

DISENTERIAS PALÚDICAS

He creído conveniente encabezar este artículo con el título anterior de "DISENTERIAS PALÚDICAS," con el objeto de atraer la atención hacia este importante síndrome de la localización hematozoica en esta región tan importante de nuestro organismo y sobre la cual se ha venido ocupando la Medicina Tropical en los últimos años.

Fue en el año 1932, cuando estuvimos con el compañero Dr. Jesús Echeverría internos en el Hospital "Rosales", gracias a una fina invitación de los estudiantes Universitarios de El Salvador, que por primera vez tuve oportunidad de oír hablar sobre tan importante asunto a los Dres. Luis Velasco y el Dr. Trigueros, ambos eminentes médicos jefes de Clínicas Médicas de aquel Hospital, ellos con una erudición poco imitada dictaban a sus alumnos en sus servicios extensas conferencias, basadas en profundos estudios bibliográficos y recalcan sobre la novedad de ese síndrome "Paludoentérico" refiriéndose principalmente a las lesiones anatomopatológicas, a la variada sintomatología y a los diferentes trata-

ra adoptarse en nuestros Laboratorios.

Para terminar este pequeño trabajo quiero manifestar que a pesar de los buenos porcentajes que nos ha dado esta reacción, continuaremos investigando para ratificar o rectificarlos, excitando al mismo tiempo al

mientos que en forma especial eran practicados basados en la etiología de la lesión y los grandes efectos curativos que se habían alcanzado, relativamente en poco tiempo; fue entonces, que atrajo mi atención esa localización palúdica y de aquella época a la actual he tenido oportunidad de observar y tratar varios casos con magníficos resultados, principalmente en estos dos últimos años que me ha tocado trabajar en una región eminentemente palúdica, al servicio de la Compañía Standard Fruit, donde veo un promedio de 800 a 1.000 enfermos mensuales un 80 a 85 % son palúdicos y varios de los cuales presentan síntomas intestinales variados, tanto en su etiología como en su patogenia; ha sido esto, pues, lo que me ha decidido a escribir sobre este importantísimo problema del trópico con lo que espero exponer mi observación y algunas conclusiones basadas en lo que he logrado asimilar en mis estudios y observación.

Desde luego voy a advertir que este trabajo está muy lejos de una técnica o remedo de la perfección, pues para ello me

Cuerpo Médico para que nos envíe al Laboratorio de la Dirección General de Sanidad los casos que clínicamente diagnostiquen o sospechen de Cáncer.

Manuel Cáceres Vijil.

Tegucigalpa, 7 de agosto de 1937.

ha faltado la ayuda de el Laboratorio en primer lugar, luego un equipo terapéutico perfecto y en seguida la falta de una observación continuada, que me hubiera permitido seguir paso a paso los efectos del tratamiento, pero he hecho todo lo posible por reunir algunos hechos que a falta de aquellos indispensables elementos me permitan emitir opinión.

Principiaré por referirme a algunos principios generales, entre ellos el término DISENTERIA; éste no es más que un trastorno de intestino (enteros), ocasionado por varias causas, entre ellas las microbianas (amebas, Bacilos disentéricos, colibacilos, etc.) parasitarias (Ascárides, tricocéfalos, tricomonas,), traumáticas (Contusiones, operaciones) tóxicas, (por medicamentos, drogas, venenos); discrásicas, esenciales o idiopáticas, etc.; las cuales actúan de diferente manera, invadiendo la luz de intestinos o sean las capas endoteliales por vía gastrointestinal o descendente, por vía ascendente o por vía transparietal, siendo esta última la que le sirve al hematozooario, por vía sanguínea, para llegar al síndrome a que me vengo refiriendo; este proceso histopatológico, ha sido estudiado por varios autores y han seguido por cortes micrométricos las diferentes etapas de la lesión parietal, este estudio ha dado la clave, para llegar al conocimiento completo del complexus seguido por el hematozooario y por él se ha llegado en la actualidad a formar un cuadro propio que constituye la DISENTERIA PALÚDICA.

Luego resumiré la trayectoria del hematozooario, para llegar a las velocidades intestinales y producir sus trastornos: bien sabido es que el parásito palúdico tiene su localización en los hematocitos, en ellos evoluciona y se reproduce por fragmentación, invadiendo luego cada uno de estos fragmentos, que constituye un embrión activo a nuevos eritrocitos y así sucesivamente, hasta que su número es bastante considerable, para producir los accesos febriles característicos de cada clase de hematozooario.

