

Año IX

REVISTA

Nº 80

MEDICA HONDUREÑA

Director:

DR. S. PAREDES P.

Redactores:

DR. A. VIDAL M.

DR. HUMBERTO DIAZ

DR. M. CACERES VIJIL

Secretario de Redacción:

DR. JUAN A. MEJIA

Administrador:

DR. JOSE M. SANDOVAL

SUMARIO

	<i>Pág.</i>
Página de la Dirección	53
Un caso de aortitis sífilítica, por el Dr. Humberto Díaz	55
Un caso de púrpura hemorrágica, por el Dr. José María Sandoval M.	60
La gonorreacción en los blenorragicos	62
La técnica, la ciencia y el juicio en el diagnóstico, por el Dr. Gregorio Aráos Alfaro	64
Fiebre recurrente. — Tifus recurrente, por el Dr. Isidoro Mejía h.	79
El Dr. Jenaro Muñoz Hernández	81
Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. ..	83
El ulirón en el tratamiento de la gonorrea, por W. y K. Generich, Kiel	88
Estado actual del estudio de la sulfanilamida, por el Dr. Mario Porro Varela	89

Enero y Febrero

Imprenta

1939

Calderón

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la. Asociación Médica
Hondureña

**DIRECTOR: DR. S.
PAREDES P.**

REDACTORES:

Dr. A. VIDAL M.
Dr. Humberto Díaz

Dr. M. Cáceres

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
Dr. Juan A. Mejía

ADMINISTRADOR:
Dr. José M. Sandoval



Año IX 1 Tegucigalpa, D. C. Hond., C. A., Enero y Febrero de

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

El ilustre Neuro-Cirujano americano Harvey Cushing hi dicho recientemente: el eje de la medicina está constituido por el médico práctico y es absolutamente injusto dar a esta designación un sentido de inferioridad.

De acuerdo con tan sabio decir, vamos a ocuparnos hoy de una personalidad humilde, nacida en Trinidad de Santa Bárbara, donde ha prestado sus valiosos servicios durante 32 años.

Era yo un niño de 9 años cuando llegó, en los primeros meses de 1907, entre el júbilo indescriptible de las gentes de mi pueblo, un joven rubicundo, de ojos grandes y azules, de labios finos y amables, no alto ni bajo, de educación exquisita, trayendo bajo ti brazo el recientemente adquirido diploma de Médico-Cirujano en la Facultad de Guatemala.

Discípulo de los Ortega y Lenhoff Wyld a fuerza de una tenacidad poco común en el estudio, conquistó el grado para lanzarse de lleno en el ejercicio de la profesión.

Ya por aquella época revoloteaba en mi espíritu el deseo de ser médico, sólo por realizar la ilusión campesina de jinetejar hermosas y briosas bestias como lo hacían los médicos de la comarca doctores Paz Barahona, Cabañas, Funes, González y el recién llegado.

En el último octubre cumplió 60 años. Hace apenas dos meses que lo vi después de 7 años de ausencia y lo encontré, como siempre, pleno de salud y de vida, pleno de bondad y de ilusiones, pleno de energías y de satisfacción.

En más de 6 lustros este hombre admirable ha servido no sólo a mi pueblo sino de varias leguas a la redonda, ha visto infinidad de pacientes retornar a la salud, miles de niños nacer y miles también morir cuando sus recursos se hubieron agotado.

El médico de mi pueblo posee una bellísima biblioteca enriquecida cada año con las mejores obras de consulta que vende la Casa Maloine de París; está suscrito a varias revistas extranjeras, lee con predilección La Presse Medicale; tiene un buen arsenal quirúrgico, el suficiente para practicar todas las intervenciones de urgencia que se le presenten.

Fácil es comprender la enorme experiencia adquirida en 32 años de hacer medicina general. Conoce al dedo el paludismo en todas sus variadísimas manifestaciones, las colitis tropicales, el sprú, etc. Le encanta el laboratorio, tiene su buen microscopio, los colorantes necesarios; hace reacciones de sífilis y tifoideas, usa la tuber-culina. Ama su profesión y nunca ha dejado de ejercerla sino cuando sus frecuentes viajes a Norte-América y Europa lo alejan del pueblo.

Pero su temperamento no cupo en los moldes de la medicina y el sobrante de energías lo lanzó a la montaña. A la montaña, donde pasara con su padre y hermanos mayores sembrando los primeros palos de café que se vieron en la comarca, cuyo incremento agrícola levantaron al pueblo a su actual categoría.

En abrupta y altísima montaña, hasta el pico llamado Flamarión, desde donde se divisan ambos océanos, el médico de mi pueblo ha sembrado inmensas plantaciones de café, cultivadas con el mayor esmero, gastando enormes sumas de dinero en conservar y mejorar las fincas. Ha montado allí mismo un beneficio movido por fuerza hidráulica que le permite elaborar la mejor calidad de café y venderlo directamente a los precios más altos en los mercados de Inglaterra, Alemania y Estados Unidos.

A este hombre incansable en el trabajo, amante de la profesión y de la agricultura, padre excelente, amigo exquisito, honesto y honorable en su trato común, gentil y cariñoso, alejado por temperamento de los oleajes políticos, médico de gran ilustración y experiencia, cuya personalidad no ha perdido la brillantez de la juventud a pesar del medio mediocre y nebuloso del terruño, cuya competencia la reconocen cuantos le tratan, miembro entusiasta y cumplido de la Asociación Médica Hondureña desde su fundación hace 10 años, me permito presentar, hiriendo su modestia, como modelo de Médico práctico, de Agricultor y de Ciudadano. Es el Upo que tanta falta hace en Honduras, donde tanto escasea.

Se llama Guillermo Pineda.

UN CASO DE AORTITIS SIFILÍTICA

Por el Dr. HUMBERTO DÍAZ.

Las aortitis sifilíticas no constituyen entre nosotros casos raros, por el contrario, se presentan con mucha frecuencia; así que, si escribimos ahora acerca de esta afección es porque el enfermo observado últimamente reviste singular interés, por las condiciones en que se ha desarrollado su proceso morboso, constituyendo en sí un bonito ejercicio de semiología cardiovascular y prestándose a una serie de consideraciones diagnósticas.

En efecto, en el caso mencionado no comprobamos únicamente una simple lesión de aortitis, sino que además de haber sido evidenciada su etiología sifilítica, encontramos signos reveladores de alteración anatómica del aparato valvular, aparte de una posible dilatación aneurismática circunscrita localizada entre el anillo valvular y la emergencia del tronco arterial braquio-cefálico.

El caso es el siguiente: J. D. P., de 42 años de edad, soltero, labrador y vecino de Pespire, ingresa al servicio de Medicina de Hombres del Hospital de San Felipe, el día 3 de enero de 1939, quejándose de DOLOR DE CABEZA Y DE LA NUCA, lo mismo eme de la clavícula izquierda. ANAMNESIA PROXIMA.-Refiere el enfermo que el 15 de julio del año recién pasado, por la noche, sintió un ardor como de sensación de quemadura en el cuero cabelludo del hemicráneo izquierdo; esta sensación ardorosa la ha experimentado desde en-

tonces de un modo continuo, suave en algunas ocasiones y a veces con exacerbaciones nocturnas que revisten alguna intensidad, y no fue sino en los últimos días del mes de noviembre que su molestia se le transformó en verdadero dolor, propagándose a la nuca y a la región lateral del cuello.

De esa fecha a esta parte le ha disminuido, se ha vuelto superficial acentuándose más por la noche y presentando también períodos de exacerbación intolerable que se suceden con alguna frecuencia. También se queja nuestro enfermo de dolor en la parte media de la clavícula izquierda, tolerable a veces, revistiendo en algunas ocasiones acentuada intensidad, a tal grado, que ha llegado a perturbarle el sueño y los movimientos del miembro superior correspondiente; estas agudizaciones le han durado hasta ocho días y se suceden con intervalos de quince a veintidós días. Ahora bien, este dolor clavicular lo padece desde hace dos años, le empezó bruscamente una noche después de terminar sus intensas faenas de labrador y de haber resistido una fuerte lluvia; desde el primer momento el dolor fue intenso comparable al dolor eme produce una fractura, también fue continuo, persistiéndole en la misma forma durante un mes poco más o menos. A los tres meses de haberle ocurrido este accidente, observó que su clavícula izquierda presentaba un engrasa-

miento en la parte media, el cual fue creciendo paulatinamente hasta ocasionar un aumento de volumen generalizado del hueso.

En la actualidad acusa palpitations y dolor en la región precordial, disnea de esfuerzo y sobresaltos nocturnos seguidos de sensación de angustia pasajera.

ANAMNESIA LEJANA.—*Be* su adolescencia no nos revela ningún dato importante. Hace ocho años padeció de chancro duro del surco balano-prepucial, que cicatrizó al cabo de un mes. Un mes más tarde apareció una erupción pustulosa generalizada en la piel, hubo dolores osteocopos, alopecia, mialgias, artralgias y debilidad general. Notó también infartos ganglionares del cuello y de las regiones inguinales.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y COLATERALES: Sin importancia.

GENERO DE VIDA: Como ya se dijo al principio, se trata de un individuo que se ha dedicado todo el tiempo a los trabajos agrícolas, contando siempre con escasos recursos económicos, llevando una vida sencilla. No acusa intoxicaciones de ninguna, naturalidad.

ESTADO PRESENTE:

Estado general: Buen desarrollo del pániculo adiposo y del aparato muscular, de baja estatura, cabellos escasos, piel morena con palidez acentuada. Mide 1,56 metros de altura y pesa 120 libras.

Estado especial: Aparato circulatorio a la inspección se perciben los latidos cardíacos violentos. La punta late en el sexto

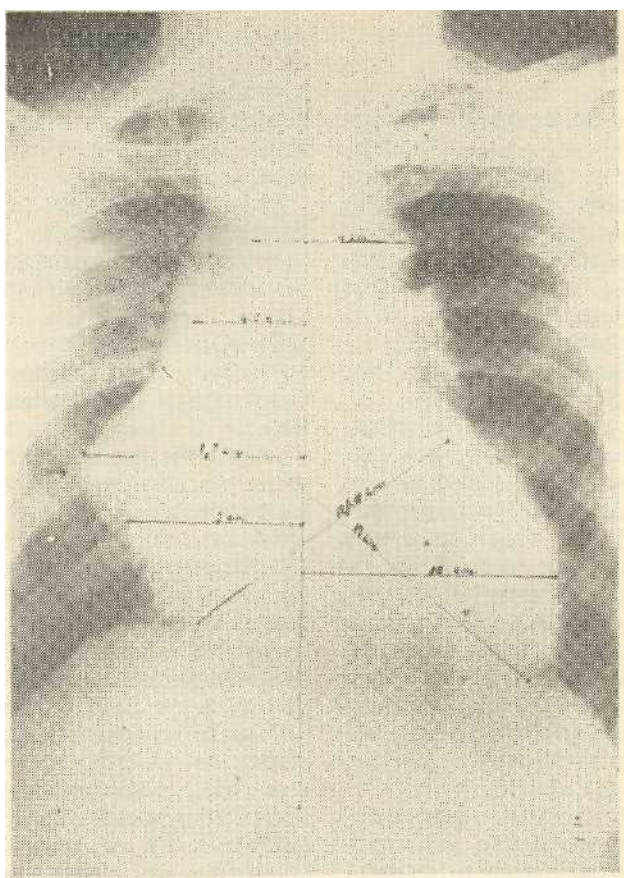
espacio intercostal izquierdo, un poco por fuera de la línea mamilar; el choque de la punta es violento y se verifica en un área mucho mayor que en estado normal, recordando las características del *choque en cúpula de Bard*. Hay pulsaciones epigástricas.

La palpación ratifica los datos anteriores, revelando además estremecimiento sistólico de la base de la región precordial, que se extiende a los vasos del cuello del lado derecho y parte de la región supra-clavicular correspondiente.

A la percusión, se comprueba un aumento considerable de la macidez cardíaca relativa: 172 cm. cuadrados. Además revasamiento de dicha macidez por fuera del borde derecho del esternón.

La auscultación, revela un aumento de energía de los dos ruidos mitral y tricúspides. Sopro sistólico de timbre rudo en el ■segundo espacio intercostal derecho con propagación a la parte media de la clavícula del mismo lado, que no desaparece con los cambios de posición del sujeto, acentuándose por el contrario, cuando se le ausculta teniendo acmé el pecho inclinado hacia adelante. A nivel de la línea media esternal y a la altura del tercer espacio intercostal se percibe doble soplo, es decir sistólico y diastólico, de timbre suave y sin propagación manifiesta.

El examen de las arterias nos dio los datos siguientes: Eretismo de los vasos del cuello, principalmente del lado derecho. Las carótidas ruedan bajo la piel a cada pulsación, lo mismo que las



arterias humerales, presentándose con mucha claridad el fenómeno de la *danza de las arterias*. No pudimos comprobar ni doble soplo crural de Duroziez. No hay doppelton de Traube ni pulso Sonans de Ziemssens ni pulso capilar. Pulso radical: 80 por minuto, es rebotante y de ritmo normal. Presión arterial: Mx-12-Mn. 3.

APARATO RESPIRATORIO: Normal.

APARATO DIGESTIVO: la inspección de la cavidad bucal, nos revela que la úvula y los pilares del velo del paladar sobre todo

los posteriores, están animados de latidos sincrónicos con el pulso arterial.

APARATO GENITO URINARIO: Ligero dolor de la región renal, aumento de la frecuencia en las micciones de noviembre recién pasado a esta parte. Desde hace un año hay anafrodisia.

APARATO GANGLIONAR: Adenopatías retrocervical, epitrocLEAR e .inguinal; todas ellas bastante acentuadas.

SISTEMA NERVIOSO: Normal.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS: Normales.

*EXAMENES COMPLE-
MENTARIOS*

Sangre: Reacción de Kahn, Positiva -j- -[—J ---- . Recuento globular y fórmula leucocitaria: glóbulos rojos, 3.944.000; glóbulos blancos, 11.400; Polinucleares neutrófilos: 74 %; eosinófilos, 2 %; linfocitos, 24 %. Por malaria: Negativo.

Orina: Normal.

Heces fecales: Positivo por huevos de Uncinaria.

Examen radiológico del corazón: Se nos envió el reporte siguiente: "Corazón globuloso en que llama la atención la anchura del pedículo vascular y una saliente que hace el borde derecho en su parte superior, correspondiente al sitio de la aurícula derecha (¿Aneurisma?). Aumento de todos los diámetros como sigue: Mx. izq. 10 cm.; Mx. derecho 8 cm.; longitud 19 cm.; altura 12 cm.; diámetro aórtico 8,5 cm. — (f). Larios."

De la Historia Clínica y del examen físico practicado en nuestro enfermo, se deducen las conclusiones siguientes:

1>—Que adolece de una infección sifilítica desde hace ocho años.

2^—Que presenta una lesión de aortitis, que es evidentemente de carácter específico; dada la época en que apareció y dada también la enorme frecuencia de las lesiones arteriales en la lúes.

3^—Que se comprueban en él además de la simple lesión de aortitis, signos que revelan una doble afección de las válvulas sigmoideas aórticas, es decir de estrechez y de insuficiencia.

4^—Que además de todo lo anterior, los Rayos X ponen en evi-

dencia una sombra redondeada, de límites muy claros y de una densidad menor que la de la sombra cardíaca, haciendo saliente en el borde derecho de ésta.

5^—Que el examen fuoroscópico, en posición lateral, demuestra que el espacio retro-cardíaco se encuentra completamente libre.

6£—Que la lesión clavicular debe ser interpretada también como una manifestación específica.

Ahora bien, como declamos al principio, las lesiones de aortitis producidas por el *treponema pallidum* son muy frecuentes, y son asimismo numerosas las formas clínicas estudiadas hasta la fecha. Entre las más comunes tenemos las siguientes: La forma dolorosa, en donde las crisis de angina de pecho dominan la escena. La forma combinada con lesiones del sistema nervioso, por ejemplo: Meningitis crónica, Neuralgia rebelde del trigémino. La forma que se caracteriza por trastornos del ritmo, siendo entonces la arritmia extrasistólica, la taciocardia paroxística, la arritmia por fibrilación auricular, etc., los síntomas que llaman la atención en primer lugar. La forma mediastínica, la forma abdominal y luego la forma con doble lesión de las sigmoideas.

Este último tipo es el que más concuerda con nuestro caso; veamos a grandes rasgos la descripción que dan de ella los maestros franceses Vaquez y Lian:

"La forma con doble lesión de las sigmoideas es la mejor individualizada; es la enfermedad descrita por Hodgson, con dila-

tación del segmento inicial del vaso visible a la pantalla y hasta algunas veces comprobable por la percusión. Se observa constantemente la elevación del cayado y de las subclavias, los latidos exagerados del cuello y en diversas partes del cuerpo y un doble soplo aórtico con doble soplo femoral. La presión sistólica es excepcionalmente normal; generalmente suele ser elevada y la tensión mínima es habitualmente muy baja (la he visto algunas veces a 3 y hasta 2 cm. de Hg.) ; en otros casos, por el contrario, en que la presión máxima es muy fuerte, la mínima desciende a su vez muy poco a 11 o 12 cm. de Hg. (estas diferencias dependen de la mayor o menor amplitud de la insuficiencia valvular) . Las oscilaciones, muy aumentadas de la humeral, son todavía más amplias a nivel de las arterias de los miembros inferiores, en los que se comprueba una hipertensión mucho más elevada que en la humeral. Finalmente, el pulso femoral late anticipadamente al pulso radial en virtud de la mayor velocidad de la onda pulsátil a lo largo del trayecto aórtico.

No es raro comprobar en estos enfermos una albuminuria más o menos fuerte.

Los trastornos funcionales son, según los casos, casi nulos o, por el contrario, sumamente molestos: crisis disneicas, a menudo nocturnas; accesos anginosos de esfuerzo o de decúbito; crisis de edema pulmonar. Se ve al enfermo subir una cuesta, por ejemplo, presa de un dolor esternal con angustia, disnea y quintas de tos con expectoración rosácea; o bien, por el contrario una expec-

toración albuminosa y sanguinolenta sucede a una crisis de dolor y de opresión nocturna."

Ahora bien, el resultado del examen radiológico muestra, como está dicho en la 4^a conclusión, una sombra redondeada, de límites muy claros y de una densidad menor que la de la sombra cardíaca, haciendo saliente en el borde derecho de ésta. En el informe correspondiente que nos sugiere ser producida por un aneurisma de la aurícula derecha, pero ésta no es la única lesión que puede ser considerada como la causante de *ese* signo **radiográfico**, debemos tomar en cuenta y hacer diagnóstico diferencial entre las afecciones siguientes, que pueden estar asociadas a las lesiones de aortitis sifilítica:

- 19—Un aneurisma auricular.
- 29—Un aneurisma ventricular.
- 30—Una simple dilatación de la aurícula, ya del lado derecho o ya del lado izquierdo.
- 49—Un tumor del mediastino.
- 59—Un tumor del corazón.
- 69—Un aneurisma del seno de Valsálva aórtico derecho.
- 70—un aneurisma circunscrito por la porción ascendente de la aorta.

Descartamos un aneurisma del corazón en vista de la ausencia de traumatismos de las paredes de dicho órgano, y de la ausencia del síndrome de infarto del miocardio, el cual por sus manifestaciones alarmantes no hubiera pasado jamás inadvertido en la historia del sujeto. La dilatación auricular no es admisible en este caso, puesto que nos faltan en el cuadro clínico los signos correspondientes a las estrecheces

auriculo ventriculares que son la causa de las dilataciones primitivas de las aurículas

No pudimos comprobar un tumor del mediastino de localización extracardiaca. Los tumores del corazón, ya sean lipomas, fibromas, miomas, angiomas, cáncer primitivo, etc., etc., se presentan excepcionalmente y la sombra que dan al examen radiológico es más densa que la sombra cardiaca.

Quedan en nuestro concepto, en pie, el aneurisma de Valsalva aórtico derecho y el aneurisma circunscripto de tipo sacciforme de la porción ascendente de la

aorta, como los probables causantes de ese importante signo que fue puesto en evidencia por la radiografía del corazón: advirtiéndose que el primero es mucho menos frecuente que el segundo.

Tgucigalpa, D. C., 14 de febrero de 1939.

NOTA:—En el fotograbado que ilustra a este trabajo, aparece indicada por las flechas, la sombra radiológica que hace saliente en el borde derecho del corazón en el caso estudiado.

UN CASO DE PURPURA HEMORRAGICA

Daniel Roque, de 42 años de edad, casado, carnicero, vecino de Comayagüela; soy llamado a verlo por encontrarse sufriendo de una hemorragia de las encías y con dolores en las articulaciones.

Dice que hace poco más de dos meses que tuvo un ataque gripal, que le duró como una semana y de mediana intensidad, que del coriza que tuvo, sangraba por la nariz, pero que no le hizo caso por pasarle pronto.

Después de pasarle la gripe, le empezaron a salir unas pequeñas manchas violáceas en las piernas y en la región abdominal, y del tamaño poco más o menos de un centavo pequeño, desapareciéndole luego.

Tuvo también hemorragias por el recto y seguidamente le empezaron a sangrar las encías, por lo que buscó médico que lo deja-

ron de atender por ser la hemorragia de la boca.

Al examen presenta las encías sangrantes con coágulos no retráctiles, mucosas anemiadas y la dentadura en apariencia normal.

En la región bucal no hay nada más.

El paciente presenta un tinte amarillo céreo, bien enflaquecido, mucosas bastante anemiadas.

Examen general:

Aparato circulatorio: únicamente el pulso acelerado y blando.

Aparato respiratorio: respiración acelerada también pero sin ningún otro síntoma.

Sistema nervioso normal.

