ácido fénico; ulceración esfacelada, excavada, sensible; en la región inguinal derecha, un grueso ganglio indo-

loro, duro, sin periadenitis. Ultra-negativo en varias ocasiones sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XLVI. — M. ... (Francis), 45 años, ulceración de la amígdala derecha desde ocho días; temperatura: 38?; molesto a la masticación, salivación, ulceración a fondo esfacelado, gruesa induración acantonada de toda la amígdala; ganglio sub-maxilar muy tumefacto, duro, ligeramente sensible. El diagnóstico establecido al principio fue el de angina, de VINCENT; tratamiento local con azul de metileno; toques con novarsenobenzol; vacuna de BRUSCHETTINI. La punción ganglionar fácil ha sido positiva: se pide examinar la mujer que presentaba una E muy discreta. Resultado de ultra-ganglionar positivo.

XLVIII. — Chancro de la fosa navicular, pasando desapercibido, adenopatía inguinal. Imposible de llegar a la ulceración. Resultado *del* ultra-ganglionar positivo.

Así, pues, sobre 48 observaciones tenemos 30 casos positivos. Sobre estos 30 casos positivos, 20 eran negativos sobre el chancro: en 4 casos no había chancro visible y sólo la adenopatía llamaba la atención. En 5 casos, una fimosis impedía llegar al chancro directamente. Finalmente, tenemos un caso negativo donde el ultra-microscopio se ha presentado positivo sobre el chancro en un segundo examen. Un caso negativo con ultra-positivo sobre el chancro. En 11 casos, el ultra-ganglionar ha si-

do positivo, mientras que el B~W era negativo.

Los resultados obtenidos son, pues, de los más interesantes, tanto desde el punto de vista profiláctico como terapéutico. Parece bien establecido actualmente que en materia de tratamiento de la sífilis lo ideal es poder emprender la terapéutica específica en el período preserológico. Ahora bien, la punción ganglionar lo permitirá en la mayoría de los casos. Método simple, de práctica fácil, no presenta ningún peligro, por consiguiente ninguna contra-indicación; al alcance de todo médico, tiene un valor diagnóstico seguro. Las enseñanzas que reporta son de orden capital, puesto que permite asegurar la sífilis en un período donde el chancro y su adenopatía satélite son todavía las solas manifestaciones de la infección. Merece pues ser ge-

neralizada e ingresada en la práctica corriente.

Deberá ser instituida en todos los casos donde el examen directo del treponema y las lesiones sospechadas sifilíticas ha sido negativo o imposible por una causa u otra, como en todos los casos dudosos, ulceraciones balnales, chancros atípicos o ulceraciones de la amígdala, donde la infección asociada fuso-espirilar puede ocultar el verdadero agente patógeno. En todos estos casos, una punción ganglionar puede permitir asegurar el diagnóstico de sífilis e instituir el tratamiento de ataque sin esperar el período serológico anunciado por el B-W positivo.

*E. Sidi, L. Deviarne y
L. de Montis.*

(De Le Monde Medical).