El número preciso de esos parásitos ha sido ya determinado por milímetro cúbico de sangre y en un individuo palúdico que adolece de temperaturas ya se puede considerar la cantidad de Laveranias que pululan en todo su organismo; es por eso que de cualquier parte que se le tome una muestra de sangre se le encontrará gran cantidad de ellos si no ha tomado tratamiento específico. Bien pues, así como en las capas periféricas o cutáneas se encuentran los referidos bichos en igual cantidad se encuentra en las internas de entre las cuales vamos a acercarnos a las terminaciones sanguíneas o anastomosis capilares de los ramos o ramificaciones entéricas; su constitución anatómica es bien conocida y sabemos que en cada prominencia o vellocidad intestinal hay una rama arterial y otra venosa, la primera terminación de las arterias entéricas y la otra principio de la vena Porta, es en este sitio, donde por un proceso inflamatorio de carácter no bif^i definido se

producen exudados que irritan la mucosa intestinal y a veces se producen pequeñas hemorragias, probablemente debidas a la repleción de los capilares, por trombos ocasionados por agrupaciones globulares, lo mismo que pequeñas regiones gangrenadas y ocasionadas por la isquemia de la región, al obstruir la luz de los capilares.

La Patogonia es la siguiente: normalmente los glóbulos sanguíneos, circulan sin ninguna dificultad por los capilares, en los cuales se puede decir se enfilan unos tras otros para pasar de las ramificaciones arteriales a las venosas, ya que éstas en las regiones anastomóticas son bastante delgadas y a veces su luz sólo deja pasar un glóbulo, es decir, tiene al rededor de 8 a 10 mieras. Ahora bien, cuando el hematozoo invade al glóbulo y éste se encuentra cerca del período de desintegración ocasionado por la segmentación del hematozoo, el eritrocito duplica su tamaño y hasta lo triplica cuando ha sido infectado por cierta clase de hemozoo que tiene hasta 30 núcleos de segmentación; en ese estado, pues es lógico suponer que no podrá pasar por el vaso el que quedará obstruido por el glóbulo que recibe el impulso sistólico del corazón y es enclavado, se puede decir dentro del capilar al que muchas veces distiende y aun rompe ocasionando las pequeñas hemorragias que acompañan a las deyecciones, cuyo color es rojizo.

Carácter y frecuencia de las deyecciones: Una vez que han sido lanzadas, a la luz del intes-

tino las exudaciones y la sangre de las hemorragias, el intestino se ve obligado por reacción natural a producir en su mucosa un líquido seroso de forma de ténpano lo que hace a las deyecciones de una característica bastante similar con las producidas por las disintéricas amebianas, de las que sólo se diferencia por medio de un examen microscópico que determina la presencia de las amebas en éstas y de hematozoarios en aquéllas aunque es más difícil encontrar a estos últimos. La frecuencia de las deyecciones tiene también, parecido con esta última calidad de disenterías, pues son numerosas líquidas y acompañadas de tenesmo y solamente el microscopio puede diferenciarlas como he dicho antes.

SINTOMATOLOGIA: Lo antes dicho es un resumen HISTOPATOLOGICO de las DISENTERIAS PALUDICAS evitando de hablar sobre la Etiología porque en su nombre está dicho ya que el paludismo es conocido en todas sus formas desde hace mucho tiempo y al referirme a los trastornos histológicos fue para resumir lo que se ha escrito en estos últimos años; ahora quiero referirme a los síntomas, no desde un punto Bibliográfico, sino desde el punto de vista Clínico, es decir de lo que he visto aquí en la casta en los diferentes casos que he observado y luego me referiré al tratamiento más o menos continuado, aun que advierto no será una lista de observaciones, sino más bien una descripción del conjunto sintomatológico. El paciente se presenta por lo regular quejándose de

fuerte dolor abdominal y deseos frecuentes de evacuar, su facies es más o menos lívida, y anémica de un tinte terroso, al examen se nota un aumento del bazo y el hígado y en las fosas ilíacas hay borborismos; la demagración ha sido rápida y por lo regular precedida de fuertes temperaturas con fríos de forma terciana en un 60 por 100; las deposiciones son fétidas y con mucosidad y tinte sanguinolento, aunque no en una forma tan compacta y característica de la disentería amebiana, presentando pues en lo general el enfermo el cuadro de una invasión palúdica aguda con trastornos gastrointestinales.