Aparato gastro intestinal, pequeñas hemorragias rectales, únicamente.

Aparato genitourinario normal.

Hígado y bazo ligeramente aumentados de volumen.

Temperatura, normal.

Orina: ligeras trazas de albúmina.

Antecedentes personales.—Sin importancia, pues dice haber sido sano.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes colaterales, hijos y esposa, aparentemente sanos.

Exámenes complementarios:

Radiografía de la dentadura: completamente normal

Sangre:

Recuento globular: Leucocitos: 3.600 p. m. c. c; hematíes, 432.000; hemoglobina, 5 %.

Fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos 13 por m. c. c.

Fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos 13 por ni. c. c. Pleosinófilos, 0. p. m. c. c. Basófilos 2. p. m. c. Linfocitos, 85%, formas de transición, 0 %.

Reacción de Kahn positivo más tres.

Por toda esa sintomatología diagnosticué una púrpura hemorrágica.

Debido al estado tan lamentable del paciente, pues tenía casi dos meses de botar sangra cuando fui llamado a verlo. Le instituí un tratamiento enérgico para cohibir la hemorragia, pero de todos los hemostáticos usados, el único que me dio los mejores resultados fue la Arremapeptine Gallien, que galantemente me facilitó el Dr. Paredes; con dos ampollas tuve suficiente para detenerle la hemorragia. Para la anemia le apliqué suero fisiológico en grandes cantidades y campolón, trayéndolo a La Policlínica para hacerle una transfusión sanguínea, pero con tan mala suerte que la sangre que se

consiguió se coaguló ya para aplicársela.

Como el paciente era bastante pobre no le fue posible a la familia conseguir para más y el enfermo murió en adinamia.

La etiología de las púrpuras es bastante compleja, pero es indudable que esa tendencia a las hemorragias sea debido a tres factores principales, a saber: la coagulabilidad de la sangre, la formación de trombos y el estado de los vasos.

Las púrpuras pueden dividirse en tres grupos:

3>—Púrpuras infecciosas, que sobrevienen a consecuencia de una enfermedad infecciosa definida como una tifoidea, una escarlatina, etc., pudiendo presentarse también al comienzo de cualquier infección y entonces se llama primitiva.

Los caracteres de la erupción son: manchas violáceas o purpúricas del tamaño de una lenteja, que no desaparecen a la presión y diseminadas por todo el cuerpo.

Hay también hemorragias en las mucosas y en diverso grado de intensidad. La sintomatología general es la de las septicemias.

2^—Las púrpuras reumatoideas se observan sobre todo en la niñez y en la mujer durante sus períodos menstruales: los urodromos son: lascitud, cefaleas, dolores vagos y difusos en diversas articulaciones.

Los síntomas caracterisantes de la enfermedad, son: trastornos gastrointestinales, no muy acentuados, dolores reumatoideos y la erupción de púrpura formadas por manchas rojas del tamaño de la cabeza de un alfi-

ler y distribuidas **simétricamente**, sobre todo en los miembros inferiores.

Y la tercera modalidad, llamada enfermedad de Werlhof, o púrpura hemorrágica brusca apirética. Esta se observa también en el niño y se diferencia de las púrpuras anteriormente enumeradas, en que las hemorragias cutáneas forman manchas de grandes dimensiones, producién-

dose a la vez hemorragias en las mucosas y en los órganos internos. Pero el estado general es bueno, faltando en la mayoría de los casos, la fiebre. Hay también, esplenomegalla, fenómenos cefálicos, endocardíticos, nefríticos y gastrointestinales intensos, que ponen en peligro la vida de los enfermos.

Dr. José María Sandoval M.

LA GONORREACCION EN LOS BLENORRAGICOS

(Una nueva técnica con suero fresco).—(Sadik Goren).— (As-keri Sihhiye Mecmuasi, janvier 1938). Turquía.

Después de los trabajos de Wassermann, Bruck, Vannod, Watabiki, Teayne et M. Nicoile, se constata, sea en los animales, sea en el hombre atacado de afecciones gonocóccicas la presencia de sensibilisatrices en la sangre.

Gracias a esta constatación, se posee un medio para establecer el diagnóstico de las gonococcias, particularmente de las gonococcias crónicas en las cuales es muy difícil constatar la presencia del microbio.

Después de Müller y Oppenheim, varios autores han trabajado en este objetivo y se han puesto en obra diversos métodos.

El autor describe un método con suero fresco.

Este método está inspirado en las técnicas aplicadas por Hecht, Mutermilch y Levaditi en la sífilis, por M. Barbellion, Mme.-Lebert y Paul Crampon-Lucien Laffrance, en la blenorragia.

El autor resume los resultados de su trabajo en la siguiente forma:

1. El suero a estudiar debe ser fresco. Se deberá tener cuidado de usar el suero a más tardar el siguiente día de su recolección.

2. Como antígeno, el autor ha utilizado dos emulsiones microbianas. Una estaba constituida por una mezcla de ocho sepas diferentes, cultivadas sobre gelosa adicionada de suero de caballo y de extractos globulares, los cultivos se raspan a las cuarenta y ocho horas, el raspado se emulsiona en agua salada y se calienta a 59 grados durante una hora. Para utilizarla como antígeno, la emulsión obtenida en esta forma se diluye hasta la obtención de 400 millones de gérmenes por ce. La emulsión así preparada no tiene poder anticomplementario aun a la dosis de 0,4 ce. y da resultados satisfactorios a la dosis de 0,1-0,2 ce. en presencia de

sueros positivos y negativos bien conocidos.

Otro antígeno es la vacuna antigonocócica del Instituto Pasteur diluida al quinto y empleada a la dosis de 0,1-0,2 ce.

3. Los glóbulos rojos del cor-

dero al 5%, el agua salada al 9 por mil, los tubos (120 por 12 mm.) y las pipetas estériles son los reactivos y los materiales necesarios para practicar la reacción que se efectúa como sigue:

Número de tubos	1	2	3	4	5	6
Suero de enfermo, no calentado	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Antígeno	—	—	—	0,1	0,2	—
Glóbulos rojos	0,2	0,3	0,4	—	—	—
Agua salada	—	—	—	0,8	0,7	0,9

Se mezcla y se coloca a la estufa a 37° durante una hora; se agrega entonces en los tubos NO 4, 5 y 6 una dosis de glóbulos rojos igual a la mitad de la dosis máxima que ha sido hemolizada en los tubos Nos. 1, 2 y 3 al cabo de una media hora de estufa a 37°.

Después se deja los tubos Nos. 4, 5 y 6. a 37° durante una hora. Al fin de este tiempo, se lee los resultados de la reacción. Cuando el tubo testigo está totalmente hemolizado, los resultados son valederos.

4. No se puede estar en presencia más que de dos eventualidades: 19 Reacción negativa (hemolisis total en todos los tubos) : 29 Reacción positiva que se escalona entre una y cuatro cruces.

Las investigaciones se han practicado sobre 147 sueros entre los cuales cuatro no eran anticordero. En los 143 sueros restantes, hemos obtenido 130 reacciones positivas y concordantes con los signos clínicos y

13 reacciones negativas (sueros recogidos entre el quinto y noveno día. en dos casos, y entre la segunda y quinta semana de la afección) que no concordaban con la clínica.

5. Parece que la gonorreacción se hace positiva desde la segunda semana de la afección y persiste durante toda su duración.

6. Los ensayos repetidos con los mismos sueros y siguiendo la técnica descrita por Cohnhan da do resultados idénticos.

7. Si se toma en consideración la dificultad de preparación de un buen antígeno y el hecho que la gonorreacción no es legalmente aplicada como la reacción Wassermann, la preparación de tal antígeno parece inútil. La vacuna antigonocócica del Instituto Pasteur que se puede encontrar en todas partes puede reemplazar al mejor antígeno, tanto más cuando no posee poder anticomplementario, a las dosis utilizadas.

—De Revista de Sanidad Naval.

LA TÉCNICA, LA CIENCIA Y EL JUICIO EN EL DIAGNOSTICO

Conferencia dada en la Facultad de Medicina, a los médicos;- graduados
en 1913 (*)

Por el Dr. Gregorio Aráoz. **Alfaro**, Prof. Honorario y
Miembro titular de la Academia de Medicina

Jóvenes amigos:

Al **cumplir** vuestros veinticinco años de ejercicio de la medicina, habéis tenido la delicadeza de asociar los que fuimos vuestros profesores, a los actos con que celebráis vuestro cuarto de siglo de vida profesional. Os agradecemos mucho esa prueba de consideración, poco frecuente en estos tiempos en que los jóvenes, justamente envanecidos con los enormes progresos realizados, suelen ser severos en exceso para las deficiencias de los que les han precedido.

Conmigo, habéis sido más generosos aun. Me habéis pedido que os diera una "clase," como en los tiempos en que erais mis discípulos. Y no necesito decir cómo me ha llegado al alma esa solicitud con la que me dais una prueba de afectuosa simpatía y de fidelidad, que me causa profunda emoción. Por esto es que, aun sabiendo perfectamente que nada puedo enseñar a colegas que están ya lejos del fin de sus estudios médicos y han forjado su recia personalidad en el yunque de la experiencia de veinticinco años; que sabiendo que nada de nuevo puedo decir a hombres que ocupan posiciones destacadas en el ejercicio profesional, en la cátedra y en las funciones públicas, ni siquiera he

intentado rehusar el comprometedor encargo.

Heme, pues, aquí, no por cierto, con el propósito de haceros una lección sino, simplemente, con el de invitaros a que reflexionemos juntos sobre los cambios que en la práctica médica han traído los grandes progresos técnicos de los últimos tiempos, a que pensemos juntos sobre si deben subsistir algunos conceptos generales que creíamos orientadores, directivos, en el estudio acertado del hombre enfermo. Y como quiera que mi cátedra fue de Semiología, natural es que hablemos en particular del *diagnóstico* que es, por lo demás, el acto primario y trascendental del médico, la base indispensable del tratamiento, de la **profilaxis**, del pronóstico, es decir, de la acción eficiente **que** tenemos el deber de ejercer en bien del enfermo y de la sociedad toda.

Hace poco tiempo fui consultado por una enferma de tuberculosis pulmonar cuya radiografía se me traía. Y cuando yo manifesté que nada podía decir sin ver y examinar a la paciente, el padre no pudo ocultarme una gran sorpresa. Un especialista le había dado ya su opinión, después de haberle declarado que le

bastaba para ello con ver la radiografía. No hace mucho he sabido de otro colega que, con sólo el electrocardiograma por delante, hizo el diagnóstico y pronóstico de un enfermo.

Y en los dos casos, me asaltó la duda de si todo aquel largo curso de semiología que dictaba, con tanto empeño y con tanto amor, en la Facultad —y que entiendo siguen dictando mis sucesores— no estaría demás en una buena parte; si no sería tiempo perdido esforzarse porque los jóvenes alumnos aprendan a interrogar con método, a percudir, a auscultar, a palpar cuidadosamente, a estudiar prolijamente el curso de la fiebre, desde que en casos tan graves y tan importantes, un solo documento gráfico bastaba, en opinión de médicos modernos, para formular un diagnóstico.

Los progresos técnicos realizados en este último cuarto de siglo son realmente tan grandes que pareciera que unos cuantos especialistas en las diversas técnicas pudiesen hacer superfluo o innecesario el juicio del médico que, en un tiempo, debía pesar y correlacionar los diversos elementos para llegar al diagnóstico total, siguiendo las diversas etapas que yo mismo había señalado muchas veces en mis lecciones: el *diagnóstico de síndrome*, el *diagnóstico anatómico* y el *fisiopatológico*; el *de naturaleza* y, en fin si era posible, el de causa, el *diagnóstico etiológico*. (1).

¡Hay tantos casos, en efecto, en que esas técnicas especiales dan resultados tan netos, tan concluyentes! Véase, por ejemplo, una espléndida broncogra-

fía con lipiodol, una colecistografía, una pielografía, mediante los diversos agentes que se eliminan por la bilis o la orina, una radiografía de estómago o de duodeno con imágenes típicas y, realmente, se comprenderá que el técnico, satisfecho de su obra, crea que no necesita nada más para formular un diagnóstico. Hasta en el cerebro, los rayos Roentgen nos dan, con la ventriculografía, cada día datos más interesantes. Digamos otro tanto de los admirables resultados de las endoscopias, vesical, rectal, esofágica, traqueobronquial, hasta pleural y abdominal, de los estudios, cada vez más fructuosos, de química y fisicoquímica en humores y tejidos. Y, en presencia de tantas hermosas adquisiciones de los últimos tiempos ¿cómo no detenerse a reflexionar en si vale o no la pena de que sigamos enseñando y practicando la vieja semiología clásica, larga, delicada y difícil? Conviene realmente, pienso yo, que sobre este asunto, meditemos un poco y conversemos luego, porque, naturalmente, después que yo haya expuesto mi opinión, espero que me hagáis conocer la vuestra que me interesa mucho, no sólo por vuestro saber sino porque sois hombres de otra generación, de otro "clima." según la expresión tan en boga.

método alguno que pueda traernos un nuevo elemento de certidumbre. Pero, por esa razón precisamente, creo que *no debemos tampoco dejar de lado la semiología tradicional* que, en **muchos** casos, nos ayudará poderosamente en el descubrimiento de la verdad.

Así, por ejemplo, culpable sería el médico que diagnosticara y tratara una tuberculosis pulmonar, sin la ayuda de la radiología. Ella es hoy absolutamente indispensable para descubrir y limitar las lesiones, y se ha perfeccionado considerablemente en los últimos años con su empleo en diversas posiciones y con nuevos procedimientos técnicos: la estereoradiografía, la radiografía por capas o tomografía, etc. Pero también sería culpable si no auscultara, porque hay alteraciones bronco-pulmonares que *no son visibles* con los Rayos, que son solamente *audibles* y pueden aun preceder a la aparición de las sombras radiológicas. Hay, además, signos auscultatorios que nos permiten precisar y, a veces, rectificar los datos roentgenológicos.

Análoga cosa ocurre con el examen del corazón y de los vasos. Claro es que ninguna percusión nos dará un trazado cardíaco tan exacto como la ortodiagrafía y la teleradiografía en diversas posiciones; ciertos es; también, que el registro gráfico de los tonos y ruidos cardíacos suministra datos más precisos que la palpación y la auscultación (2). Pero estos últimos, repito, no dejan de ser importantes y, sobre todo, *están al alcance de todos los médicos que han educado sus sentidos* y no

requieren las **instalaciones** costosas que necesitan aquellos rae- todos modernos.

Nadie debe prescindir tampoco, en pudiendo utilizarlos, de todos los métodos de análisis bioquímicos y pruebas biológicas de sangre y otros humores o líquidos transudados o exudados, del Ph₇ del equilibrio ácido-básico del metabolismo, etc. Mas recordemos que no todos los enfermos pueden beneficiarse de esos métodos, sea porque no les es posible moverse de su cama, sea porque no pueden trasladarse hasta los centros en que aquéllos se practican, sea, en fin, porque no pueden pagar esos exámenes, naturalmente dispendiosos. Se dirá que hay que ponerlos al alcance de los enfermos pobres y en todos los sitios. Empero, prácticamente ¿cuándo será posible en todos los centros poblados de la República haya, gratuitamente o a precio módico, todos esos recursos? Y asimismo, siempre quedará una buena masa de enfermos que no son pobres de solemnidad, que no son tampoco ricos pero que no están en condiciones de pagar, a cada rato, los centenares de pesos que representa el costo de una serie de radiografías, análisis y exámenes de especialistas.

Hay que crear y multiplicar *centros diagnósticos* baratos, al alcance de la gente de mediana o modesta posición (3). Pero dada la extensión del país ¿cuándo podremos tenerlos en la mayoría de las ciudades? y cuántos centenares y centenares de médicos de campaña se verán obligados por muchos años todavía, a no servirse de otra cosa que de sus propios medios, re-

curriendo sólo por excepción a análisis fáciles o a algunas exámenes radiológicos

Aunque sólo fuera esta última consideración, no sería disculpable que en las cátedras se desdénara la semiología fundamental, se dijera que es inútil percutir y que es muy poco importante auscultar bien. Que se le enseñe al alumno todas las técnicas y todos los perfeccionamientos modernos, bien está. Pero que se le enseñe, ante todo, a *educar bien sus sentidos en los métodos fundamentales, tradicionales de la semiología, a afinar su espíritu de observación, a pensar para formular un juicio, y a desconfiar de ese juicio para someterlo, como he dicho tantas veces, a la rectificación o ratificación de nuevos exámenes.*

Esos métodos fundamentales están, basados en el *método anatómico-clínico*, que inauguró el gran Laennec y que enseña, mejor que ninguno, a interpretar rectamente los signos mórbidos y a formar el hábito del raciocinio en clínica.

¡Podría, si no temiera prolongar demasiado esta disertación, mostrar tantos ejemplos que prueban los graves errores cometidos por fundar el diagnóstico en un solo método moderno! Pero todos los presentes conocen seguramente algunos casos que prueban cómo se equivocan a veces los radiólogos —tomemos el caso— al afirmar la naturaleza de una *sombra*, que puede ser dada por lesiones anatómicas bien distintas.

Y en otro terreno, ¡he visto también tantas afirmaciones desmentidas por los hechos! Un hombre, por ejemplo, que había

tenido varios ataques de angor y un infarto de miocardio y a quien los especialistas, en vista del electro-cardiograma, le habían pronosticado una vida no mayor de algunos meses, en reposo absoluto, vivió cuatro años más haciendo su trabajo diario, que no pudo evitar, y murió de un cáncer vesical, y otros a quienes, en vista también de examen y electrocardiograma fiables había aconsejado distracción y ejercicio, creyeron que tenían afección *b^ánfea*; *caígt^ ** morían poco después súbitamente, al hacer unos pequeños esfuerzos.

Yo sé bien qué antílogos en^V res de pronóstico m>§ li^flflÉ*)pK do a todos. Lo que des^Or-ErTpre-sentarlos, es solamente mostrar que debemos ser menos afirmativos o monos presuntuosos, más prudentes en nuestros juicios.

La experiencia es una gran maestra de modestia, para quien es sincero y buen observador, precisamente porque hace ver muchos errores ajenos y propios. Nada enseña tanto como los propios errores, si se tiene un cierto espíritu filosófico, primero para reconocerlos lealmente y, después, para indagar, en cada caso, las causas que los han determinado.

Y, a propósito de experiencia, ya se ve que no hablo de ella con vanagloria sino, al contrario, con humildad. *Los que más blasonan de su experiencia suelen ser los que menos la aprovecharon* y se hacen de ella un título que les exime de estudiar bien lo nuevo. Muchos eme invocan ese falso título, no han hecho otra cosa que mirar muchos años los enfermos por OÍOS de otros V seguir haciendo lo que vieron hacer o hicieron

desde el primer día. Eso es simplemente "rutina" no experiencia.

Un gran pedagogo y psicólogo uruguayo. Vaz Ferreira, ha dicho con mucha razón, en su "Lógica viva": "Debemos guardarnos de la ilusión de experiencia." La verdadera experiencia —he escrito yo mismo— la realmente deseable y respetable, no se **forma** solamente con el correr de los años. Es preciso que los años hayan corrido en observación atenta e inteligente y que el observador posea un claro y aguzado espíritu crítico.

"*Ars toda in obsevationibus*", dijo Hipócrates, pero el gran brasileño Francisco de Castro, agregó: "*sed ratiotinio perpen-*" Observación sin raciocinio, no es observación.

Es indudable que el estudio y el ejercicio de las disciplinas experimentales, principalmente la *fisiología*, contribuyen poderosamente a desarrollar el "*juicio crítico*." Con harta razón, nuestro eminente profesor Houssay ha insistido en la virtud fundamental de aquellas ciencias para formar el espíritu del clínico, aparte de la importancia de la base científica indispensable para toda la obra médica.

"Un examen clínico, ha dicho Sergent puede ser conducido con el mismo espíritu científico con el que pueden ser observados los efectos de una experiencia." Y agrega, con igual razón "que es inadmisibile elevar un tabique impermeable entre las adquisiciones de la observación clínica y las de la fisiología y la patología experimental."

Por otra parte, la observación misma, por sí, no es tan fácil

como parece. Y por eso yo digo a los profesores que me escuchan, que hay, ante todo, que *enseñar a los jóvenes a observar bien*, objetivamente, sin prejuicios.

El ilustre Virchow, a quien tuve la fortuna de conocer, octogenario, pero enseñando aun, en Berlín, hacía notar cuan difícil era que un estudiante a quien daba un pedazo de hígado o de pulmón, *viera bien* lo que había. Y el gran naturalista Huxley, ha escrito que la dote más rara consiste en ver *las cosas tales como son*. El que también para en esto lo que Alexis Carrel dice en sentido general: que "de tous temps, rhumanité **sest** contemplee a travers des verres colores par des doctrines et des croyances." Y agrega que hechos evidentes son ignorados cuando no están de acuerdo con las ideas corrientes, que es preciso volver a la observación ingenua, y describir simplemente lo que vemos. (4).

Véase, por ejemplo, lo que pasa con las "modas," que no son sólo terapéuticas, sino también diagnósticas. Durante muchos años, hemos vivido aquí bajo el imperio de la sífilis, adquirida o hereditaria, en diversas generaciones sucesivas. Y en toda historia levantada por cantidad de clínicos, no faltaban signos complacientes para afirmar la famosa sífilis. Si había reacción de Wassermann positiva, tanto mejor. Si no, no importaba: la reacción de Wassermann puede faltar, pero habría probablemente "linfocitosis sanguínea" y si ésta no existía, bueno, también podía dejar de presentarse. Nunca faltaba algún antecedente,

aunque no fuera más que un parto gemelar en la familia o algún signo, como una cicatriz pigmentada o **Ieucodérmica**, algunos dientes deformados, rayados o separados, o una tibia rugosa, que viniera a salvar el diagnóstico comprometido. Y había que hacer, a toda costa, el tratamiento específico, llegando hasta intoxicar gravemente algunos enfermos, haciendo perder a otros el tiempo oportuno para una operación quirúrgica o para otra terapéutica igualmente útil.