EL TRATAMIENTO: Ha sido el propio de aquellas lesiones, consistente en primer lugar en la administración de un purgante salino (Epson) seguido por la ingestión de compuestos a base de quinina y Ruibarbo (Mixtura) y algunas veces de preparados arsenicales (914 y cacodi-latos); este ha sido el tratamiento sistemático que he aplicado con un resultado halagador en su mayor parte, pero en algunos casos, principalmente particulares o que han podido responder a él; he suministrado un tratamiento que casi puedo llamar específico en el cuadro PALUDODISENTERICO por medio de compuestos a base de quinina por vía hipodérmica de la cual ha sido la endovenosa la que me ha dado los resultados más rápidos y contundentes. La solución que he utilizado ha sido Diclorhidrato de quinina en suspensión normal de Cloruro de sodio a una concentración de

0.50 Grs. en 5 OC. y puedo decir que en los casos que he sospechado la lesión palúdica intestinal he obtenido una curación específica, pues se ha presentado el caso de individuos que con una sola inyección han curado de su mal en una forma exacta a lo que sucede con la inyección de Emetina en un Disentérico Amebiano. El número de enfermos como he dicho antes ha sido grande y en muchos de ellos solamente *se* les ha tratado por vía oral obteniendo también su curación, pero desde luego lo aseguro que la administración por vía endovenosa ha sido la ideal. Ahora bien: en la administración por vía oral se ha presentado un problema bastante discutido; y es que la quinina no es absorbida en forma terapéutica en la sección gastrointestinal cuando esta presenta reacción inflamatoria, pues el flux diarreico arrastra las sales de quinina y solamente una pequeñísima parte llega a ponerse en contacto con el hematozooario: ha sido este un punto bastante discutido y experimentado y se ha llegado a la conclusión, de que si la dispepsia y la reacción patológica del intestino es de origen palúdico la quinina es absorbida en mayor cantidad que cuando la referida lesión es de otros orígenes. Han sido muchos los autores que han hablado sobre el particular me gustaría saber la opinión de mis colegas hondureños sobre ese punto, basada en su experiencia, ya que estoy en la seguridad que el cuadro a que me vengo refiriendo es de todos los días en su clientela hospitalaria y particu-

lar. Yo por mi parte recalco el hecho apuntado y agregó que en varios casos he notado una mayor absorción de las sales de quinina por vía oral después de una INYECCIÓN DE INICIO, por vía endovenosa, pero hago la salvedad, de que se puede tratar de una apariencia, ya que los efectos curativos post-inyección pueden ser debido a la forma veloz y específica en que el Diclóridrato se ha puesto en contacto con los hematozoos. Y para finalizar diré: que el cuadro de las DISENTERIAS PALÚDICAS, forma un síndrome perfec-

tamente definido en la actualidad y que con la ayuda del Laboratorio se ha llegado a tratamientos definidos específicos, presentándose en el Trópico y en especial en la Costa Norte Hondurena, verdaderas endemias, sin que muchas veces tome participación la Ameba y en consecuencia la mejoría de los pacientes se ha verificado por la administración sistemática de preparados de quinina con resultados terapéuticos excelentes.

Roberto Gómez Róbelo.

REVISTA QUIRÚRGICA

Toxemia aguda por quemadura, tratada por extracto de cortical suprarrenal

W. C. Wilson, G. Dowley y N. A. Gray en The Lancet afirman que la toxemia aparecida entre la 6 y 50 hora de una quemadura constituye toda la gravedad, debida al paso a la sangre de los productos de desintegración de los tejidos. Se observa entonces aceleración del pulso, hipertermia, delirio, ansiedad o bien posturación. En 3 casos los autores han hecho inyecciones de Eucortone de 1 Cgr. cada 2 horas hasta la desaparición de los signos alarmantes. Los 3 casos curaron.

Nuevos procedimientos operatorios para las pseudo-artrosis y lesiones de ligamentos articulares

H. von Seemen de Munchen en Archiv für Klinische Chirurgie propone ■contra^ los retardos de

consolidación y pseudo-artrosis puncionar con un instrumento especial el foco de fractura reparado por fluoroscopia y luego electrocoagular. La misma técnica aplica a las rasgaduras ligamentosas.