Años después, aquella moda fue desalojada por otras, cuyo recuerdo está demasiado fresco para que sea necesario comentarlas. Y no hay duda de que esas modas se inician siempre por el *conocimiento de verdades nuevas* —como las sífilis desconocidas, como los parásitos intestinales, como los focos sépticos capaces de actuar a distancia— cuyo descubrimiento es de positiva utilidad para los enfermos. Pero *que no se sabe mantener en los justos límites* porque espíritus entusiastas y poco reflexivos las generalizan hasta un extremo indudablemente perjudicial.

Para no citar sino un ejemplo de esas generalizaciones abusivas, les recordaré una época en la que las "colitis," para algunos de **nuestros** médicos más distinguidos, dominaban toda la patología, hasta el punto de que era el diagnóstico casi universal, con el corolario del mismo tratamiento para todos. Yo he visto cardíacos indudables, tuberculosos, renales, cancerosos, en los que no se quería penetrar en el diagnóstico verdadero o, aun re-

conociéndolo, se atribuía el origen y la importancia terapéutica a la sola colitis. Enfermo he asistido en que, a las varias semanas de duración de una ciática rebelde y creciente en intensidad, uno de esos médicos de gran prestigio afirmó que ella provenía de una colitis que los tratantes habíamos desconocido. Se dejó a su cargo la terapéutica del caso, sin descuidar su observación, porque yo sospechaba una neoplasia maligna. Y cuando algún tiempo después, empeorando siempre el paciente, descubrí un día un tumor palpable, él lo interpretó, sin vacilar, como un espasmo reflejo del píloro. a pesar de una serie de argumentos contrarios que le opeuse. El tumor siguió creciendo visiblemente, pero aun así, hasta pocas semanas antes del deceso, el colega seguía aferrado a su colitis con espasmo del píloro, formando un tumor abdominal groseramente accesible a la mano.

Es en vista de estas exageraciones, de estas generalizaciones excesivas —de las **que** he visto varias elevarse y caer, en mi larga vida médica— aun he insistido durante tantos años en premunir a los jóvenes contra la influencia perniciosa de las ideas doctrinarias y de los maestros que creen haber descubierto algo o se hacen campeones de descubrimientos nuevos y que son tanto más peligrosos cuanto mayores son su talento y su orgullo. *Porque son imverturtables y rotundos en sus afirmaciones. seducen mejor el espíritu de los jóvenes* eme. naturalmente, siguen más fácilmente al que se muestra rápido y seguro que al que duda y pide espera. La

historia de la medicina está llena de tales ejemplos.

Hay que "mantener la *mente alerta*, no ya sólo *contra la influencia de los demás, sino contra uno mismo, contra la propia tendencia a ver las cosas según sus preferencias*, a buscar constantemente argumentos en apoyo de ideas ya sustentadas." (5).

No hay que ver a través de los vidrios coloreados de que nos habla Carrel. Como escribía el ilustre Claudio Bernard, hay que desembarazarse de sistemas filosóficos y científicos como se rompería las cadenas de una esclavitud intelectual. O, como ha dicho el gran Ramón y Cajal, "hay que limpiar la mente de prejuicios y de imágenes, hacer el firme propósito de ver y juzgar por nosotros mismos." (6).

No nos resistamos a las novedades. Pero recordemos siempre que no todo lo nuevo es bueno ni verdadero, y que hay que someterlo al contralor de nuestra propia observación y de nuestro propio juicio. No basta que lo diga la última revista o el libro reciente o que lo afirme alguien que tenga cierta reputación. El afán de señalarse por algún descubrimiento o por una idea novedosa, hace a muchos impacientes precipitarse en afirmaciones prematuras o insuficientemente fundadas.

Hay, además, que pensar siempre en la extrema complejidad de los fenómenos en el organismo humano y en la dificultad de interpretar rectamente los datos del examen en relación con su verdades fisiología patológica y patogenia, de correlacionarlos bien, de subordinarlos según la jerarquía que deben tener. "Un

físico, dice Murri, sabiendo cuál es la causa de la calda de los cuerpos, *no imagina otra*, pero el médico no se encuentra jamás en las condiciones afortunadas del físico. En la patología: no hay causas únicas ni efectos únicos." (7).

Pensemos también en las *asociaciones mórbidas*, tan frecuentes en la práctica. Es por esto que la instrucción del médico en fisiología y en patología general, es tan importante. Porque encontremos, por ejemplo, una reacción tuberculínica positiva, no tenemos el derecho de afirmar que las alteraciones que el enfermo presenta actualmente, sean forzosamente de origen sifilítico o tuberculoso, y que no pueden haber en él otra afección perfectamente distinta, una neoplasia que se inicia, verbigracia, o un proceso pulmonar agudo de etiología distinta.

Conviene, sin duda, mejor dicho, es necesario, que busquemos, en presencia de estados febriles, o de manifestaciones de apariencia reumática, si hay una amigdalitis críptica o focos sépticos en la boca. Pero si hemos encontrado una u otra causa, *no afirmemos rotundamente que es ese el único origen de los síntomas actuales*. He visto muchos enfermos con sus amígdalas extirpadas, con sus dientes todos extraídos, con su apéndice eliminado, y que han seguido estacionarios o a un empeorando porque el verdadero mal era, por ejemplo, una tuberculosis oculta o un cáncer visceral que sólo mucho más tarde se revelaba claramente.

Sería, ridículo. Que hablando antes médicos, insistiera sobre

necesidad de conocer bien a fondo las ciencias básicas y la nosografía. Eso es elemental y el primer deber del práctico es no sólo llegar al ejercicio profesional con un gran caudal de conocimientos, sino también *mantenerse constantemente al corriente de las adquisiciones nuevas*, sometiéndolas, naturalmente —repito una vez más— al crisol de la propia crítica.

Me bastaría recordar cuántas *enfermedades nuevas*, o enteramente renovadas en el conocimiento, han venido a engrosar y modificar nuestros cuadros nosológicos. Y claro es que quien no tiene idea clara de ellas, está expuesto a reconocerlas cuando se le presenten en la práctica. Así como he tenido la satisfacción de haber sido de los iniciadores o propugnadores entre nosotros de nuevos medios o procedimientos de diagnóstico —por ejemplo las pruebas tuberculínicas, el citodiagnóstico, la punción lumbar— por la cual tuve que luchar muchos años antes de conseguir que fuera generalmente aceptada aquí. así también he contribuido en primera línea a estudiar y presentar en nuestro medio, enfermedades poco o nada conocidas todavía por nuestros médicos, como la meningitis cerebro-espinal, la enfermedad de Barlow, ciertas formas de enfermedad de Heine Medin, algunas tuberculosis "larvadas."

No digo esto por pura vanagloria. Lo recuerdo para que se vea eme he estado siemore atento a lo nuevo, bueno o importante que se hacía en otras partes. y para que al oírme hablar de que no hay que precipitarse so-

bre las novedades, no se crea que tengo un espíritu misoneísta reacio a los progresos y a los cambios. Y también, porque deseo referir, a propósito de diagnóstico, que cuando, llamado en consulta, pude reconocer algunos de los primeros casos de enfermedad de Barlow, por ejemplo, o de meningitis cerebro-espinal, o de encefalitis letárgica, encontré que médicos prácticos de gran clientela, no conocían la enfermedad. Yo tampoco había visto sujetos afectados de ellas, pero estaba bien informado por mis lecturas de lo que se hacía en otros países.

Cierto es que los adelantos que se realizan año tras año son tan grandes que no es posible, por mucho que se estudie, mantenerse al día en los diversos campos de la medicina. De ahí la necesidad de la *especialización*, cada vez más acentuada, no ya sólo en el dominio de la clínica, sino también en la de la simple técnica semiológica. Tal especialización es absolutamente necesaria. El progreso de la ciencia y del arte lo exige. Pero no olvidemos que la especialización debe venir solamente cuando se está en posesión de un gran fondo de preparación general. *Hay que formar primero el médico general*, con amplia base de conocimientos fundamentales; *el especialista se hará después*. Si no es así. es muy grande el peligro de que se pierda la noción de conjunto, la idea de coordinación y de correlación entre los diversos aparatos y sistemas, tanto en el estado fisiológico como en el patológico. *Coordinación y correlación* que antes creíamos regida exclusivamente

por el *sistema nervioso* pero en las cuales conocemos hoy la parte principalísima que tienen las *hormonas de las glándulas endocrinas*, cuyo campo de acción tanto se ha ampliado en los últimos tiempos.

La especialización es absolutamente necesaria, repito, pero a condición de que ella no haga perder la vista del todo. De los excesos de aquélla, ha venido la reacción que tiende hoy a encarecer la necesidad del estudio completo del sujeto, hasta en su "*constitución*" y en su "*tipo biológico*" (*medicina constitucional, neo-hipecratismo*). *Está muy bien el análisis pero a condición de que podamos hacer luego is. síntesis*, la visión de conjunto, que constituía la superioridad de las viejas escuelas clínicas.

Hablando de estos asuntos, dice Carrel, cuyo talento de pensador no es inferior a sus grandes dotes de experimentador: "La especialización extrema de los médicos es más perjudicial aun. El ser humano enfermo ha sido di-

vidido en pequeñas regiones. Cada región tiene su especialista. Cuando éste se consagra, desde el principio de su carrera, a una parte minúscula del cuerpo, queda de tal manera ignorante del resto que no es capaz de conocerlo bien"... Ciertamente, los especialistas son necesarios. La ciencia no puede progresar sin ellos. Pero la aplicación al hombre del resultado de sus esfuerzos requiere la *síntesis previa* de los datos esparcidos del análisis.

"Tal síntesis no puede obtenerse por la simple reunión de los especialistas alrededor de una mesa. *Ella reclamo, el esfuerzo no de un grupo sino de un hombre.*" (8).

Bien están, repito, todas las técnicas de examen, las viejas y las nuevas, siempre que nos esforcemos por interpretar bien los resultados, por relacionar éstos y subordinarlos en la debida jerarquía. He escrito hace ya bastantes años: "Perdidos entre el farrago de los signos acumulados, ilusionados por la falsa cer-

tidumbre de los métodos de laboratorio —falaces como todos los métodos y expuestos frecuentemente al error de técnica o a la falta de prolijidad— vése a menudo, a los médicos vagar desorientados y perder, entre los mil detalles que les detienen o desvían en su camino, la sana y firme ruta que lleva al concepto general y sintético. (9).

Y ahora, para que no se tache de antiguo por lo que acabo de leer, veamos lo que ha escrito hace poco una de las más grandes figuras médicas contemporáneas, un cirujano insigne, creador de técnicas numerosas y hasta, puede decirse, de una nueva especialidad —la cirugía del sistema nervioso— Harvey Cushing:

Hablando en un gran Congreso médico que él presidía, afirmó que la medicina está en una encrucijada peligrosa. "Los descubrimientos científicos nuevos y el **maquismo** ha creado —dijo— el *"modern scientific doctor,"* con sus múltiples e ingeniosos aparatos y sus pretensiones a la exactitud matemática, que la moda opone victoriosamente al viejo médico práctico —"oíd *fashioned practical doctor.*" Para el menor desarreglo de salud de un sujeto, técnicos especialistas toman su presión sanguínea, hacen su electrocardiograma, su metabolismo basal, le practican una punción lumbar y una ventriculografía, le radiografían de la cabeza a los pies, examinan al microscopio todo lo que sale de su cuerpo y la sangre que le sacan, miran en todos sus orificios, miden sus calorías, dosifican su calcio, su fósforo, su nitrógeno, et. Ahora bien, continúa, en las

nueve décimas partes de los casos para los cuales el médico es llamado, la mesa de operaciones, el microscopio, los rayos X, la enfermera diplomada, la mecánoterapia, —son completamente inútiles."

"Poseemos, dice **más** adelante Cushing, instrumentos de precisión en número creciente; nosotros y nuestros asistentes hacemos, gracias a ellos muchas observaciones útiles, pero éstas no son por lo común, sino complementarias. *No* SOD nada **si** se las compara con *los resultados de un estudio cuidadoso y paciente del enfermo por un observador sa.g.a.z y experimentado, que sabe interrogar bien y hacer buen uso de sus ojos, de sus oídos, de sus dedos y de algunos métodos auxiliares.*"

"El mejor especialista —**agrega** todavía— no es el joven **que**, recién salido de la Universidad, resuelve limitarse a una sola cosa y, deseoso de ganar dinero, se **intitula** desde luego especialista, sin tener la preparación suficiente. El mejor especialista es el que conoce la medicina la cirugía en su conjunto y que, por la práctica, adquiere una competencia especial en ciertos procesos mórbidos. La "columna vertebral," *el eje de la medicina, está constituido por el médico práctico* y es absolutamente injusto dar a esta designación un sentido de inferioridad."

Es entre prácticos de ciudad o de campaña, obligados a hacer durante muchos años, todas las especialidades, donde he encontrado las inteligencias médicas más amplias, los hombres de más claro juicio, a quienes, en muchos casos, el tiempo ha venido

a dar razón contra sabios especialistas renombrados. Es que se han "golpeado" mucho, han visto muchos errores propios y ajenos, que les han enseñado a ser cautos y prudentes.

Va prolongándose ya excesivamente esta conversación, y tal vez pudiera ponerle fin diciendo, una vez más que no debemos desdenar nada en el examen de los enfermos que hay que utilizar los viejos métodos clásicos y las técnicas modernas que todo es poco a menudo para preservarnos del error; que —no me cansaré de repetirlo— aun formando

nuestro juicio debemos mantenernos siempre desconfiados y dispuestos a ratificarlos o rectificarlos por nuevos y frecuentes exámenes

Se me ha hecho más de una vez cargos diciéndome que yo predicaba el escepticismo la duda que conduce a la inacción. No. He dicho al contrario que hay que obrar siempre, pero obrar con cautela para no perjudicar nunca —*Primum non nocere*— y para *llenar las indicaciones*, aunque no se esté seguro del diagnóstico completo. El médico de buen juicio puede muy bien, aun en los casos dudosos, ser útil

al enfermo y evitar que sea cierto aquel aforismo del gran clínico español Letamendi: "*En otras artes, el que yerra, yerra; en medicina, el que yerra, mata.*" (10).

No. Hay que procurar que aun en el caso de errores no se perjudique el enfermo. Y la duda que yo predico no es, como ha dicho muy bien mi ilustre amigo. Sergent, predicándola él también, escepticismo ni incredulidad; es *prudencia*.

La desconfianza en sí mismo —Siempre que no llegue al extremo, inaceptable, por cierto, de paralizar al médico —es saludable. He dicho hace muchos años, y lo repito hoy: "*Nada hay más perjudicial a la mente del médico que la convicción de la propia suficiencia. El que se cree en posesión de la verdad definitiva, descansa en el error, tranquilo y seguro. El que desconfía de sí mismo, al contrario, busca empeñosamente nuevos elementos de juicio, y llega, a menudo, a rectificar una primera falta, a completar y perfeccionar el conocimiento.*" (11).

Por eso, hay que estar siempre en *acecho*, procurando en reiterados exámenes, descubrir indicios nuevos, signos nuevos. Sin despreciar aun los que parezcan *peaueños*. He mostrado muchas veces cómo un signo al que algunos no habían dado valor, cobraba importancia a los ojos de otro, más experimentado o más reflexivo; cómo, por ejemplo, en algunos casos una bradicardia con arritmia, una fotografía, un extrabismo, me habían permitido completar un diagnóstico —muy dudoso hasta entonces de meningitis tuberculosa; cómo, en otro caso, yo mismo no había

sospechado ese mismo diagnóstico por no haber dado importancia a la irritabilidad excesiva de una niña y a la exageración de reflejos patelares que me fue dado comprobar en algún momento.

Por ello hice fijar como un aforismo en mi vieja sala 9 del Hospital de Clínicas —y creo que mi ilustrado sucesor, el Profesor Merlo, la mantiene allí —la inscripción: "*No hay en medicina signos peaueños: Los más pequeños en apariencia pueden a veces decidir el juicio clínico.*" (12).

Usemos, repito una vez más, todos los métodos diagnósticos a nuestro alcance, aún me puedan nacer superfluos. Hace poco tiempo he visto una señorita, próxima a partir para Córdoba, por una supuesta tuberculosis pulmonar. Tenía tos intensa, *nnueluchoide*. temperatura subfebril, anorexia y adelgazamiento; el radiólogo decía que había ganglios en el hilio (lesos ganglios que tan complacientemente se encuentra casi siempre!) y una reacción de von Pirauet había sido positiva. Examinada por mí, y no encontrando signos pulmonares netos, pedí examen de esputos, que se había omitido por parecer innecesario. Varios exámenes fueron negativos y eso me confirmó en la sospecha de coqueluche (en la que no se había pensado porque la había padecido siendo muy niño, pero yo la he visto recidivar en muchas personas). El diagnóstico de coqueluche se confirmó, y hoy esta señorita está ya sana, *apirética* y hasta con algunos kilos más de peso, sin haber salido de Buenos Aires. Debo agregar que hasta

se encontró los niños parientes, afectados de coqueluche, de los que, probablemente, provenía el contagio. En ese caso, la omisión de un método de examen, fue la causa principal del error.

Otros he visto, adenoideos, febriculares, hasta inmovilizados por supuesta coxalgia, arrastrando a veces por **largos** meses, un diagnóstico de tuberculosis que habría sido rectificado con sólo reacciones tuberculínicas, que no habían sido practicadas, y fueron después reiteradamente negativas.

Con mucha razón, ha escrito Sergent: "Para nosotros, el diagnóstico no puede ser sino la interpretación racional de todos los medios y procedimientos de exploración de que dispone la clínica..., de todos y no de uno solo, pues no se sabe jamás cuál es el que proporcionará el dato más seguro y el más importante."

"a condición, agrega más adelante, de que la clínica se inspire del *espíritu de crítica*. . . y de que el médico se empeñe en profun-

dizar su *instrucción científica*. Si no, cuanto más medios de investigación estén a su mano, **más** expuesto estará a ver multiplicarse los errores que tiene su fuente en una experiencia insuficiente de las técnicas y en un conocimiento imperfecto de la significación de sus resultados (13).

No quisiera terminar esta plática, ya que estamos entre médicos experimentados, sin decir algo acerca del "*ojo clínico*" de ese ojo 'clínico de que tanto *se* habla y del que muchos médicos suelen vanagloriarse.

¿Existe realmente? Uno de los más grandes y celebrados clínicos italianos, Augusto Murri, ha escrito al respecto: "No deis crédito a quien es hable de ojo médico, de intuición, de adivinación: palabras, palabras. Nada de eso; *todo está en saber, en observar, en concluir*. La adivinación no es, a lo más, sino una inferencia justa de una observación rapidísima pero exacta." (loc. cit.).

Yo creo, por mi parte, que el "ojo clínico," existe pero en el sentido de la última frase de Murri. es decir, del juicio rápido, instantáneo, que es capaz de formar quien tiene una clara inteligencia y una experiencia grande, partiendo de una observación que para el común de los médicos no ha valido nada o casi nada. No hay duda de que hay espíritus dotados naturalmente de una perspicacia superior, de una especie de "intuición," que otros no tienen. Pero aun en ellos, el "ojo clínico" no se forma sino después de larga y paciente observación. Yo diría que es *el fruto de una buena experiencia en una mente educada y lúcida.*

Pero pienso también que no hay que confiarse en intuiciones ni dejarse arrastrar por las primeras impresiones. No son malas éstas con tal de que las tomemos sólo como hipótesis que es menester comprobar" o desechas, lealmente. mediante exámenes reiterados y prolijos.

Colegas amigos:

Perdonadme si he abusado del pedido que me hicisteis, de hablaros como a discípulos.

Yo creo que en todas las épocas de la vida conviene hacer de vez en cuando un alto en el camino para pensar, para recordar y para mirar hacia el futuro. A propósito de diagnóstico, me parece haber demostrado que no hay que desdeñar lo antiguo, lo tradicional, lo clásico, en aras de lo más moderno; que hay, además, no sólo que recibir sino que aun que acoger con júbilo, con gratitud, los adelantos portentosos que nos empujan cada día a una sabiduría **mayor**, a un cono-

miento más completo de la verdad.

Este deseo de no renegar del pasado, de hundir en él nuestras raíces mientras aspiramos a un porvenir mejor, es en mí, más que un anhelo, un modo de ser. Y no creo que se pueda reprochárme cuando uno de los espíritus modernos más independientes, menos sopechosos de misoneísmo, ha dicho a los jóvenes de París que lo rodeaban en manifestación jubilosa: "Habéis oído decir que la vida es breve. No sabéis cuan breve es. Por eso, para darle la debida proporción, hay que prolongarla en el pasado por el recuerdo, en el futuro por la esperanza." (1).

Creo que así hemos hecho hoy. Y que de este examen del pasado y del presente, podemos llegar a una fórmula que concilie el saber del "médico moderno" con la experiencia del "médico práctico" de que hablaba Cushing. Procuremos unir las técnicas modernas con el espíritu de síntesis de los viejos clínicos: "*Science d'abord, art ensuite, jugement toujours,*" como ha escrito Achard (15), o más simplemente, como ha dicho otro gran clínico. Murri: "*Análisis moderno, síntesis antigua.*"

BIBLIOGRAFÍA

(1) Aráoz Alfaro: La ciencia y el arte del diagnóstico. («Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina». 1922) y Tratado de Semiología y Clínica Pro-pedéutica, t. 1.

(2) Tuve e] placer de escuchar ha-ce poco una interés antísim a conferencia del Prof. Osear Orias, de Córdoba, sobre este asunto, y quedé ad-

mirado de lo que puede hacerse hoy. Pero tuve también la satisfacción de oír cómo este nuevo método había permitido confirmar algunas de las doctrinas que mi viejo maestro Pottain habla edificado en fuerza de la sola auscultación.

(3) En Francia, los médicos prácticos, sobre todo los rurales, protestan ya contra la multiplicación de esos «centros de diagnóstico», que, según ellos, les quitan la mayor parte de su modesta clientela. Pero no hay duda de que el interés del médico es secundario y que vamos teniendo cada día más a la «socialización» de la medicina.

(4) Alexis Carrel: *L'homme*, cet inconnu. París, 1936, págs. 37 y 38).

(5) Aráoz Alfaro: El espíritu crítico en el médico. («La Semana Médica», 1927, N° 50).

(6) Ramón y Cajal: Reglas y consejos sobre investigaciones científicas. Los técnicos de la voluntad. 5a. edición. Madrid, 1920.

(7) A. Murri: *Il Médico Paratico*. Bologna, 1912.

(8) A. Carrel: *L'homme* cet inconnu, págs. 52 y 53.

(9) Aráoz **A-Maró**: El plan y el método en el arte del diagnóstico. («Rev. de la Universidad de Buenos Aires», 1913).

(10) Letamendí: Curso de Clínica General. (Madrid, 1894).

(11) Aráoz Alfaro: El médico y sus deberes sociales. («Rev. de la Universidad de Buenos Aires», tomo XLIII, 1919).

(12) Aráoz Alfaro: Sobre los errores de diagnóstico. («Rev. del Círculo Méd. Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina», mayo de 1913).

(13) E. Sergent: Apologie de la Clinique. (París, 1933).

(14) Anatole Franck: Aux étudiants. Ed. E. Pelletan. París, 1910.

(15) Ch. Achard: Introduction a la Clinique. (J. B. Baillière Fils, París).

(*) Los médicos que celebran este año sus bodas de plata me pidieron, amablemente, que les diera una conferencia en el aula el 27 de septiembre ppdo., como cuando era su profesor. A pedido de ellos, y de otros colegas, he reconstruido, lo más fielmente posible, esa conversación. — *De la Semana Médica*.—

FIEBRE RECURRENTE TIFUS RECURRENTE

Desde en tiempo de Hipócrates se habla de ella. Por muchos años se le consideró exclusiva de Indochina, de Ouganda en el Este de África y del Congo.

Graigie y Henderson, autores ingleses la mencionan en 1843, poco después también Jenne y **Murchison**.

Obermeier en 1873. descubre el Spirilo que lleva su nombre.

Chirsty en 1903. la considera como una enfermedad propia de los indígenas llamándola **Tick-Pever**.

Ross en 1904 comprueba la presencia de un Spirochete en la sangre de personas que habían contraído esta enfermedad en Ouganda.

El Dr. Darling, médico de los Hospitales de Panamá la diagnóstica allí el año 1905 interesándose en su estudio, al mismo tiempo lo hacen en el Congo Belga Dutton y Todd, quienes la clasifican como FIEBRE RECURRENTE, confirman la existencia de un Spirochete, que encuentran en una *Arga Iornitodoris*) y siguen observando su evolución en el cuerpo de un *Acarus*. Los estudios de estos sabios fueron confirmados posteriormente por Koch y Well en Angola, también por Darlin en Panamá, quien además observa la presencia de un vector en las ratas.

Comprobada la enfermedad FIEBRE RECURRENTE, sus vectores *Acaros*, *Ornitodoris*; su agente patógeno un Spirilo, se le tiene en general entre las fiebres benignas, inoculable, epidé-

mica, de aparición brusca con alta temperatura, precedida de frío intenso, fuerte cefalalgia, embarazo gástrico, lengua saburrosa, vómitos con marca de cuadro bilioso, tres o cuatro días de fiebre continua, haciendo crisis con copiosos sudores y brusco descenso de temperatura. Después de algunos días de ausencia de fiebre, cuatro a diez, suelen presentarse otros accesos hasta siete, cada vez más benignos. Es en general enfermedad de personas sucias y mal nutridas, pero también pueden contraerla aquellas que observan mejor vida.

Aunque los casos graves son muy raros, si los hay, hasta mortales, en los que se ha presentado síncope cardíaco, anemia, hemorragia, manifestaciones meníngeas, con infección de los centros nerviosos. Se ha comprobado la presencia del Spirilo en el líquido cefalo-raquídeo. Hay reconocida también, una ictericia Spiroquética grave; en epidemias de tifus exantemático han tenido como aliado al tifus recurrente.

El Spirilo de la fiebre recurrente mide diez mieras de largo o menos como el europeo (Spirilo recurrente), que en cambio es más grueso, ambas especies se presentan a menudo unidas por sus extremidades, notando entonces una marcada diferencia de tamaño. Cada ejemplar lleva dos a tres vueltas de espiral, pero como éstas en el más grande están repartidas en mayor longitud, en el pequeño se en-

cuentran más cerradas; los observadores consideran este carácter especial, como signo importante de valor diferencial. Siendo los caracteres morfológicos de las especies de poca estabilidad, tratan de encontrar en su biología una diferenciación más marcada.

Está probado que el Spirilo de Obermeier no infecta al ratón con paso directo de sangre humana, sino usando al menos como intermediario; mientras que el Spirilo Duttony (del África Tropical), sí infecta directamente al ratón. La mayoría de los observadores consideran insuficiente tal prueba. Otros dan importancia a la individualidad de la especie el hecho de que los animales refractarios a una son infectados por la otra.

En la discusión sobre diferenciación de raza de Spirilos, hay quienes tengan a la Europea representada por el Spirilo de Obermeier; la Americana representada por el Spirilo Novy; la India por el de Cartery, todos como de un mismo grupo; y el otro representado por el Spirilo Duttony de África. Schilling cree que puede haber Spirilosos de climas

cálidos y templados y hasta hay quienes los clasifiquen por latitudes.

Koch y Cárter han encontrado Spirilos hasta en los huevos del *Ornitodorus Moubata*. Leishman ha visto en las mismas especies de Acaros el Spirilo Duttony, localizado en los tubos de Maiphighi, que a una temperatura de 30 grados, sufren una transformación granulosa, antes de llegar al estado de Spirilos.

Los que han vivido en temperatura adecuada, al picar dejan escapar por regurgitación, una parte del contenido de su intestino, bajo forma de un líquido blanquecino, que contiene Spirilos.

Aun está en estudio la Spirilosis con sus variadas especies y portadores de ellas, pues además de los *Ornitodorus*, tenemos a las piojos y sus variedades, pulgas Y PUDIERA SUCEDER QUE TAMBIÉN LAS GARRAPATAS.

Considerable mayoría de observadores, reconocen los siguientes grupos:

1. Fiebre recurrente del Spirilo de Obermeier-Virus Ruso.
2. Fiebre recurrente America-

El Dr. Jenaro Muñoz Hernández ha muerto

A la avanzada edad de 80 años falleció el 12 de febrero en La Policlínica el Dr. Muñoz Hernández, personalidad bien conocida en Honduras desde su mocedad por su carácter afable y humilde, por su inteligencia privilegiada, por sus condiciones de médico *exze-*lente y primer cirujano de su época, discípulo del famoso Dr. colombiano Emilio Alvarez en la Facultad de Medicina de El **Salvador** y compañero de nuestro Maestro el Dr. Tomás G. Palomo.

Un inmenso Ántrax del dorso que minó su corazón lo condujo a la tumba en 22 días.

Ocupó el Dr. Muñoz Hernández las primeras **posiciones** médicas del país: Director y Cirujano del Hospital General por mucho tiempo, Decano y Profesor en la Escuela de Medicina, Diputado por su Departamento, (Gracias), al Congreso Nacional, estuvo siempre en su puesto cuando el deber lo llamó, epidemias, catástrofes, hospitales de sangra, etc.

En Tegucigalpa fue siempre muy apreciado y ejerció la profesión con verdadero amor. 40 años se le vio atender a cuantos requerían sus servicios hasta que la edad avanzada y los achaques consiguientes lo hicieron buscar un sitio donde trabajar menos y velar más por su salud.

Tanto en los círculos sociales como profesionales deja el Dr. Muñoz Hernández un hondo vacío, por lo que nosotros rendimos hoy, en nombre del gremio médico, un homenaje' de simpatía y profundo dolor por su muerte.

S. P. P.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>na. Virus New York (Novy-Knap).</p> <p>3. Fiebre recurrente de India, Spirilo Cartery.</p> <p>4. Fiebre recurrente de Algeria. (Sergent-Faley).</p> <p>5. Fiebre recurrente de Tonkin. (Mathis-Leger).</p> <p>esos: durante el día pasan aletar-</p> <p><i>ORNITODORUS MOUBATA, TURICATA, VENEZUELENSIS, HERMIS, TALAJE</i></p> <p>Todos estos Acaros viven con nosotros en deleitosa compañía,</p> | <p>sin eme les demos ninguna importancia, siendo en verdad huéspedes muy dañinos.</p> <p>Las cuatro primeras especies son menos conocidas, viven en las rendijas de las paredes de las CPSBS de bahareque sin repello, en los rincones oscuros y polvo</p> <p>gados, tornándose activos en la noche, son demasiado susplicaces en el ataque a sus víctimas,</p> <p>quienes no se dan cuenta por lo general, sino hasta al siguiente día, notándose inflamación y</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

gran prurito en el lugar del piquetaso. no es raro encontrar abscesos purulentos muy molestos, sobre todo cuando están localizados en los grandes labios de la vulva en las mujeres o escroto en los hombres. Resisten largos periodos sin ninguna alimentación; tuve una pareja en observación, que resistió nueve meses sin alimento; destruirlos es tarea muy **difícil**. Durante su vida se efectúan varias mudas, sin poder asegurar cuántas, al hacer la muda, se abren ampliamente desde el tercio anterior, por ambos costados y al salir con su nueva vestidura son de color achocolatado, con sus ocho patas, cada una de cinco artejos y un par de uñas finas y firmes en la terminación de cada pata; el cuerpo es ovalado hacia atrás, triangular hacia adelante, en donde se nota un ángulo saliente, el borde del cuerpo es granuloso, la cara superior presenta cordones en relieve con las mismas granulaciones y lo mismo la inferior; en el ángulo saliente delantero se percibe un microscópico botoncito, que oculta el aparato bucal retráctil, siguiendo la misma línea hacia atrás, en el centro del cuerpo, en medio de las patas que están a ambos lados, hay otro botón más visible, en donde están los órganos de la reproducción y el ano.

El Acaro presenta en un conjunto una piel dura muy resistente, que le permite soportar los más fuertes estrujones sin que sufra el menor daño, el cuerpo es apachado cuando está vacío, ligeramente abultado cuando ha ingerido sangre.

ORNITODORUS TALAJE

Es de sobra conocido por nosotros, gran propagador de fiebre recurrente, generalmente se la confunde con las palúdicas, la quinina no tiene ninguna acción terapéutica.

Es tiempo en que deberíamos pensar en nuestras enfermedades hondureñas, poniendo así la primera piedra sobre Patología y Terapéutica propias.

Han tomado interés en el estudio de esta enfermedad en Panamá, Hospitales de aquella zona, el Dr. Darling, quien observó 31 enfermos de 1904 a 1909; el Dr. Conor 17, hasta 1917 y de 1918 a 1930, sesenta y siete. El total de casos en aquella región entre 1905 y 1930 suman ciento diez y **siete**.

El Dr. Pámpana también la ha estudiado en Colombia, provincia de Choco, en donde es muy frecuente. Muchos de los pacientes tratados en Panamá, han contraído la enfermedad en Colombia, entre soldados que han via-

REVISTA QUIRÚRGICA

Tratamiento Novocainico de las cicatrices dolorosas

A. Pozzan de Padua en *Archivio Italiano di Chirurgia* refiere los magníficos resultados obtenidos en ocho casos por inyecciones de novocaína en pleno tejido cicatricial doloroso. Se refiere también a las investigaciones fisis-patológicas realizadas con el fin de aclarar el modo de acción del tratamiento preconizado por el Profesor Leriche. Hace algún tiempo nosotros nos ocupamos en esta misma sección de las inyecciones articulares de novocaína en el tratamiento de las entorsis recientes con resultados notables por indicación del mismo profesor.

Tratamiento de pseudo-artrosis por medio de injertos óseos fijados por tornillos metálicos

J. A. Key, de San Luis, en *Surgery* expone el tratamiento operatorio en las pseudo-artrosis. Consiste en avivar los cabos y unirlos por medio de un injerto de tibia fijado por varios torni-

llos de Shermann. Entre los fragmentos rociar copos óseos. Los tornillos serán quitados si molestan.

El autor refiere haber obtenido excelentes resultados con su método.

Ciática causada por lesiones del disco intervertebral, al nivel de la columna lumbar produciendo una compresión de la cola de caballo. Reporte de 40 casos.

Joseph S. Barr de Boston en *The Journal and Bone Surgery* refiere haber operado 53 casos por ruptura del -disco intervertebral de los que 40 correspondían a la columna lumbar. El más afectado es el disco que separa la 4 de la 5 lumbar 65 % de casos. Encuentra 35 hombres y 5 mujeres. Se presentan en adultos próximos a los 40. El diagnóstico es muy difícil; los pacientes se quejan de dolor en el dorso: generalmente se les califica de ciáticas: dolor en la parte baja del dorso irradiando al muslo y la pierna, contractura muscular, limitación de movimientos, dolor a la elongación, puntos dolorosos.

jado por aquellos campos, cazadores, exploradores o caminantes a quienes les ha tocado pernoctar en pequeños pueblos, aldeas o haciendas, en donde abundan como entre nosotros tales Acaros.

Están ya reconocidos varios animales intermediarios en la infección Spirilar, siendo unos más susceptibles que otros, se-

gún el Spirilo, pues el de Obermeier, pasa al hombre y otros animales con la mediación del mono y el Duttoni de *Ornithodoros Moibata* y otros infectan directamente al ratón blan-

En Colombia, Panamá y Venezuela han encontrado Spirilos Tropicales en la sangre de varios animales selváticos como za-

En más de 20 enfermos se observaron deformaciones **lumbares**, cifosis o rectitud anormal. Se vieron parálisis jimitadas, calambres, alteración de esfínteres. La punción lumbar mostraba hiperalbuminosis en 35 de 40 casos traduciendo compresión. La radiografía enseñó modificaciones del disco, hipertrofia o adelgazamiento. El lipiodol más claras aún las lesiones meniscales en 36 sobre 40 casos. La intervención consiste en abordar el nódulo por laminectomía y extirparlo por pedazos. Generalmente estas lesiones son de origen traumático.

De 40 enfermos vistos mucho tiempo después había completamente curados 29.

Tratamiento de las complicaciones pulmonares post-operatorias por la Autohemo-transfusión

. Philipowicz de Cernauti, Rumania, alaba las excelencias del método en Zentralblatt für Chirurgie, consistente en **inyecciones** en la nalga de 10 a 20 c.c. de sangre tomada en las venas del pliegue del brazo, ensayadas por más de 10 años en un millar de casos. Las recomienda también como profilácticas en los bronquíticos. Indicaciones: congestiones, bronquitis, bronconeumonías, neumonías post-operatorias; se exceptúa el infartus típico.

Las inyecciones pueden ser repetidas cuanto sea necesario.

rigüellas, ardillas y otros roedores, armadillos, monos, ratones blancos, ratas comunes, perros y hasta ganado vacuno y caballar.

Isidoro MEJIA h.

Tegucigalpa, Agosto de 1938.

En "El Universal", diario mexicano del viernes 13 de diciembre de 1938, dice así:

Investigaciones de I Dr. Brumpt sobre garrapatas mexicanas

Se nos informa que el eminente parasitólogo francés Emilio Brumpt ha proseguido en el Instituto de París sus investigaciones sobre los parásitos que llevó de México y acaba de informar al Jefe del Departamento de

Salubridad Pública que en lote de dieciocho garrapatas que recogió en las ciudades de Aguas Calientes e Irapoato encontró en cinco de éstos parásitos, - **espiroquetas** de fiebre recurrente de la variedad mexicana.

Inmediatamente el Dr. Brumpt ha hecho experimentos en esta clase de elementos y los resultados de tan importante investigación, los dará a conocer oportunamente al Departamento de Salubridad.

A su vez el jefe de esta Dependencia, en su reciente viaje a Irapoato, dio a conocer este informe al personal médico que allí opera, haciéndole la recomendación de que continúen los trabajos del Dr. Brumpt, encontrando el tratamiento de las fiebres recurrentes.

Profilaxia quirúrgica y tratamiento médico de ciertas secuelas de colecistectomía debidas a la angiocolitis y al espasmo del esfínter de Oddi

I. Jacobovichi e I. Pavel, de **Bucarest** en Archives de Maladies de l'appareil digestif et des Maladies de la Nutrition se refieren a estas secuelas debidas a operaciones tardías que presentaban ya fenómenos de angiocolitis.

Recomiendan durante la intervención la dilatación forzada del esfínter de Oddi por medio de sondas o pinzas o por drenaje perdido a la manera de Duval. Medicamento por tubaje duodenal y el uso de **antiespasmódicos**.

Tratamiento del Tétanos por inyecciones intra-venosas de alcohol asociadas a la sueroterapia masiva. 10 casos curados

E. Merle, **Francote** y Joiwe en Bulletins et Memoires de la Societé Médicale des Hopitaux de París refiriéndose a esta terapéutica dan sus razones: con el alcohol y el éter **Marie** y Tiffenau desprendían la toxina tetánica **del** sistema nervioso; la inyección intravenosa de 40 c. c. de alcohol al tercio ejercerá sobre los centros nerviosos una acción de masa superior a la del cloroformo absorbido por inhalación; la cloroformización es peligrosa en los tetánicos por producir síncope en ocasión de las contracturas y por las hepato-nefritis y trastornos humorales de los mismos 10 casos curaron con inyecciones de 10 a 40 c. c. por día y aeroterapia intensa subcutánea e intramuscular.

Tratamiento de la osteomielitis aguda por el método B. L. P.

James H. Saint de **Newcaatle**, en The Lancet, aconseja una pasta compuesta de 25 % de Subnitrito de Bismuto, 50 % de Yodoformo y 25 % de Parafina con la que rellena el espacio curetado de la cavidad ósea. De 21 enfermos tratados 2 murieron, 1 hizo una fractura patológica, 1 una artritis de vecindad que requirió amputación. El autor piensa que ese tratamiento acorta el tiempo de curación y evita la formación de **sequestros**. Pueden producirse fenómenos de intolerancia del yodo contra los que debe estarse prevenido.

Tratamiento de quemadas por el ácido tánico y nitrato de plata

A. G. Bettman, de Portland, Oregón, en Journal of the American Medical Association modifica la técnica del tanaje agregando nitrato de plata para la más rápida formación de la costra: después de limpiar y desengrasar la piel y la herida se aplica con un tapón una solución de ácido tánico al 5 %; tan luego como los tejidos empiezan a secarse al tomar un tinte grisáceo se hace un toque con tapones imbibidos de una solución de nitrato de plata al 10 %. La superficie quemada se vuelve instantáneamente negra.

Las ventajas del método, son: en vez de largo tiempo para secar el tanaje simple se obtiene en pocos momentos por la adición de nitrato; simplificación de los cuidados; deteniemento inmediato de causa de choc: disminución del riesgo de macera-

ción de los tejidos y de infección cutánea. Afirma el autor haber obtenido excelentes resultados.

Infiltración del simpático lumbar en el tratamiento inmediato de las flebitis post-operatorias

Aufrere y Mathieu en Lyon Medical refieren 4 observaciones tomadas en el servicio de M. Werthiemer en que aplicaron el método del profesor Leriche de infiltración del simpático lumbar como tratamiento de flebitis post-operatorias, notando un efecto sedativo de los fenómenos dolorosos y una acción favorable verdadera sobre evolución de la enfermedad. Experimentamente dicha anestesia produce una vaso-dilatación activa. En las flebitis el edema y el dolor vienen del espasmo venoso producido por la obliteración. Semejante acción produce sobre las arterias.

La infiltración anestésica de la cadena lumbar produce sedación del dolor, rápida y clara, retrocesión del edema, tiempo de evolución de la flebitis acortado, secuelas atenuadas. Como objecio-

nes al método: inutilidad y riesgo de embolia secundaria a la vaso-dilatación no comprobadas aún en la clínica: sin embargo la movilización no será autorizada sino cuando todos los signos de flebitis hayan desaparecido.

A propósito del Neumotorax extra-pleural. Apicolisis por baloncitos de caucho inflados de aire

Robert Monod en Memoires de la Academie de Chirurgie refiere que ha usado pequeños balones de caucho, redondos o alargados provistos de un tubo de 20 cm. que sale de la herida operatoria por un trayecto subcutáneo por el que se ajusta un robinete para hacer insuflaciones; si el balón es mal tolerado fácilmente se retira. De 3 observaciones se encuentra un éxito después de 3 años donde el baloncito estuvo 2 meses; un enfermo en tratamiento con expectoración casi detenida; un caso en que el balón sólo fue tolerado 11 días.

Tratamiento de la Colecistitis aguda

C. A. Cunath de Iowa en *Surgery, Gynecology and Obstetrics* reporta el análisis de 90 casos de colecistitis aguda tratados 41 por operación inmediata y 49 por método conservador. Al punto de vista mortalidad y morbilidad los mejores resultados fueron obtenidos en los casos donde los síntomas permitieron el método conservador y la operación en frío pero en 32 % no fue posible enfriar y hubo necesidad de operar en fase avanzada de la infección presentando una mortalidad y morbilidad superiores a los que fueron operados inmediatamente de establecido el diagnóstico. Existe una verdadera dificultad para establecer cuáles casos pueden enfriarse y cuáles no. La gangrena y perforación de la vesícula se presentaron en un 22 %.