Fracturas de la columna vertebral con paraplegia tratadas por el método de Bohler

Zurria de Catane en Bolletino della Societa Medico-chirurgica de Catania refiere 10 casos de fractura de la columna vertebral tratados (por hiperextensión y movilización 48 horas después del accidente con muy buenos resultados. El enyesado duró 8 semanas y se obtuvo curación sin atrofia. No hubo incurvación secundaria a pesar de la falta de aparato de sostén.

En otros 2 casos hubo paraplegia, uno por fractura por aplastamiento de la 9, 10 y

11 vértebras dorsales; reducción a los once días y enyesado. Se hizo una gimnasia adecuada y después de 18 días los movimientos activos empiezan y a los 3 meses se quita el enyesado con resultado muy bueno. El otro caso se encuentra bastante mejorado a los 88 días de tratamiento.

Tumores del ovario

P. Bernstein de New York en American Journal of Obstetrics and Gynecology reporta una memoria detallada clínica y anatómo-patológica de 1.101 tumores del ovario operados en el Hospital Mont Sinai de 1924 a 1935.

Ocupan el primer lugar en frecuencia los quistes simples; el segundo los dermoides; tercero los cánceres serosos papilares con un 80 % de todos los cánceres del ovario.

17.3 % de los tumores del ovario son malignos.

95 % son carcinomas, de los malignos.

5 % son sarcomas. 58 % de los tumores se observan en mujeres entre 20 y 40 años.

30 % en mayores de 40 años. 12 % en menores de 20 años. Las reglas eran normales en 54 % de pacientes, aumentadas en 26.5 %; disminuidas en 17.9 %.

Dismenorrea en 15 %. Se presentaron metástasis en 76 % de los cánceres operados. 36 % de metástasis se hicieron en el tubo digestivo y el peritoneo.

Hubo ascitis en 54 %; líquido claro, algunas veces sanguinolento, raras purulento.

Signos: dolor, náuseas, vómitos, oclusión intestinal, masa abdominal, trastornos vesicales, respiratorios.

Tiempo de sedimentación investigados en 27 % de casos mostró su importancia en las anexitis, degeneración de tumores e infecciones agregadas.

Disminución de la hiperpolipeptidemia secundaria a destrucciones celulares bajo la acción de la insulina sola o asociada a la glucosa

O. Labret, J. Driessens y H. Malatray en Comptes rendues des séances de la Société de Biologie declaran la existencia de un síndrome humoral en todos los quemados caracterizado por hiperglicemia marcada e inmediata (2.50 y más) hipocloremia generalizada, plástica y globular que aparece después de algunas horas y una hiperpolipeptidemia fuerte (hasta 0.250) después de 18 a 24 horas.

La administración de insulina en cantidad suficiente (hasta 60 u 80 unidades por día) asociada a 150 a 200 gramos de suero glucosado al 30 % impiden la hiperpolipeptidemia.

Cuerno de vaca usado como fijador en cirugía ósea. 40 casos

W. B. Carrel de Dallas, Texas, ha empleado cuerno como material de sutura ósea en forma de placa, lámina, tallo recto o curvo y clavo. Es de bastante resistencia y flexibilidad; se esteriliza con 30 minutos a la ebullición.

Es bien tolerado por el tejido óseo, no irrita, se reabsorbe en 8 a 12 meses lo ha usado en 50 fracturas diafisarias o epifisarias y en pseudoartrosis con buenos resultados

Epilepsia secundaria a un tumor cerebral; amputación del lóbulo frontal izquierdo con el tumor; curación

D. O. Vasiliu, G. Gaitulescu y . Malfeta de Bucarest en Spitalul refieren la siguiente observación: enferma de 24 años, presenta crisis de epilepsia generalizada desde nace 7 que se hacen más frecuentes y seguidas de trastornos post-comieiales. Hay trastornos mentales y amenoreea desde 6 meses. Se diagnostica tumor intracraneano, meningioma supra-orbitario tipo psammo-angioma. Anestesia lo-

cal, craniotomía izquierda con todo y tumor; sutura de la duramadre, colocación del colgajo óseo y sutura de la piel. Desde hace seis meses el paciente se encuentra bien trabajando en una oficina.

Oclusión intestinal de origen amibiano

A Bassler de New York en Journal of The American Medical Association refiere el caso de un hombre que padece desde hace 22 meses de una colitis disenterica rebelde presenta un día una oclusión baja. Creyendo en un neoplasma sigmoideo el cirujano practica una cecostomía; era una pseudo-neoplasia amibiana que cedió con un tratamiento específico energético.

S. Paredes P.