En 40 % los cultivos fueron estériles: 39 % en los operados precozmente y 57 % en los tardíamente.

El 92 % existían cálculos, de los que 7 en el colédoco.

La mortalidad fue de 5.6 %: 12 % en los operados en caliente y 0 % en los enfriados.

Se aplicó colecistectomía en 52 casos. Dio curación inmediata en 80 % pero sólo el 40 % de curación durable.

El autor concluye que el tratamiento de colecistitis aguda es muy complejo y debe verificarse según cada caso en particular.

Signo de Cuiten en la Pancreatitis aguda

L. S. Fallis de Detroit en *Annals of Surgery* aporta 3 casos más a los 7 publicados donde se encontró la coloración amarillenta periaomblical o signo descrito por Cullen en las rupturas de embarazo ectópico. Este signo lo explica el autor por la transparencia de un ombligo delgado o por penetración a través de los linfáticos sea por deslizamiento a lo largo de los espacios subperitoneales desde el páncreas, órgano extra-peritoneal, hasta el ombligo.

En 35 casos de pancreatitis aguda se hizo el diagnóstico 5 veces de las que 3 por el signo de Cullen.

Tratamiento quirúrgico de la esterilidad masculina

F. R. Hagner de Washington en *Journal of the American Medical Association* publica el resultado obtenido en 65 enfermos operados por esterilidad: nullos 30. Resultado muy reciente 1; enfermos perdidos de vista 2. Casos favorables 33. Curación de esterilidad 21; tuvieron hijos 16 operados.

La intervención consiste en hacer una anastomosis iatero-lateral epididimo deferencia! cuando la biopsia epidimaria muestra espermatozoides en la cabeza del epididimo. Deben emplearse hilos de plata que dan menos reacción esclerosa que los de catgut o seda.

S. PAREDES P.

El Ulirón en el Tratamiento de la Gonorrea

W. y K. GENERICH, Kiel.

(Dermat. Wschr., 1938, NP 20,
página 541).

58 hombres (3 veces absceso de la próstata, 2 veces epididimitis, cowperitis, etc.), y 6 mujeres con gonorrea, algunos casos con complicaciones graves, fueron tratados por los autores con el Ulirón. Como método preparatorio se puede hacer uso de soluciones débiles (p. ej. Albargina al V₂ a 1 por 1000, compuestos de plata y tanino, etc.) No la plata, sino el empleo indebido de la plata dificulta la curación, pues la errónea remanencia de 10 minutos o el llenado excesivo de la uretra favorece la formación de infiltraciones, que tanto se opone a la curación por el Ulirón. Solamente se permite una remanencia insinuante (3, 5, etc. minutos). Después de un tratamiento local de 2 a 3 semanas,

se empieza la cura de Ulirón con 3 a 4 g. por 3 días. Para aumentar la tolerancia se da primero vitamina C desxtrosa. En ciertos casos, 8 días después se realizó un segundo golpe de Ulirón, en un caso bajo no interrumpido tratamiento local; en éste, como de costumbre, se prosiguió el tratamiento local 8 días *más* después de la cura de Ulirón. En el 89% de los "casos proporcionó la curación el primer golpe de Ulirón. En las recaídas hubo que contar con infiltraciones. Desde el segundo golpe, se hizo uso también de la vacuna antigonocócica. La tabla siguiente demuestra el resultado de la terapéutica por el Ulirón-(Ag):

CURACIÓN

Después de un golpe muy raras veces 40}. de Ulirón (20 tabl.,	Después de 2 golpes de Ulirón (varias veces con vacuna antigonocócica).	Después de 3 golpes de Ulirón (siempre con vacuna antigonocócica).
---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

56

Los 64 casos curados, de modo que el éxito se elevó a 100%.

El Ulirón determinó disturbios 2 o 3 veces. En un caso se trató de un exantema **urticaria!**; en otro —en que el paciente había tomado 77,5 g; en 22 días —de una fuerte hemorragia intestinal

que fue combatida por vitamina C -1 - dextrosa. En un tercer enfermo, se observó cierto cansancio que pudo ser atribuido a una dosis total demasiado alta de Ulirón. Muy notable fue el efecto en los enfermos que llevaban ya meses enfermos, pade-

Estado actual del Estudio de la Sulfanilamida

Por el Dr. MARIO PORRO VÁRELA

La Para-Amino-Benzol-Sulfonamida fue obtenida por primera vez, por el Químico Gelmo que se dedicaba a la obtención de sustancias colorantes, haciendo la primera comunicación en el año 1908, pero sin investigar sus propiedades Terapéuticas. En 1919, Heideberg y Jacobs, del Instituto Rockefeller probaron en sus investigaciones que la Sulfona Azoica posee propiedades específicas sobre las bacterias y especialmente sobre los Estreptococos Hemolíticos. Domegk en Alemania hizo experiencias en animales de Laboratorio a los que infectó con Estreptococos Hemolíticos virulentos obtenidos en grandes éxitos- y titulando comercialmente el producto con el nombre de Prontosil.

En el año 1936 dos médicos ingleses, Colebrook y Kenny hicieron sus experimentos en 38 pacientes Púerperas infectadas en las eme aislaron por cultivo el Estreptococo y lograron 35 curaciones y solamente 3 casos de muerte.

La demostración de que el pro-

ducto no actúa por su acción colorante se debe a Trefouel y Nití, que demostraron con buen número de casos tratados que el no colorante era muy superior al colorante Prontosil, que —para actuar necesitaba desdoblarse en el Organismo actuando solamente de manera específica la porción no colorante y la llamaron desde entonces: Sulfanilamida.

Marshall y Colebrook demostraron en sus investigaciones que la Sulfanilamida administrada por las vías Oral o Parenteral, se absorbe rápidamente y se disemina uniformemente por los tejidos y líquidos del cuerpo, excretándose por los riñones, la mayor parte sin perder su verdadera constitución Química. Asimismo demostraron que se obtenía una cifra en la sangre de manera constante siempre que se administrara a dosis suficientes y repetidas.

H. A. Reimann, en su trabajo sobre Sulfanilamida publicado en la Revista Arch. Int. Med. 60. 337, 1937 dice que el efecto sobre el organismo infectado de-

ciendo constantemente recaídas. Al comparar el efecto de la plata con el de la irrigación de lanet, los autores dan preferencia a la plata. En oposición de 3CHREUS, sólo en casos muy excepcionales se hará uso de las irrigaciones (Ag-tanino) de una manera muy suave; en la tercera semana, se aplica cada 2 a 3

días la vacuna antigonocócica, siguiendo por último el primer golpe de Ulirón. En caso de recaída, se practica por 3 semanas una cura enérgica de Albargina (o de Ag-tanino), pasando rápidamente de 0,25% a 1% de Albargina. Después, a la cuarta semana, se hace uso de la vacuna antigonocócica y de Ulirón.

be ser atribuido a una de estas tres posibilidades:

- 1.—Acción específica de estímulo sobre el Sistema-Endotelial.
- 2.—Acción de inhibición sobre la formación de toxinas bacterianas.
- 3.—Alteraciones en la cápsula de los gérmenes actuantes.

Pero las investigaciones practicadas posteriormente en los Laboratorios de Investigaciones de las Universidades de Pensilvania y Harvard por los doctores Ohamps Lyons y Lockwood echan por tierra una gran parte de las Teorías de Reimann y tratan de demostrar la acción específicamente bactericida de la Sulfanilamida. Para sus experimentos utilizan tubos conteniendo sangre fresca recientemente obtenida y desfibrinada a la que añadieron diez centigramos de Sulfanilamida por cada cien centímetros cúbicos de sangre y tubos testigos sin Sulfanilamida. En ambos se sembraron Estreptococos Hemolíticos virulentos y los tubos fueron colocados en incubadoras a la temperatura necesaria. En los tubos contenedores de Estreptococos y Sulfanilamida observaron muerte

de los gérmenes en un lapso de tiempo que fluctuaba entre cuatro y veinte horas y en los tubos testigos multiplicación de los Estreptococos y acción Hemolítica.

Estos investigadores en su experimento antes citado demuestran claramente que la acción de la Sulfanilamida no se produce por estímulo específico sobre el Sistema Retículo-Endotelial, dado que el experimento fuera del Organismo lo demuestra así, pero no niegan la actuación y aumento de los fagocitos de manera secundaria y producida por la gradual disminución de la virulencia de los Estreptococos hasta llegar a su total destrucción por la Droga.

Blis y Long hacen suya la segunda teoría de Reimann diciendo que la acción de la Droga, eminentemente Bactericida y Bacteriostática llevan los Estreptococos a tal grado de disminución de virulencia que los inhiben en la producción de toxinas y Osgood y Browlee han observado en sus experiencias que los Estreptococos que crecen en un medio de Sulfanilamida producen mucho menos de la cantidad normal de Hemolisinas declarando que la Droga inhibe la acción toxigénica de los Estreptococos He-

gando a convertirse en medio contenido de Sulfanilamida en Saprofitos indiferentes. Otros investigadores no encuentran suficientes las pruebas y teorías aducidas para justificar la acción de la Droga sobre los Estreptococos.

La hipótesis de que la acción de la Sulfanilamida es debida a su actuación sobre la cápsula de los Estreptococos, deformándola, es sostenida por Levaditi y Vaisman en su trabajo publicado en la revista de 'la Sociedad de-Biología. 119,946,1937. Ellos dicen haber encontrado Estreptococos con la cápsula deformada en cavidades Peritoneales infectadas y tratadas por la Sulfanilamida, obteniendo también idénticos resultados en gérmenes de medios de cultivo con Sulfanilamida. Observaron también que los gérmenes de cavidades Peritoneales tratadas con sulfanilamida fueron más rápidamente fagocitados que los testigos que no contenían tñicha Droga lo que demuestra la acción de disminución de virulencia de los gérmenes ya que es conocido de todos que el Estreptococo >Hemolítico virulento es encapsulado y extremadamente resistente a los fagocitos mientras que variedades de atenuada virulencia y capsulados también son menos resistentes a la acción fagocitaria.

Los investigadores de Harward y Pensilvania hacen también suya la teoría de las alteraciones en las cápsulas de los Estreptococos Hemolíticos demostrando en sus experimentos en sangre humana que efectivamente se producen alteraciones Físico-Químicas en las estructuras de los gérmenes que están en un

medio adecuado de Sulfanilamida y para destruir los trabajos practicados por otros, demuestran que no es posible llegar a conclusiones practicando las experiencias en animales de Laboratorio, puesto que han observado que existen variedades de Estreptococos Hemolíticos, como ocurre con la variedad "F," que no tiene apenas virulencia para el Curriel y sin embargo es en grado sumo para la especie humana.

Bliss, Long y Feinstone, publican en The Southern Medical Journal de Marzo de 1933, un artículo que demuestra el interés de los investigadores respecto de la Sulfanilamida no solamente desde el punto de vista Clínico-Teraoéutico sino también Bacteriológico en el estudio de los Estreptococos Hemolíticos que hasta no hace mucho sólo conocíamos dos variedades: Hemolítico y Viridans. clasificándoles DGR la zona de coloración que producían en los cultivos en Agar. Las nuevas clasificaciones han sido basadas en las actividades de dichos gérmenes, cuya actuación ha sido cuidadosamente estudiada encontrando diferencias más precisas y aislando tres variedades principales: Alfa, Beta y Gamma.

Los de la variedad Alfa, incluyen la mayor parte de los que se conocían como Viridans, y son los que se observan con más frecuencia, formando un grupo que comprende una variedad inmensa de razas y frecuentemente se encuentra en la Boca, en las Heces, así como en la garganta y se encuentran presentes en la mayor parte de las infecciones de los Senos Para-Nasales y del

oído, siendo los que con mayor frecuencia han sido aislados en cultivos, de pacientes sufriendo de Endo-Carditis Bacteriana. En la variedad Alfa, es precisamente en la que el producto Sulfanilamida, sufre los mayores fracasos pero no es posible todavía sentar conclusiones definitivas porque los investigadores han tropezado con el inconveniente de que el Estreptococo Alfa es precisamente casi nada patógeno para los animales de Laboratorio y han sido pocas las experiencias obtenidas en la Especie Humana. Dos pacientes de Jhon Hopkins Hospital que padecían alteraciones de los tejidos suaves de vida a Estreptococos Alfa mejoraron notablemente cuando fueron tratados con Sufanilamida.

Los Estreptococos Beta, corresponden a la variedad: Hemolíticos y son los que cultivados en Agar prodicen a su alrededor zonas de Hemolisis. Esta variedad es la causal directa de la mayor parte de las infecciones en la Especie Humana. Se encuentran en un 15% de los cultivos de secreciones de la Garganta en individuos normales, pero en pocas cantidades, se les encuentra también en las Heces

y en el conducto genital, pero en éste último en forma de saprofitos. Según la clasificación de Lancefielf se ha diferenciado nueve grupos "de Estreptococos Beta, Hemclíticos, y que han sido bautizados con las siguientes letras del alfabeto: A, B, C, D, E, F, G, H, y K. De todos el más importante es el A, que es potencialmente Patógeno para el Hombre y han sido subdivididos por Griffith en 30 razas Serológicas usando las reacciones de Aglutinación.

Los grupos G, H y K no han sido encontrados todavía en la Especie Humana. Los del grupo B, han sido encontrados pocas veces en el hombre correspondiendo a las infecciones de las Glándulas Mamarias del ganado Bovino. El grupo C, contiene las variedades de Estreptococos Patógenos para los animales de Laboratorio. El grupo G, fue aislado del Queso y se le ha encontrado a manera de Saprofito en Vaginas Humanas. . El grupo E, ha sido aislado de la Leche y las condencientes al grupo F, que constituye con gran frecuencia el germen infectante de las infecciones purulentas de las Vías respiratorias.

C

Los miembros de los grupos G, H y K no se han demostrado hasta el presente que sean Patógenos para el hombre.

En las infecciones de la especie Humana pueden ser considerados cinco grupos Serológicos; A, B, C, D y F, siendo casi siempre las infecciones graves producidas por los del grupo A y las menos virulentas a los demás.

La acción terapéutica de la Sulfanilamida; los correspondientes a las grupos D y F no sufrieron alteración alguna con dicha droga. Los mejores resultados en el tratamiento fueron obtenidos en infecciones correspondientes a gérmenes del grupo A.

El tercero de los grandes grupos, los de la variedad Gamma se han podido aislar de las Vías Respiratorias y Urinarias, considerándose solamente como muy ligeramente Patógenos. Respecto de los gérmenes correspondientes a esta variedad se sabe muy poco y tampoco se conoce ciertamente el efecto de la Sulfanilamida sobre ellos.

La especialidad de la Sulfanilamida para el Estreptococo, es problema que hace sentirse Optimistas a todos y los investigadores siguen haciendo experiencias de Laboratorio y Clínicas en relación con otros gérmenes, existiendo comunicaciones de éxitos obtenidos: en el St. Bartholomeu Hospital, el Dr. George Discombe hace referencias a los casos tratados por Infecciones a Gonococos y refiere éxitos y trastornos tóxicos ocasionados por la Droga. John E. Dees y J. A. C. Carlton del John Hopkins Hospital reportan casos de Hemorragia atendidos por ellos y trata-

dos con Sulfanilamida y en los que obtuvieron excelentes resultados por la rapidez de la curación. Cada paciente recibió dosis diaria de 4.8 gm. en cuatro dosis, 3.6 gm. por espacio de tres días y 2.4 gm. por espacio de ocho días. No utilizaron ningún otro tratamiento mientras tanto.

F. A. Reuter de Washington, D. C. en la Revista *Annals District of Columbia*, reporta sus experiencias en 100 casos tratados de Hemorragia en la mujer, por la Sulfanilamida, con 87% de éxitos en el tratamiento.

-En el *Journal de la American Medical Ass.* 109,254.,1937; Bohman reporta tres casos de Gangrena Gaseosa en los que tuvo éxito con el tratamiento con Sulfanilamida. En uno solo de los casos pudo aislar el *Clostridium Welchii* pero por los signos clínicos se supuso su existencia en los otros dos. Robb y Spalding en su trabajo publicado en la Revista "*Journal*" de Laboratorio y Clínica Médica" del mes de Marzo de 1938, publican sus experiencias de la acción de la Sulfanilamida en gérmenes Anaerobios sin que en sus trabajos pudiera haber obtenido los supuestos éxitos de Bohman.

Estos investigadores seleccionaron gérmenes de casos de Gangrena Gaseosa tales como: *Cl. Welchii*, *Cl. Novyi*, *C. Septicum*, *Cl. Lentoputrescens*, *Bifermittans*, *Cl. Histoliticum*, *Cl. Tetani* y *Botulinum* tipo A, los cuales fueron cultivados en Agar 24 horas antes del comienzo de la prueba. Dichos gérmenes virulentos y esporulantes fueron colocados en tubos con sangre desfibrinada y con Sulfanilamida obteniendo los siguientes resul-

tados: Obtuvieron acción Bacteriostática sobre: Clostridium Tetani, Clostridium Lentroputrescens, Clostridium Novyi, Clostridium Septicum y Clostridium Histoliticum. En los demás sujetos sometidos a la experiencia no pudieron demostrar acción ninguna de la Sulfanilamida sobre de ellos.

Algunos investigadores han reportado en la Literatura Médica casos de Paludismo tratados con bastante éxito, así como otros en diferentes tipos de infecciones. Perris y Long del Departamento de Medicina del Hospital John Hopkins publican en la Revista Annals of Surgery, 808, Nov. 1938, un trabajo titulado "Toxic Manifestations of Sulfanilamida" en el que describen sus observaciones sobre 335 casos en los que se presentaron manifestaciones tóxicas producidas por la Droga y nos trazan para el diagnóstico y tratamientos:

1.—*Trastornos Cerebrales.* — Constituyen la secuela más amenuada encontrada y se manifiesta por escalofríos, Cefalalgias intensas, trastornos mentales productores de inhibición de las ideas, anorexia, náuseas y vómitos. Estas secuelas se han presentado más frecuentemente en casos ambulatorios y posiblemente el alcohol en algunos casos ha completado el estado tóxico. En este tipo de intoxicación la interrupción de la administración de la Droga ha realizado la supresión del estado tóxico.

2.—*Cianosis.*—Se encuentra en grados variados en pacientes en

tratamiento y bastante frecuente. El mecanismo por el cual se produce es objeto de discusión todavía. Marshall no cree que la formación de Metahemoglobinemia sea siempre la causal de la Cianosis mientras que Wendell dice haber encontrado Metahemoglobinemia en 200 pacientes tratados por él. Ellos encontraron casos de intensa cianosis en pacientes a los que cuatro horas antes se les había administrado 1.5 Gm. de la Droga y opinan que la Cianosis no es una secuela grave que obligue a interrumpir el tratamiento.

3.—*Acidosis.*—La han observado en un 3% de los casos tratados con Sulfanilamida estando la Acidosis asociada a pérdidas de Sodio y Potasio en las Orinas.

No han tenido más de estas complicaciones desde, que usan rutinariamente Bicarbonato de Sodio con cada dosis de Sulfanilamida, debiendo emplearse de la mitad a un tercio de Bicarbonato por cada dosis de la Droga administrada. En los casos de Acidosis que observaron, fueron perfectamente controlados con la administración del Bicarbonato de Sodio o el uso parenteral de una Solución de Lactato de Sodio en la proporción de 18.67 Gm. por mil.

4.—*lotero sin Anemia.*— Se presentó acompañado de disminución de la función de las Células Hepáticas en uno solo de los casos observado. Los trastornos Hepáticos rápidamente desaparecieron, así como el normal funcionamiento de la Célula con tan solo interrumpir el trata-

miento. No creen que la existencia anterior de trastornos funcionales Hepáticos, constituya una contraindicación de la administración de la Droga.

5.—No encontraron en ninguno de los casos tratados evidencias de lesiones o disfunciones renales. Lo que si ocurre en pacientes afectados anteriormente de Enfermedad Renal es que la Sulfanilamida no "se excreta fácilmente y que pueden ocurrir por tal motivo acumulación de la Droga en el torrente circulatorio, lo que se controla dosificando frecuentemente el Nivel de Sulfanilamida sanguíneo.

6.—*Dermatitis*.—Se han encontrado muy rara vez dando un 1% solamente en los casos objetos de la experiencia. El rash observado es idéntico al que se produce en el Sarampión, produciéndose fiebre moderada y han desaparecido con la interrupción del tratamiento.

7.—*Fiebre*.—Se ha observado en el 6 % de los casos y lo importante es poder diferenciar la fiebre producida por la infección de la que se produce por la Droga.

8.—*Anemias del tipo Hemolítico*. — Ocurren muy frecuentemente y están caracterizadas por la caída rápida de la cifra de glóbulos rojos. La mayor parte fueron de mediana intensidad y acompañadas de descenso de la cifra de Hemoglobina sanguínea en un 10 o 20%. Este tipo de complicación o secuela se presenta preferentemente en los casos objeto de tratamiento por más de 10 o 12 días. Estas ane-

mias *no* constituyen una contraindicación para seguir el tratamiento si éste se hace acompañar de pequeñas y repetidas transfusiones de sangres completamente homologas.

9.—*Agranulocitosis*.— Ha sido reportada en el curso de tratamientos con Sulfanilamida debiendo ser interrumpido el tratamiento inmediatamente recobrando rápidamente de dicha discrasia sanguínea.

La administración de la Sulfanilamida se hace por Vía Oral, pero si el paciente está imposibilitado por vómito u otra causa, de ingerir las cápsulas o pastillas puede ser completa por vía Parenteral, pero nunca por vía Intravenosa. La dosis por vía oral será calculada en 1 Gm. por cada 20 libras de peso. La dosis máxima no deberá exceder de 5 Gm. diariamente y deberá ser administrada en dosis fraccionadas y espaciada hasta tomarla seis veces en el día. Para inyección hipodérmica se disuelven 0.8 Gm. en 100 cc. de Solución Salina hirviendo, se enfría hasta 96 grados Fahrenheit y se inyecta muy despacio.

Antes de comenzar todo tratamiento con Sulfanilamida es indispensable hacer un Hemograma, dosificar la Hemoglobina y hacer cultivos para tratar de aislar el germen infectante. Hemogramas diarios se harán para

conocer los primeros indicios de Anemia Hemolítica. o de cualquier otra manifestación de intolerancia.

El paciente no deberá estar tomando a la vez ninguna otra Droga, deberá permanecer en cama con una dieta desprovista en lo absoluto de Alcohol. No deberá exponerse a los Rayos Solares. Deberán evitarse los anestésicos que puedan propender a la Cianosis o aumentarla si la está sufriendo. Disminuir la dosis cuando los riñones eliminan pobremente. Cuando los cultivos de los gérmenes de la sangre sean negativos por dos veces suspender todo tratamiento.

Se debe a Marshall la técnica empleada para la dosificación sanguínea de la Sulfanilamida acumulada y el índice sanguíneo que no deberá exceder ni bajar de 10 centigramos por cada 100 cc. de sangre servirá de índice para administrar la dosis necesaria.

CONCLUSIONES:

Que la Sulfanilamida no actúa directamente sobre el Sistema Rectículo-Endotelial siendo su acción Bacteriostática y Bactericida, disminuyendo la Virulencia de los Gérmenes e inhibiendo la producción de toxinas.

La Droga actúa sobre los Estreptococos ocasionando en ellos

alteraciones Físico-Químicas importantes.

El estudio de la Droga que nos ocupa hizo estudiar mejor los Estreptococos, observando que existen tres variedades principales Alfa, Beta y Gamma, así como gran cantidad de subdivisiones de dichos gérmenes

Se ha demostrado que la Sulfanilamida es más activa en determinadas variedades, grupos y sub-grupos de Estreptococos siéndolo mucho más para la variedad Beta-Hemolítico.

Que el empleo de la Droga no está exenta de accidentes tóxicos, pudiendo ocasionarse con su uso: trastornos cerebrales, Dermatitis, Anemias, Dicrasias Sanguíneas, Cianosis., etc.. etc.

El uso de la Droga deberá siempre ser precedido por exámenes de Laboratorio que se continuarán diariamente para guiados por sus reportes aumentar o disminuir la dosis así como para estar alerta de los accidentes tóxicos que puedan presentarse.

El Gonococo es otro de los Gérmenes en el que su actuación parece ser efectiva y los investigadores siguen haciendo estudios sobre las indicaciones de la Droga en otros tipos de infecciones.

Camagüey, noviembre 23 de 1938.

—Del Boletín del Colegio Médico de Camagüey.—

Año IX

Nº 81

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Director:

DR. S. PAREDES P.

Redactores:

DR. A. VIDAL M.

DR. HUMBERTO DIAZ

DR. M. CACERES VIJIL

Secretario de Redacción:

DR. JUAN A. MEJIA

Administrador:

DR. JOSE M. SANDOVAL

SUMARIO

	<i>Pág.</i>
Página de la Dirección	101
Las deformidades faciales debidas a Quistes Foliculares, por el Dr. Henry D. Guilbert	103
Apendicalgia Palúdica, por el Dr. Carlos Calero	106
Un caso de miotonia congénita o enfermedad de Thomsen, por el Dr. Luis Berlanga Berúmen	113
Hormonas, Vitaminas y Pubertad, por el Prof. Georges Mouriquand	119
Clínica y terapéutica de las quemaduras graves, por el Dr. Diego E. Zavaleta	124

Marzo y Abril

Imprenta

1939

Calderón

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR: DR. S.

PAREDES P.

REDACTORES:

DR. A. VIDAL M.

Dr. Humberto Díaz

Dr. M. Cáceres

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Juan A. Mejía

ADMINISTRA

Dr. José M. Sandoval

Año IX | Tegucigalpa, D. C, Hond., C. A., Marzo y Abril de 1939 | No 81

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Ya en otras ocasiones se ha hablado, en las páginas de la Revista Médica Hondureña, acerca de varios aspectos del interesante tópico que hoy nos ocupa.

Nos referimos a la inobservancia de los preceptos de la Deontología Médica; falta en la cual han incurrido e incurren varios miembros de nuestro gremio profesional.

Al abordar tan importante asunto no nos guía el simple deseo de formular cargos de carácter personal. No es nuestro deseo acusar a alguien en particular; queremos únicamente hacer resaltar la evidencia de los hechos, para ver si es posible un cambio de frente y así acercarnos más a una actividad profesional correcta en lo que a la ética médica se refiere.

El tópico es demasiado extenso y nunca podría quedar contenido, ni siquiera en su mayor parte, dentro de la brevedad de las presentes líneas; de ahí que tengamos que referirnos únicamente, y de un modo somero, a algunos de sus aspectos más notables.

Haciendo a un lado la práctica criminal del aborto, de la cual se ha tratado ya en esta página editorial, hay una falta que se observa entre nosotros, desgraciadamente, con mucha frecuencia: Es la violación del Secreto Médico; muy a menudo se ha hecho escarnio de esa confesión que ha sido sagrada desde que la medicina estaba en pañales, como lo podemos ver a través del glorioso Juramento de Hipócrates.

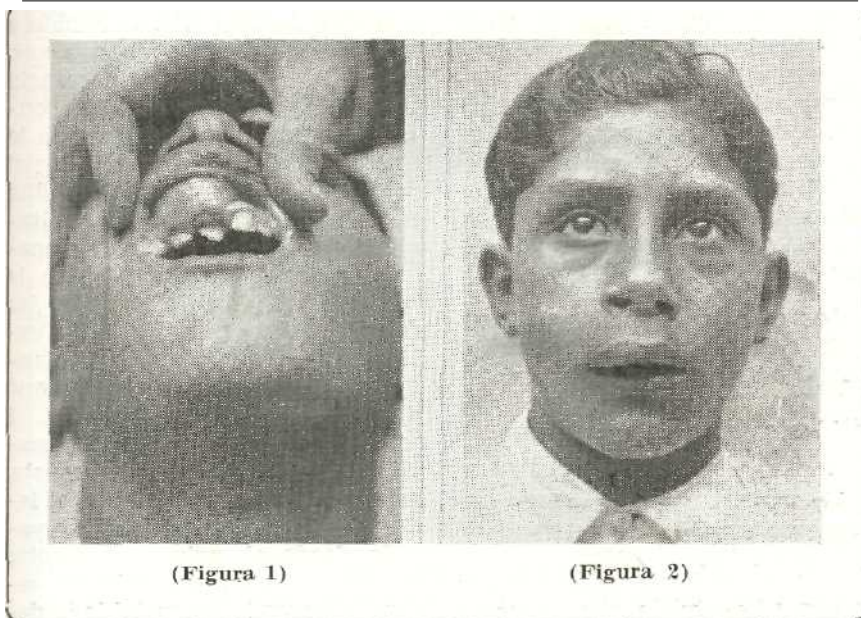
El modo de anunciarse al público de ciertos profesionales médicos es otra fuente pródiga en agresiones a la Deontología Médica, aunque con menor trascendencia social que las citadas anteriormente. El hecho de garantizar curaciones, prometer métodos infalibles; ofrecerse por los periódicos empleando tecnicismos rimbombantes para llamar la atención del vulgo, así como todas las demás formas de charlatanismo, van contra la buena reputación del profesional y contra la seriedad de un apostolado tan grande como debe ser el ejercicio de la medicina.

Lá prédica para acabar con estos vicios, debe hacerse principalmente para los que vienen detrás de nosotros, para la juventud que está en el peligro de seguir el mal ejemplo si no se le indica el buen camino, si no se le impulsa hacia el ideal supremo del mejoramiento espiritual. Porque hay que convenir que en la mayoría de los casos se ha pecado más por el absoluto desconocimiento de los altos deberes a que está sujeto el profesional, que por un Tuero instinto de maldad, o por un estado de corrupción.

Así, pues, la campaña deben llevarla a cabo todos los hombres de buena voluntad de nuestro gremio, a quienes toque conducir a la juventud hondureña por los difíciles caminos del ejercicio de la profesión médica, ya que en nuestro Plan de Estudios, aun no figura la Deontología Médica como parte integrante en el acervo de conocimientos de los médicos del porvenir.

Las Deformidades Faciales debidas a Quistes Foliculares

Por el Dr. Henry D. Gubert



Las deformidades de la cara causadas por quistes foliculares de origen odontogénico no son muy comunes ya que la expansión del quiste ocurre primero dentro del hueso.

En los textos viejos americanos, se encuentran ilustraciones, más viejas aún, mostrando verdaderas monstruosidades producidas por quistes. Los autores modernos, como Padgett (*Surgical Diseases of the Mouth and Jaws*, 1938) dice que los quistes "raras veces tienen suficiente tamaño para deformar el contorno externo de la Cara." Hasta la fecha no hemos encontrado los primeros, pero si los que sin ser tan raros producen deformida-

des faciales debido a su tamaño. Thoma, en un artículo sobre la boca hace referencia a un caso presentado por Bloom, de Taiyuanfu (*Chinese M. J.* 1937 51:29).

Una breve reseña sobre estos tumores de origen odontogénico nos servirá más claramente la relación que existe entre los tumores de origen osteogénico, los de origen dentógeno y los tumores que no caen en ninguna de las categorías antes mencionadas.

La clasificación de tumores de origen dentario no ha sido adecuada, esto es debido en parte a la gran diferencia de opiniones que existe en cuanto a la histogénesis de dichos tumores.

Los tumores derivados de los tejidos de los bodos dentarios durante el desarrollo de elementos celulares retenidos en la mandíbula o maxilares son muy comunes; y hay un gran número de artículos publicados que tratan exclusivamente de ellos. Tumores odontogénicos que abarcan solamente el epitelio dental se desarrollan en quistes adamantinoblastomas, los que provienen de tejidos del mesénquima, en odontomas, duros y blandos.

Los quistes derivados del epitelio del órgano productor del esmalte están muy íntimamente relacionados con los noblastomas y deben ser clasificados como tumores.

Estas clasificaciones vienen de los escritores Inglés y Franceses (Sprason-London Hospital Gazette 1937 41: 11 —Despons— J. de Méd. de Bordeaus —1937— 114:47). Los argumentos que ofrecen son verdaderamente convincentes y en ausencia de mejores clasificaciones es muy del caso aceptarse como base de futuras discusiones.

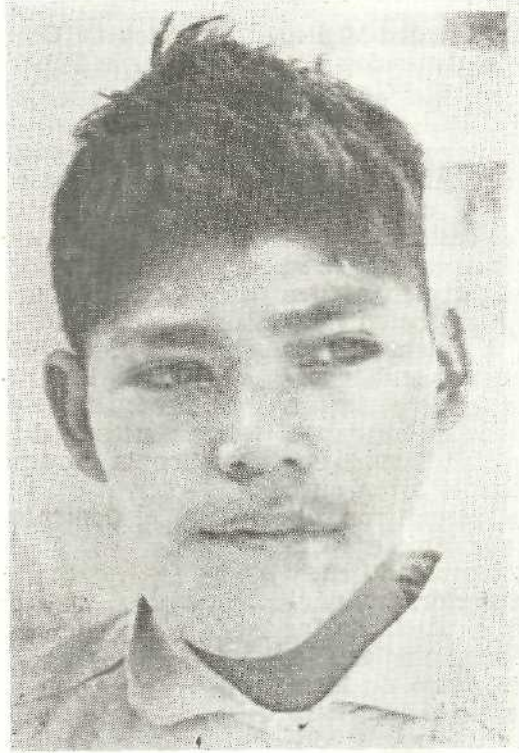
Cann, Thoma y otros han presentado casos de transición de simples quistes foliculares a adamantinoblastomas.

El diagnóstico diferencial entre un quiste folicular y un adamantinoma no es siempre fácil. Cuando la radiografía enseña un defeto monofolicular, el diagnóstico es más incierto, aun cuando el quiste contenga un diente.

Los casos que aquí presentamos muestran la deformidad causada por el tamaño del quis-

te (Fig. 1). Chico de 14 años se presentó con un tumor de maxilar superior que clínica y radiológicamente mostraba ser un quiste folicular, siendo el camino superior derecho el que debido a su ausencia en el arco dentario suplió la información necesaria para el diagnóstico, este fue confirmado por la radiografía y a la operación. La deformidad facial se semejaba a una macroquilia moderada (Fig. 2), el abultamiento del labio superior empezaba a tener su efecto sobre la nariz. Nótese la diferencia en las fosas nasales en la Fig. 1. La extirpación siguió los procedimientos señalados y el paciente sanó sin complicaciones. La Fig. 3 muestra un caso con deformación facial debido a un quiste, siendo más pronunciado en el lado derecho. El quiste había invadido desde el primer premolar inferior izquierdo hasta el segundo molar inferior del lado derecho. Este quiste se originó en el camino inferior derecho.

La deformación causada por este quiste no puede ser mayor sin entrar a ser de las raras monstruosidades que formaban parte de los textos antiguos. Los puntos interesantes de este caso fueron los siguientes: (1) Dificultad de diagnóstico diferencial radiográfico entre un tumor a células gigantes y un quiste folicular. (2) Ausencia de crepitación debido a la alta presión del líquido dentro del saco folicular y ausencia de hueso del alveolo, que había desaparecido casi totalmente. (3) Impacción de bicúspides del lado inferior derecho que no estaban directamente conectados con el quiste, pero que



(Figura 3)

debido a desarrollo de éste no les permitió su salida normal. La extirpación dejó suficiente tejido óseo sobre el borde inferior de la mandíbula para la probable regeneración de ésta hasta un grado más o menos funcional.

Podemos, pues, decir sobre quistes de origen dentógeno que debido a los métodos de diagnóstico modernos, y a que son atendidos sin esperar que lleguen a

proporciones mayores, las deformidades faciales no son muy comunes, pero diremos también que si existen y que no son extremadamente raras. Tenemos presente, en vista del volumen de literatura médica a tal efecto, que los quistes no son simples rarezas patológicas de carácter benigno, sino que bien pueden transformarse en adamantinoblastomas de carácter maligno.

APENDICALGIA PALÚDICA

Por el Dr. CARLOS CALERO M.,

Miembro de la Sociedad Médico- Quirúrgica de Guayas. Ex-Jefe del Servicio de Ginecología de la Asistencia Pública del Litoral Guayaquil (Ecuador).

Llamado de urgencia por la señora madre del enfermo, cuya historia clínica y comentarios correspondientes describo a continuación, por un cuadro, a su entender, muy parecido al que había presentado su esposo y padre del joven, a quien después de prolijo examen se le diagnosticó apendicitis aguda y llegó a ponerse en manos de cirujanos, acudí presuroso a su llamado encontrándome con el joven cuya historia me la resumieron diciendo, que lo que tenía era fiebre, que había comenzado en la tarde del día anterior, tos, náuseas y vómitos, a partir de las tres de la mañana, y dolor fijo, localizado en el punto de Mac-Burney; al enfermo lo encuentro acostado, con su piernas flexionadas, en una posición intermedia entre la dorsal y lateral derecha y con la cara vultuosa.

Al insitir sobre su sintomatología logramos saber que el joven se había mantenido perfectamente bien hasta el día anterior, en que había sentido descomposición de cuerpo, enfriamiento y hasta escalofrío, antes de que la temperatura subiera (al decir de la señora) y que tenía cefalalgia; no hay emisión de orinas, ni de materias fecales.

El examen del enfermo confirma el dolor en los puntos de Mac-Burney, de Lanz y de Morris; noto que la resistencia

muscular es poco manifiesta cuando se palpa con suavidad y profundamente; que en la región del hipocondrio —aunque no se palpa el bazo— hay también una cierta resistencia y dolor en la inspiración profunda; y, por último, — un proceso inflamatorio en el sistema linfoideo bucofaríngeo, acompañado de tos y estertores mucosos diseminados con parsimonia en ambos pulmones.

Comentarios

La observación de este cuadro clínico, sencillo en apariencia pero interesante y de rápida interpretación para salvar al enfermo en caso de un proceso supurado apendicular, nos permitió desde el primer momento hacer deducciones que, para felicidad del enfermo, tuvieron su confirmación posterior, aunque negada por el laboratorio, por motivos que luego indicaremos, pero sí ampliamente con la terapéutica aconsejada y seguida.

El desarrollo de estos cortos comentarios lo haremos así: I. De orden clínico. — II. De orden etiológico. — III. Histo-patológico. IV. — De orden patogénico. V. De orden terapéutico.

I. Y como estamos en la época en que cree el público que toda la patología del vientre derecho pertenece al apéndice en su mayor parte y a la vesícula

biliar en los casos restantes, es más frecuente el error cuando el dolor es referido a la fosa iliaca derecha; entonces, cualquier cosa es apendicitis.

Aquella fue la pregunta de su familia y los temores nuestros del primer momento, por qué no decirlo, ya que cualquier retardo hubiese sido perjudicial para el enfermo. Pero el estudio detenido de la sintomatología, subjetiva y objetiva, nos llevaron a la eliminacional racional de los distintos cuadros con los cuales podíamos confundir el que teníamos por delante.

¿Era justificado el diagnóstico de apendicitis con un cuadro como el que analizamos?... lo era por los puntos dolorosos de Ma-Burney, de Lanz y de Morris, positivos en este caso... ¿lo era por la temperatura, por la resistencia de su pared a la presión brusca, por la forma en que se instaló?... ¿lo era, por último, por la suma de tantos datos clínicos: brusquedad de comienzo, fiebre, resistencia muscular, posición especial tomada para disminuir su dolor, etc.?

Y sin negar el valor de todos y cada uno de estos signos en el diagnóstico de apenaicitis, pasaron rápidamente por nuestra mente los casos —y bastante numerosos— en que por la precipitación del diagnóstico (cuyo mal viene desde muy antiguo, desde que Dieulafoy describió magistralmente la apendicitis aguda e insistió sobre los contratiempos a que podía dar lugar el diagnóstico no precoz de la afección), se les hizo sufrir los riesgos de la intervención, con reproducción posterior del mismo cuadro, por-

que no reconocían esta etiología; al mismo tiempo que recordamos que el punto de Mac-Burney y los de Lanz, Morris y Monro, no siempre eran positivos en caso de apenaicitis aguda (por no tener el apéndice el mismo sitio anatómico) o lo eran en casos de heterotaxia, como el señalado por Slocker (1) y en cuanto al reflejo de Rowsing, que en el estreñimiento o ectasis del ciego se produce el mismo dolor.

¿Era una apendicitis aguda primitiva? ... ¿Era un brote apendicular en una apendicitis crónica? Y nuestra respuesta a la primera pregunta es que, ni el dolor, ni la suave resistencia muscular, ni el estado general, se armonizaban con el clásico de la apendicitis aguda. Y en cuanto a la segunda, que si en ocasiones se han podido encontrar cuadros como el que ahora pasamos revista, no son frecuentes; y que lo general es que se presente dolor espontáneo, por crisis, en el epigastrio o en la fosa iliaca derecha, que dure media, una y hasta dos horas con náuseas y vómitos y con temperatura que puede llegar a 38 grados. Es el niño que deja de jugar por el dolor que siente, pero que luego puede continuar, para repetirse después de poco o después de muchos años. De querer diagnosticarlo así, éste sería su primer cólico y su primera manifestación clínica.

Pero de ser así, todavía nos quedaban por distinguir los numerosos casos de falsos apendiculares crónicos tan brillantemente estudiados y con gran criterio médico por: Alvarez (2)_f, Arana (3), Gallart (4), Quevade

(5), Dumont (6), Martel y Antoine (7), Berar dy Vignard (8), Vives (9), Heuyer (10), González de la Vega (11) Stlocker (1) Nitis(12). y otros, por lo mismo que, como declamos en el párrafo anterior, se acercaban más a ¿se grupo.

Hay dolores y cuadros apendiculares que, mas de una vez, han llevado a los enfermos a la mesa de Cirugía con reproducción del dolor y del cuadro apendicular a poco después de la intervención. Y han sido principalmente el estreñimiento derecho, la colecistitis, la litiasis renal, el parasitismo intestinal y las malformaciones del ciego (como el ciego móvil), las enfermedades que en cierto instante han producido cuadros claramente apendiculares. que han exigido la participación del Cirujano; pero también los que, poco después, han reproducido la misma sintomatología, por haber sido una pseudo-epididitis.

Pero en nuestro caso, no hay antecedentes de estreñimiento derecho, ni de parasitismo intestinal; tampoco de colecistitis, ni de litiasis renal; de allí nuestra pregunta: ¿es una pseudo-epididitis?... y nuestra respuesta se inclina por la negativa.

Y después de la digresión que acabamos de exponer suscitadamente y que fue lo que pensamos cuando estuvimos frente al enfermo en estudio, concluimos que, si en verdad presentaba un dolor apendicular, una apendicemia, que podía conducir al enfermo a la apendicitis aguda o a la crónica, clínica e histológicamente hablando, iba a curar, con

restitutio al integrum, como a continuación insistiremos.

II. E intencionalmente dejamos allí el comentario anterior— muy a riesgo de que a la mente de Uds. salte la objeción natural, de que apendicemia no es diagnóstico, sino síntoma— porque el complemento del diagnóstico, en mi concepto, va en este caso íntimamente unido al de su etiología, que deseamos exponer en este segundo breve comentario.

Considerado el caso en la forma como lo hemos expuesto 7 con la sintomatología ya narrada (en que hemos descrito su infección amigdalofaríngea), podíamos pensar en las apendicitis amigdalarias; y la relación no es difícil comprenderla si recordamos que el apéndice es una amígdala intestinal colocada a nivel de la fosa ilíaca derecha y llamada a seguir una metamorfosis retrógrada; si leemos las importantes comunicaciones de Hirzel y Banet (13) y de Guerra (14); las de Vergara (15), Barss (16), Symmers y Morris (17), y la de Faisans (13), en que nos dicen haber visto macro y microscópicamente la alteración del apéndice, con congestión linfática, pero sin signo alguno de inflamación —en lo que ellos llaman *Status Thymus Lin-phaticus*— acompañándose de un cuadro especial en el cual dominar el carácter familiar, la nutrición mediana, talla más bien alta, extremidades delgadas, dedos finos y largos, ganglios del cuello muy palpables, hiperplasia linfoidea buco-faríngea y facies delicada: son también deprimidos y preocupados.

Pero si es innegable la relación apéndice-amígdalas, pensamos desde el primer momento que el dolor apendicular de nuestro enfermo, probablemente no tenía nada que hacer con el proceso amigdaliano que presentaba porque, ni era ese su carácter, ni el examen clínico había descubierto el cuadro -clásico del status thymus linphaticus; y nuestra sospecha, según nuestro criterio, tuvo su confirmación pocas horas después cuando, con un tratamiento específico para otra enfermedad, disminuyó el dolor y el cuadro general era otro.

Por la hipertrofia de las amígdalas y congestión de las mismas, con punteado purulento, fiebre, tos y estertores mucosos diseminados en ambos pulmones, no podíamos dejar de pensar en las amigdalitis gripales, de que Hirzel (13-14) y otros, en importantes trabajos, han insistido; pero no lo creímos así, en la seguridad de que antes que gripe —que juzgamos desde el principio como simbiosis secundaria— dominaba una etiología distinta.

Y nuestra sospecha— aunque negada por el examen de laboratorio, que no encuentra hematozoarios en frottis a gota gruesa— advertida a los familiares desde que examinamos por primera vez al enfermo, recibe su confirmación al disminuir el dolor, hasta llegar a desaparecer antes de las diez horas; como al desaparecer la cefalalgia, bajar completamente la temperatura, a las 48 horas de haber comenzado el proceso febril; y sentirse el enfermo con ánimo para levantarse y estudiar los exámenes

que se encuentra sustentando, con la sola terapéutica que a continuación exponemos.

III. Diagnosticado así el cuadro clínico entre manos, nos preguntamos: ¿cómo el dolor en la apendicalgia palúdica pasa tan rápidamente?... y la respuesta se impone recordando la histopatología que Bressot (19), indicó haber reconocido en tres apendicectomizados por apendicalgia palúdica: no hay aumento del volumen de los apéndices, ni exudado, ni deslustramiento de la serosa, ni adherencias; al corte no se presenta ningún espesamiento de sus distintas capas y la cavidad se encuentra completamente libre; no hay señal de infiltración inflamatoria.

IV. Y aún cuando no tiene valor para este caso, las sabias observaciones de Porter (20), Still (21), Metchnikoff (22), Riff (23), Roux (24), Talamón (25), Dieulafoy (26), Reclús (27) y Aschoff (28), casi todas del siglo pasado, para explicarnos patológicamente la apendicalgia que ahora estudiamos; sí lo tienen, en cambio, las que también desde el siglo pasado, han indicado observadores como Sutton (29), Sutherland (30), Jalagueir (31) y, en este siglo, Canon (32) y Richet (3), quienes llegan a informar "que los gérmenes pueden ir por vía sanguínea infectar el apéndice, *especialmente* cuando se encuentra ya el órgano en estado de enorme resistencia" o éste otro: "la eliminación de las bacterias por la pared apendicular juega un papel capital en la génesis de la apendicitis; lesiona do por el paso incesante de los microorganismos en circulación

en la sangre, el tejido folicular no ofrece su resistencia normal a la penetración de los gérmenes intestinales"; y lo tienen, repetimos, porque se admite en ellas que al apéndice puede ser invadido por vía sanguínea.

Pero, ¿cómo se puede hacer la invasión apendicular en la apendicología de este origen? Y para contestarnos, forzoso es recordar previamente ciertos rasgos de la anatomía y de la histología del apéndice.

El apéndice, en efecto, anatómicamente considerado, está implantado en la parte interna del ciego, a 2 o 3 centímetros de la válvula ileo-cecal y en el punto en que concluyen las tres cintas o bandas musculares del ciego. Histológicamente hablando, presenta una túnica serosa (peritoneo apendicular), que lo envuelve en casi toda su extensión, adosándose a sí mismo a nivel de uno de sus bordes, para formarle el meso-apéndice que lo une al ciego y a la porción terminal del mesenterio; de forma triangular, es recorrido en toda su extensión, por su borde interno o cóncavo, por la arteria apendicular, que levanta su superficie. Presenta también una túnica muscular, formada por dos clases de fibras: unas circulares y otras longitudinales. Una tercera túnica o sub-mucosa, constituida por haces de tejido conjuntivo, que se entrecruzan en todo sentido y a los que van a juntarse muy pocas fibras elásticas. Y, por último, una túnica mucosa, formada por un epitelio cilíndrico, numerosos folículos cerrados, una muscularis mucosa y glándulas tubulosas.

Pero el apéndice, como lo hemos dicho en el párrafo anterior, presenta sobre uno de sus bordes la arteria apendicular, rama de la mesentérica superior, que termina en la punta del mismo, dando en todo su trayecto ramitos en número de 2 a 6, que se distribuyen sobre sus dos caras terminando —como todas las intestinales— por terminaciones libres. Acompañando a la arteria vemos a la vena apendicular, que desagua en la mesentérica superior; a los linfáticos, que en su trayecto desaguan en los ganglios apendiculares; y a los nervios, que provienen del plexo solar, por intermedio del plexo mesentérico superior, distribuyéndose por la serosa, muscular y mucosa, para formar en la muscular el plexo de Auerbach y en la sub-mucosa, el de Meissner, pero siempre, por terminaciones libres.

Así entendida la anatomía e histología del apéndice nos es fácil comprender las distintas teorías indicadas para explicar la visceralgia palúdica. Dos son, en efecto, las teorías indicadas: a) la del apelotonamiento de los matozoarios a nivel de uno de los ramitos de la apendicular; y b) la de la congestión excesiva, por la hipertermia.

Sin negar la congestión posible de un determinado sector del apéndice, como cree el Prof. Deschamps (34), deseamos recordar que Bressot (19), al hacer el estudio histológico de tres apendicectomizados por apendicología palúdica, no ha de encontrarse nada digno de anotarse; y que de haber congestión intensa —localizada o generalizada— posi-

blemente lo habría indicado; ¿son micro congestiones que pasaron inadvertidas al ojo del histólogo?... Hechos posteriores darán luz al respecto.

En cambio, el mismo Prof. Deschamps y Gañán (19). en importantísimas comunicaciones, creen que es posible aceptar el apelonamiento de parásitos en una de sus pequeñas ramas como la causa del cuadro en estudio; y lo creen, por la forma de vascularización del apéndice, siempre por terminaciones libres; por las alteraciones que los hematozoarios producen en los glóbulos rojos; y, en tercer lugar, como lo dicen Castellani, Chalmers al hablar de las sub-tercianas, porque los hematíes alterados se pueden adherir a las paredes de los capilares produciendo un bloqueo mecánico, con los correspondientes trastornos locales; al obstruir o disminuir su luz pueden presentarse alteraciones de naturaleza isquémica, que bien pueden producir la irritación nerviosa, causa del dolor.

Así lo pensamos nosotros y creemos que el apelonamiento parasitario o la deformación de los hematíes y adherencia de éstos a la pared del vaso, al obstruir o disminuir la luz de uno de sus pequeños ramúsculos, produce la irritación de los filetes nerviosos apendiculares y el cuadro clásico de la visceralgia palúdica.

V. De no haber tenido el criterio clínico y etiológico que felizmente nos formamos desde el principio, hubiésemos tenido necesidad de proponer la intervención, si los exámenes de Laboratorio lo hubiesen confirmado, si-

guiendo la opinión científica del autor de las más completas descripciones de apendicitis, del Prof. Dieulafoy, aunque con las restricciones que su opinión primitiva recibió de su parte, como de la de los médicos posteriores a su época, que llegaron a juzgar, con mejor conocimiento de la apendicitis crónica y de las **seudo-apendicitis** crónicas, que no era posible seguir operando a todos los individuos que presentaban dolor en la fosa ilíaca derecha, ya que en muchos de ellos no se encontraba alteración alguna, ni en su conformación exterior, ni en su constitución histológica.

Pero como creíamos estar frente a un clásico cuadro de apendicalgia tropical, advertimos a la familia que *el* niño tenía que mejorar sin que hubiese necesidad de recurrir a la intervención operatoria; pero que rogábamos se le hiciera inmediatamente un examen de la sangre, al mismo tiempo que ordenamos inmovilidad absoluta, bolsas de hielo sobre la región dolorosa, tocación sobre su inflamación linfoidea buco-faríngea, suspensión de toda alimentación, e inyectamos *dos ampolletas* de cincuenta centigramos de *biclorhidrato de quinina* y *una ampolleta* de tres centímetros cúbicos de *deplasmaquina simple*, por vía intra glútea.

Y si no fue sorpresivo para nosotros (porque esa es la evolución clásica de las apendicalgias palúdicas) no dejamos de sentir una cierta satisfacción cuando al regresar, *seis horas después*, a ver a nuestro enfermito observamos que *había desaparecido*

casi por completo *el dolor apendicular*, a pesar de que la fiebre se mantenía por encima de treinta y nueve, pero con tendencia a regresar.

Es en estas condiciones que se le practica la toma de la sangre, para que el examen que habíamos pedido y cuya contestación (No Hematozoarios, gota gruesa, seis mil glóbulos blancos por m.), tuvimos pocas horas después, cuando la temperatura era sólo de 38 grados centígrados; y es entonces, también, cuando recibimos una dosis purgante de aceite de ricino, que poco después hizo su efecto.

Injectamos nueva dosis de quinina y plasmocina al día siguiente; y nuevas, al tercer día. La fiebre no se repitió; y el antiguo enfermito, como Uds. lo ven, ha vuelto a su, anterior buena salud y a su alegría, propia de la edad juvenil.

Resumen

Después de describir el autor la sintomatología del caso en estudio pasa a los Comentarios haciendo una clara y metódica distinción entre las apendicitis agudas y crónicas, para terminar afirmando que el enfermo que había asistido y que se hallaba

presente gozando ya de completa salud, no había presentado ni uno ni otro cuadro.

Insistió sobre las falsas apendicitis crónicas, recordando que la litiasis renal, el estreñimiento derecho, la colecistitis, el ciego móvil y especialmente la parasitosis intestinal habían, más de una vez, obligado a intervenciones sin resultado alguno, por haberse reproducido el mismo cuadro, poco tiempo después de la intervención.

A continuación hace la eliminación de los agentes infecciosos que pudieran haber producido dicho cuadro para terminar etiquetándola —a pesar de que el examen de la sangre fue negativo— como de naturaleza palúdica.

Recuerda la anatomo-patología de las apendicalgias palúdicas. La forma cómo los hematozoarios, posiblemente, invaden el apéndice, para producir el dolor. Y, por último, indica la terapéutica aconsejada, como el éxito alcanzado con las medidas e indicaciones generales prescriptas que, en su concepto, radicaron su criterio primitivo.

—*Revista Médica Latino-Americana.*—

Un Caso de Miotonia Congénita o Enfermedad de Thomsen

Trabajo presentado a la Sociedad Mexicana de Puericultura por el Dr. Luis Berlanga Berúmen.

ANTECEDENTES PERSONALES

Es el deseo de estudio el que me mueve a traer al seno de esta honorable Sociedad una desaliñada e incompleta reseña clínica, referente a un caso patológico que quizá sea el primero de esta naturaleza en la literatura médica mexicana.

El día 26 de octubre de 1938 se presentó a mi consulta en el Hospital Infantil "Dolores Sanz," un niño indígena, llamado Enrique L. B., de ocho años y tres meses de edad, oriundo de un pueblecito del Edo. de Tlaxcala. Era conducido por una persona de su familia, lo vimos íntegro desde el punto de vista somático, y encontramos que su actitud era normal.

I.—ANTECEDENTES DE LOS PADRES

Cuando Enrique nació, su padre contaba hasta 37 años de edad, y su madre 22. No hay datos que nos hagan sospechar sífilis o tuberculosis en ninguno de los dos; pero sí alcoholismo crónico en ambos; y además, anotamos vagamente que la madre padeció de reumatismo. Tuvo en total, nuestro enfermo, cinco hermanos; viven cuatro, pues uno de ellos murió de (?) bronquitis a la edad de 1 mes.

a). No patológicos.—El embarazo fue normal. El parto se hizo al término fisiológico, y espontáneamente. Se ignora el peso del niño al nacer, pero nos dicen que nació flaquito y pequeño. Fue alimentado por el pecho materno hasta la edad de 1 año. Y en la época en que lo estudiamos su alimentación consistía en café con leche y pan, para el desayuno; sopa, algún guisado, frijoles y tortillas, al medio día; y de nuevo, café con leche y pan. por la noche. Los primeros dientes le aparecieron a los 4 meses. Y principió a caminar a los dos años.

b). Patológicos.—Ha padecido de sarampión y de coqueluche.

III.—ESTADO ACTUAL

a). Exploración física y funcional.

Hacia cuatro años que a consecuencia de una mojada había principiado a tener rígidos los miembros inferiores; este estado que calificamos de hipertonia, se hizo principalmente ostensible por las mañanas al levantarse nuestro pequeño paciente; este fenómeno persistía hasta la fecha, duraba unos cinco minutos y desaparecía con los movimientos. En el curso del día se repetía indistintamente en cualquier momento, y sin causa ostensible, y entonces se dificultaba la marcha.

Los demás aparatos y sistemas se encontraban normales por interrogatorio.

Se trataba de un niño de constitución normal y bien nutrido. Nos Hamo desde luego la atención el excesivo desarrollo de su musculatura, sobre todo en el cuello y en las piernas que le daban un aspecto atlético.

El cráneo era normal. Las conjuntivas ligeramente pálidas. La nariz no tenía nada patológico. Sus dientes eran en sierra, y su paladar ojival. El cuello ostentaba las masas musculares atléticas, sobre todo en la región de los esternooleido mastoideos. Tonos cardíacos normales en intensidad, sucesión y ritmo; éste era de 38 latidos por minuto. Ni en el abdomen, ni en los órganos genitales se encontró nada anormal. En los miembros llamó la atención el notable desarrollo del cuadriceps femoral y de los gemelos; así como una ligera diferencia de volumen, pues el muslo izquierdo nos pareció algo más grueso que el derecho.

La exploración especial del sistema nervioso nos dio los siguientes datos: reflejos pupilares a la luz y a la acomodación, normales. Tono muscular aumentado en el cuello, en el tórax, en los miembros y en el abdomen. La hipertonia era mayor en los miembros inferiores, no había predominio de determinados grupos musculares. Refijos bicipitales, abdominales, cremasterianos y planares, normales; y patelar izquierdo exaltado. Sensibilidad esteroceptiva superficial, normal. Coordinación motriz, normal.

b). Análisis de laboratorio: Reacción de Wassermanri practicada en el suero sanguíneo: negativa.

En resumen, se trataba de un muchacho con herencia alcohólica materna y paterna que presentaba hipertrofia e hipertonia muscular generalizada; esta última había principiado a hacerse ostensible cuando el niño tenía cuatro años; se exacerbaba con el reposo muscular, y desaparecía cuando los músculos empezaban a trabajar.

IV.—DIAGNÓSTICOS

a). Diagnóstico anatomo-topográfico. Padecimiento localizado en el sistema nervioso de relación y en el sistema de la musculatura voluntaria, sin que podamos precisar en este momento cuáles son las lesiones y cuál su topografía detallada.

b). Diagnóstico sindrómico.— Síndrome de miotonía generalizada y de hipertrofia muscular. La miotonía es considerada como un síntoma y se caracteriza por un aumento en la consistencia de las masas musculares, y por una hiperexcitabilidad de los mismos, manifestada tanto en la contractibilidad como en la relajabilidad; pues hay disminución de esta última propiedad. El movimiento voluntario está inhibido y es tardío, ora en su aparición, ora en su desaparición. Existe un fenómeno que se conoce con el nombre de reacción miotónica, que ocasiona en el cuerpo del músculo una depresión que desaparece muy lentamente.

La hipertrofia muscular en este /enfermo era ostensible, yía que le daba un aspecto atlético: sus masas musculares tanto en reposo como en contracción se marcaban ipor manera anormal completamente en un niño de su edad y condición, ya que ni aún en el oaso de haber sido sometido desde muy pequeño a ejercicios físicos continuos, ñu musculatura hubiera podido aleanzar ese desarrollo francamente patológico.

c). Diagnóstico **fisio-patológico**.—Ignoramos cuál es en esencia la fisiopatología del caso, Suponemos, sin que esta suposición alivie en mucho nuestra ignorancia, que existe, por una parte, una disfunción de los núcleos grises centrales que rigen y coordinan el tono; y por la otra, disfunción también de los centros de la troficidad muscu-

d). Diagnóstico nosológico.—*Miotonía congénita o enfermedad de Thomsen.*

Al fundar este diagnóstico, hagamos un poco de historia, y si~gamos las descripciones de algunos autores.

Esta enfermedad fue descrita en 1376 por Thomsen, médico silesiano que la estudió en él mismo y en algunos de sus parientes, pues apareció en cuatro generaciones de su propia familia. Es también designada con el nombre de miotonía congénita, aunque frecuentemente no principie a hacerse ostensible sino hasta la pubertad; y decimos frecuentemente porque hay casos en que se ha hecho aparente en una edad mucho más temprana. Predomina en los varones.

Es excesivamente rara. Es una dolencia de tipo heredo-familiar; sin embargo, hay numerosas excepciones. Su principio es insidioso; progresa durante varios años, permanece después estacionaria.

Etiología.—Las causas nos son del todo desconocidas. Algunos consideran como enfermedad primitivamente de los músculos; otros la achacan a exagerada actividad del sistema nervioso simpático; y otros, en fin, invocan disturbios endocrinos,

Anatomía patológica.—La biopsia muestra un notable aumento del sarcolema de las fibras musculares y del número de núcleos; e hiperplasia del tejido conectivo intersticial. Cuando la enfermedad progresa, pueden ocurrir atrofiás musculares,

sintomatología.- El síntoma fundamental es la hipertonía muscular, que se hace más notable después de un período de

descanso! o a i cambiarse la dirección de la actividad muscular sucede que cuando un músculo o un grupo de músculos entran en actividad se dificulta mucho al paciente relajarlos.

Los médicos anglo-americanos dan a este fenómeno una denominación casi gráfica, le llaman el "hand shake" es decir el apretón de manos, pues al enfermo le cuesta gran trabajo abrir la mano después de haberla errado,

Bragman (citado por Hagérstow) en la obra de Brennemann describe así las maniobras de un miotónico avanzado: Cerca de 30 segundos antes de levantarse de su asiento o de su lecho, sus músculos permanecían tiesos, Cuando viajaba en camión tenía

que principiar a ponerse en pié tres cuabras antes de su parada, Si echaba el cuerpo hacia atrás le era imposible volver al equilibrio vertical y caía al suelo de una sola pieza. Al estornudar, sus ojos permanecían cerrados durante 30 segundos. Y el mismo lapso transcurría antes de que le fuera posible abrir sus manos después de haberlas cerrado fuertemente. El frío y la fatiga acentuaban la dificultad para relajar los músculos. Se cansaba con gran facilidad. Su palabra era lenta, y monótona; y su mímica era muy dificultosa. Por último. Bragman dice que en su enfermo había aumento del llamado tono plástico.

za muscular mediante dinamo-

En Ja miotonía congénita el hipertoniismo está habitualmente limitado a las extremidades, pero esto no sucede siempre, pues el trastorno 'del tono puede afectar a casi todo el sistema muscular estriado, incluyendo los músculos de las mandíbulas y de la faringe. La hipertonicidad es exacerbada por la excitación emotiva y por el frío. 'Los músculos de un enfermo con miotonía congénita se parecen a los músculos veratrinizados. La veratri-

na, es bien sabido, que a dosis mediana, aumenta enormemente el poder de contractibilidad muscular, y disminuye la relajabilidad.

La exploración física revela ^{que los} músculos son anchos y firmes; y dan la impresión de ^{ser} "W" vigorosos; como en nuestro enfermo a quien los practicantes y algunos médicos Que lo vimos, preguntábamos insistentemente si hacía mucha gimnasia. En realidad no es tanto ^{to} ^{el} ^{vi} ^S muscular de estos pacientes que dan la impresión de ^{ser unos} Hércules. Desgraciadamente en nuestro pequeño enfermo no pudimos medir la fuer-

metros, en virtud de que no volví a la consulta, y tenemos entendido que marchó a su provincia. Por la misma razón nos fue imposible obtener la confirmación del diagnóstico a virtud de la exploración eléctrica. Como es sabido, en estos enfermos hay hiperexcitabilidad galvánica y farádica; sobre todo esta última Se ha notado que persiste la contracción al cierre catódico, y que no desaparece al interrumpir la corriente. Si las excitaciones son

reiteradas acaba por desaparecer la persistencia de la excitación, la contracción se ejecuta normalmente. Cuando se hace pasar por el músculo una corriente galvánica, conectando cada uno de los electrodos respectivamente en las inserciones musculares, se presentan contracciones rítmicas dirigidas del cátodo al ánodo. A esta modificación de la excitabilidad muscular a la corriente galvánica la ha denominado Erb *reacción miotónica*.

Como se ve, la descripción clínica de la enfermedad de Thomson coincide en sus puntos fundamentales {hipertrofia muscular genuina; hipertonia muscular generalizada con predominio en los miembros, sobre todo en los inferiores; reflejos tendinosos normales o ligeramente exaltados; edad del enfermo; dificultad para principiar a moverse después del reposo, pues la persona que le acompañó al hospital, textualmente dijo: "casi todos los días al levantarse los tiene tiesos, le dura cinco minutos y desaparece con los movimientos"; y por último ausencia de otros síntomas del sistema nervioso) -

A propósito, añadiremos que la miotonía congénita puede confundirse aunque muy difícilmente con:

19—La atrofia muscular primitiva tipo pseudohipertrofica de Duchenne. Pero en ésta, que también ataca sobre todo a niños pequeños, el principio se manifiesta por paresia de los miembros inferiores y de los músculos lumbares; hay atrofia muscular que se oculta bajo enormes acúmulos de grasa, lo que simula

hipertrofia de los músculos. Los miembros superiores acaban también por atrofiarse,

29—Las **mielitis** acompañadas de contractura, en cuyo caso hay exageración de los reflejos tendinosos, trastornos, motores, sensitivos y tróficos, etc.

39—La parálisis espinal espástica, que se distingue claramente de la miotonía congénita a pesar de que sus primeros síntomas aparecen en las piernas, y de que hay una buena forma de tipo degenerativo hereditario, porque en la parálisis espinal espástica los trastornos de los reflejos son ostensibles: signo de Babinski permanente, y exaltación notable de los reflejos tendinosos, hasta llegar al clonus ro-

49—La distrofia miotónica, considerada antaño como una asociación entre la enfermedad de Thomsen y la atrofia muscular progresiva; y desde los trabajos de Cruschamann y Grund (**citados** por Brugsch), tenida como una entidad morbosa, caracterizada por comenzar en el tercer decenio de la vida, y presentan manifestaciones degenerativas corporales y psíquicas hereditarias; además de que la miotonía queda generalmente limitada a determinados grupos musculares (eminencia tenar y lengua).

59—La contractura histérica en la que se encuentran los estigmas propios del pitiatismo.

69—Por último, la tetania, padecimiento de origen paratiroides, que se diagnostica por la gran hiperexcitabilidad del sistema nervioso, puesta de manifiesto por convulsiones, por la

presencia de uno o de ambos signos de Chvostek (sobre todo del I), por el signo de Trousseau, el de Erb, etc., además de los trastornos tróficos de las uñas, del pelo y de los dientes.

Así, pues, pensamos que las consideraciones anteriores fundamentan cabalmente nuestro aserto.

Respecto del pronóstico y de la terapéutica de la enfermedad que nos ocupa, diremos para terminar, que entraña un porvenir favorable para la vida del enfermo; que, como ya lo expusimos, suele estacionarse después de la pubertad; y que únicamente reduce la capacidad funcional del enfermo.

Su tratamiento es hoy por hoy solamente paliativo, y consiste ^{y li} en gimnasia bajo el agua o natibia, reeducación neuromuscular y prevención de las contracturas mediante el régimen de vida tranquilo y exento de emociones fuertes, de cambios bruscos de temperatura y de estímulos mecánicos intensos.

Añadiremos, por último, que recientemente hemos leído que

los doctores Dereux y Bandu (de Lille) comunicaron sus observaciones de un caso de enfermedad de Tohmson y otro de enfermedad de Steinert, en los que la administración de sulfato de quina, ejerció sobre la miotonía una acción notable, a la dosis de un gramo por vía bucal, pues la hizo desaparecer; y a la dosis de 0.50 gr., la atenuó mucho. Pero, estos efectos — desgraciadamente, fueron transitorios,

BIBLIOGRAFÍA

- Brennemann J.—Practice of Pediatrics.—Maryland.—1938. — y o i j y — chap. 37.
- Brugsch Th.—Tratado de Fato-
* Médica.—Barcelona. —
T T T T
- ción en una alberca de agua
Collet J.—Precis de Phatolo-
^ i e r p a r i s — u —
- Dereux et Bandu.—La Presse Médicale.—Nº 84.—19 de octubre de 1938. Pág. 1543.
- Hedón E.—Compendio de Fisiología.—Barcelona.—1927.

— ^De Revista Mexicana de Puericultura.

Hormonas, Vitaminas y Pubertad

Por el
Prof. Georges
de Lyon

MOURIQUAND

Hemos dicho que la pubertad constituía un terreno de elección para el estudio de las hormonas y de las vitaminas.

Esta edad es en efecto un momento capital del crecimiento. Además está dominada por la influencia de las hormonas y de las vitaminas. Para comprender esta influencia distinguiremos en la curva del crecimiento dos períodos de hipercrecimiento: el primero que se desarrolla en los dos primeros años de la vida, aparece como crecimiento puramente somático (sin crecimiento sexual). El segundo que es el período de la pubertad, comporta un doble crecimiento somático (corporal) por una parte y el crecimiento sexual por otra, que no son exactamente simultáneos; el crecimiento somático que ocupa la pre-pubertad (de 11 a 12 años para los muchachos) y el crecimiento sexual que le sigue y que ocupa la pubertad propiamente dicha. Veamos a continuación el papel de las hormonas y de las vitaminas durante la pre-pubertad y durante la pubertad.

Hormonas, vitaminas y pubertad

El crecimiento somático está esencialmente dirigido por las hormonas hipofisarias. El lóbulo anterior de la hipófisis segrega una hormona de crecimiento, de acción directa sobre el organismo y por otra parte hormonas

estimulantes de la actividad de otras glándulas endocrinas que desempeñan un importante papel en este crecimiento (tiroestimulina, tiro-patiroideo-estimulina, suprarrenal-estimulina, etc.).

Por otra parte de esta estimulación de origen hipofisario, algunas glándulas tienen una acción aparentemente directa sobre el crecimiento. La tiroidectomía lleva consigo el nanismo mixodematoso. La paratiroides juega un papel directo del metabolismo del calcio, esencial al crecimiento óseo y general. Las suprarrenales y en particular las córtico-suprarrenales juegan igualmente

bajo este punto de vista un papel cierto.

Lo mismo ocurre como dominantes del metabolismo general, de las glándulas bipolares como el páncreas, hígado, etc.

¿Existe acaso una relación entre estas glándulas y las vitaminas? La cuestión está lejos de ser enteramente dilucidada, no obstante parece que se han adquirido algunos datos. El lóbulo anterior de la hipófisis y de la córtico-suprarrenal son en particular muy ricas en vitamina C. Les sigue el hígado y parece que el tiroides ocupa el último lugar. La presencia de ácido ascórbico en estas glándulas renueva la cuestión de su acción potente óxido-reductora que activa sin duda ciertas funciones endocrinas. La vitamina A es especial-

mente abundante en las glándulas suprarrenales y sobre todo en el hígado. Este órgano transforma la provitamina A en vitamina A.

Con las paratiroides se presenta la cuestión de las relaciones entre su secreción (parahormona) y la vitamina D. Parece ser que su relación sea necesaria para acusar el crecimiento y el equilibrio óseos. La hormona córtico-suprarrenal (cortina) tiene relaciones bio-químicas con la vitamina D (ya observadas).

Por otra parte la experiencia, más que la clínica, nos ha enseñado que las vitaminas y particularmente las vitaminas A y B y sin duda C y D actuaban como excitadoras del crecimiento,

Notemos además que ciertos amino-ácidos que desempeñan quizá el papel de prohormonas (triptófano, lisina, histidina, etc.) son indispensables a este mismo crecimiento.

Puede deducirse de esto el gran papel que las hormonas y las vitaminas desempeñan durante la prepubertad

El papel de las hormonas, como las investigaciones recientes tienden a demostrar, es de actuar en íntima relación con las vitaminas o con otras sustancias minerales.

Recordando estos hechos, ¿en qué medida puede actualmente la terapéutica clínica aprovecharse de ellos? En el curso de la pubertad se observan sobre todo dos trastornos del crecimiento demasiado acelerado y el crecimiento retardado. Fijándonos tan sólo en el desarrollo general excesivo debemos recordar la frecuencia del gi-

gantismo pelviano, alargamiento excesivo de los miembros inferiores acompañado de estrechez torácica (Molestia pulmonar y cardíaca), trastornos óseos raquíuticos o raquitiformes (escoliosis genu-valgum, pies planos.

¿En qué medida y con la ayuda de las hormonas y vitaminas puede el médico atenuar o curar estos trastornos? La medicación hormonal le servirá muy poco; no conocemos ningún extracto hormonal frenador del crecimiento. El extracto orquíutico que podría teóricamente cumplir este cometido, es inactivo. Además, hay que prescindir de las hormonas excitadoras del crecimiento y particularmente de la tiroxina. No obstante en algunos casos estudiados por nosotros con los esposos Enselme, el extracto de tiroides puede ser prudentemente aconsejado. Pensamos en este caso en algunas Jovencitas gordas y escolióticas, con crecimiento acelerado, que presentaban un metabolismo basal marcadamente bajo y al mismo tiempo trastornos de la calcificación. En estos casos la vitamina D y los rayos ultravioleta son los factores que fijan el calcio en el mismo tiempo el extracto tiroideo eleva el metabolismo basal. Hemos demos-

trado con Leulier que esta fijación calcica no puede ser obtenida experimentalmente por la adrenalina (decalcificación en nuestras experiencias),

La mayoría de las distrofias de la infancia y la pubertad creemos que deben ser miradas bajo el mismo ángulo terapéutico (raquitismo tardío, etc.).

Hormonas, vitaminas y retardo del crecimiento

Cuando los retardos del crecimiento demuestran hipotiroidismo, es posible obtener resultados notables con extracto de tiroide o con tiroxina. Los demás retardos dependientes de un trastorno de la hipófisis, de las suprarrenales o de varias glándulas asociadas, parecen ser poco sensibles a la acción de sus hormonas o de sus extractos glandulares. Sí la hormona del crecimiento del lóbulo anterior de la hipófisis puede determinar el gigantismo de la rata, no pasa lo mismo, por ahora al menos, en el niño con retardo de crecimiento. En principio estas hormonas deben ir siempre asociadas a la tiroidea, la única capaz solamente en ciertos casos de activar el crecimiento.

Podemos en estos casos dirigirnos a las vitaminas llamadas del crecimiento A, B, etc. Estas, 3 bien tienen una acción experimental incontestable, **la prueba** de su acción en los retardos del crecimiento de la prepubertad esta aun por establecer; pero ^{siendo} **deberían** asociarse a **la** medicación hormonal ya sea en forma química, ya sea mejor aún en forma alimenticia.

En los retardos del crecimiento deberá observarse siempre el estado radiológico de los cartílagos de crecimiento a nivel de las rodillas, evitándose dar dosis demasiado fuertes de vitamina D que fijando brutalmente el calcio en los cartílagos podría entorpecer el crecimiento.

Hormonas, vitaminas y pubertad

Cuando la "poussée" somática Prepubertad se ha hecho armoniosamente, la pubertad probablemente ^{mente dicha tiene} ^{des >} salvo en casos de lesiones sexuales anteriores, de desarrollarse ^{llarse} normalmente. Es, pues, importante el vigilar la **prepubertad** para lograr la pubertad fisiológica. El paso de la prepubertad es delicado y a veces peligroso.

El crecimiento sexual como el crecimiento somático está dominado por la acción de ciertas hormonas, en particular de la gonadostimulina, segregadas por el lóbulo anterior de la hipófisis, y la cortina, segregada por la corteza suprarrenal. Las demás glándulas (tiroideas, etc.) parecen también tener una acción aunque menos bien definida.

Es ^e ^{la} ^{de es} **¿Mita en vitamina (C y f favorezca esta secreción.**
[¿] ^{hemos comprobado}
^{dQ} ^{la cortina (hormona masculinizante (?))} ^{¿erte} ^{hece como}
^{vitamina} [¿] ^{grupo de} ^{¿Oá}
^{esteroles}
 prácticamente ^{necesario} ^{El} **hipercrecimiento sexual se observa en el curso de tumores**
^{de la hipófisis (sobre la corteza)}
^{ción no ha} ^{aun nada} ^{establecido}

tico-suprarrenal que compartan en la mujer el hirsutismo y la hipertrofia sexual. Algunas macro-génitosomias del hombre, parecen igualmente denotar tumores semejantes. Parece **legítimo**, dados los trabajos recientes, **atribuir** este hipercrecimiento a la hipersecreción de la cortina.

Estos tumores epifisarios o suprarrenales requieren radioterapia o intervención quirúrgica.

Hipoandrogenismo, hormonas

"
y *vitaminas*

El hipogonadismo es más frecuente y se observa en el muchacho y en la niña, siendo en la pubertad que aparecen los síndromes adiposo-genitales caracterizados por la obesidad y el retardo del desarrollo genital.

En el muchacho se observan diversos grados; el síndrome adiposo genital con agenesia total de los testículos descendidos o no, ausencia de la pubertad verdadera o eunuquismo, asociado a menudo al gigantismo; el síndrome adiposo-genital caracterizado por un desarrollo insuficiente de los testículos aparentemente normales y capaces de un desarrollo ulterior.

El síndrome adiposo-genital como es sabido, indica esencial-

mente lesiones endocrino-nerviosas hipofiso-tuberianas pudiendo ser debido a un tumor de la región hipofisaria o a simples trastornos o lesiones microscópicas.

En la niña estos trastornos o igualmente retardan o impiden la pubertad; pero aparte de estas lesiones endocrino-nerviosas, parece ser que ciertos trastornos alimenticios o por carencia, **son capaces de entapecer** el paso de la prepubertad a la pubertad. Calmette, Nobécourt, etc., han señalado en particular en las regiones del norte invadidas, hipoalimentadas, el importante retardo de la pubertad en los muchachos y sobre todo en las niñas,

Bajo el punto de vista práctico, **si se ha observado una prepubertad normal podemos saltar el paso prepubertad pubertad.** Los extractos testiculares, parecen de poca acción, las sustancias sexuales macho (an-

trosterona, testorena) parecen más activas, pero no están aún por ahora clínicamente en su punto. Lo mismo sucede con los extractos ováricos totales y la foliculina. Son aún necesarios muchos ensayos de clínica terapéutica para precisar esta terapia; pero los bioquímicos recientes son rios en promesas terapéuticas.

Las vitaminas, según parece, pueden ayudar (en cierta medida y asociadas a las hormonas) al desarrollo sexual. Hemos señalado que la vitamina C pertenece al mismo grupo químico que lo cortina y las sustancias sexuales mismas. Por otra parte, en el curso de diversas avitaminosis se observan trastornos del aparato genital, provocadores del aborto que puede evitarse introduciendo vitaminas en el régimen **alimenticio**.

La acción de las vitaminas sobre el aparato genital se ha puesto más en evidencia, en lo que concierne a la vitamina E. Esta favorecería, la fijación y la nidación de la semilla en la pared del útero y descartaría los abortos. pero su acción queda aún en estudio en cuanto a lo que se refiere a la terapéutica clínica.

*Observaciones sobre el
observaciones sobre el
crecimiento*

Si consideramos los procesos del crecimiento en relación con ciertas hormonas y vitaminas podemos hacer las observaciones siguientes: Limitémonos a las hormonas y a las vitaminas derivadas de los esteroides (fenantreno) y al estudio de su acción

en diferentes momentos del crecimiento. Durante el período del crecimiento somático que va del nacimiento a la pubertad, el más útil de los derivados de los esteroides parece ser la vitamina D fijadora del calcio indispensable a la construcción del esqueleto, los descubrimientos. En la pubertad, los esteroides dejarán paso (para permitir el desarrollo genital) a las hormonas sexuales (androsterona y foliculina). Cuando el crecimiento ha terminado, la vitamina D parece desempeñar un papel menos activo (pero durante todo el período adulto la actividad de las sustancias sexuales se mantiene). En la vejez parece ser que la acción fijadora del calcio de la vitamina D se desvanece (de calcificación ósea, osteoporosis senil) en este momento la actividad de las sustancias derivadas de los esteroides que han actuado antes en el sentido de un crecimiento ortodoxo no parecen poder actuar más que en el sentido de un crecimiento heterodoxo; esto aparte de los esteroides de los cuales derivan no solamente la vitamina D las sustancias sexuales, sino también las sustancias cancerígenas (carburo carcinógenos) que en este momento de la existencia parecen encontrar precisamente empleo (frecuencia de neoplasias heterodoxas, cáncer).

Otras vitaminas C y D parecen también ser capaces de activar a más de las neoplasias ortodoxas, las neoplasias heterodoxas (cáncer),

(De la revista "Medicina Latina").

Clínica y Terapéutica de las Quemaduras Graves

Por el Dr. DIEGO E. ZAVALA,

Médico Interno del Hospital **Alvear**, Médico
Agregado del Hospital **Rawson**

Las quemaduras pueden ser clasificadas de acuerdo con la profundidad o la extensión de la lesión. Además, la evolución del proceso patológico (local y general), que la quemadura produce, permite hacer una clasificación clínica de los diversos momentos evolutivos.

a) Por su intensidad se las clasifica, siguiendo a Dupuytren, en seis grados:

1er. grado, o de inflamación superficial de la piel y mucosas, caracterizada clínicamente por eritema con moderado edema y sin formación de flictemas; la descamación epidérmica es paulatina y tardía, sin dar lugar, en ningún caso, a la formación de superficies cruentas. La lesión no tiene ninguna gravedad local, pero su gran extensión puede producir fenómenos graves.

2º grado, con inflamación más acentuada de la piel y mucosas; existe eritema y edema más intenso, formación de vesículas y desprendimientos epidérmicos.

En las quemaduras de primero y segundo grado, que no llegan a la destrucción completa del cuerpo mucoso y de la capa **basal**, la restitución se logra por completo y sin formación de cicatriz.

3er. grado, con destrucción total del cuerpo mucoso y superficial de las papilas dérmicas, La zona quemada se presenta de color blanco mate con suave tinte

rosado y puntillado papilar en rojo; la lesión es insensible al contacto, pero dolorosa a la presión. La cicatriz consecutiva es inevitable.

4º grado, la quemadura comprende hasta la aponeurosis inclusive. vale decir que interesa el tejido celular subcutáneo. La lesión es de color amarillo por la presencia de grasa.

5º grado, quemadura hasta el

6º grado, carbonización total

En estos dos últimos grados, la escara es de color negro por carbonización de los tejidos; es seca y consistente, excepto en los bordes, donde existe secreción que humedece y ablanda. La insensibilidad por muerte de los tejidos es completa; sangra muy poco únicamente en las zonas limítrofes.

La anterior clasificación de Dupuytren tiende a ser reemplazada por otra más simple, que considera únicamente tres grados.

1º de inflamación superficial con eritema difuso y edema moderado; se acompaña de vivos dolores e hinchazón que persisten

entre tres o cuatro días ocasionando dificultades en los movimientos; pasado ese lapso, el rubor es reemplazado por la pigmentación, mientras que la epidermis descama abundantemente en forma de finas cutículas.

Anátomo-patológicamente se trata de una lesión inflamatoria muy simple con vasodilatación, infiltración y diapedesis.

2^o de enema intenso con formación de vesículas que contienen serosidad clara, amarillenta o rojiza por la presencia de hemoglobina. Las vesículas se forman al desprenderse la capa cornea de la de Malpighi; si se rompen precozmente, dejan al desnudo los cuerpos papilares del dermis de color rojo vivo y muy sensibles. Se originan de esta manera heridas superficiales que se infectan fácilmente, cubriéndose de costras parduzcas.

Las quemaduras de segundo grado son sumamente dolorosas; el dolor persiste durante cuatro o cinco días, hasta que el rubor y la tumefacción retroceden.

La curación se hace por regeneración de la epidermis que ha quedado conservada en los surcos interpapilares del dermis; la nueva epidermis, rosada al comienzo palidece más tarde, pero con frecuencia queda definitivamente blanquecina y cicatrizal, como sello indeleble de la quemadura, pero, noción importante, esta cicatriz no es retráctil ni origina queloides.

3^o de necrosis más o menos profunda. En el grado menor solamente la piel se ha necrosado y destruido. Se ven zonas grises, amarillas y pardas, blandas y tiernas, insensibles al tacto, en las que la presión produce dolor más o menos vivo; más tarde se forman escaras negruzcas, secas, insensibles, que al eliminarse dejan al descubierto superficies granulosas y vegetantes.

El período de eliminación de las escaras es largo y fatalmente sobreviene la infección; durante este período los dolores son muy vivos. La cicatrización se

realiza únicamente el trayecto que avanza desde los bordes hacia el centro; el tipo de cicatrización que resulta es de tipo retráctil. • P desaparecido en la práctica.

Se trata pues de un proceso difícil, que a menudo es incómodo y doloroso.

término, cuando las superficies destruidas son amplias. Las cicatrices que resultan son rojas, aterciopeladas, estrelladas, con frecuencia exuberantes y retráctiles.

Estos trastornos producen los efectos estéticos. Sobre todo cuando asientan en la cara, manos y miembros articulares. Constituyen definitivamente una zona de menor resistencia y se ulceran fácilmente. La acción de pequeños traumatismos espontáneos puede transformarlos en epiteliomatosos.

* Esta clasificación simplificada es práctica y sencilla por completo suficiente, si no saltara la delimitación neta entre las quemaduras de segundo y tercer grado de la clasificación de Dupuytren, que prevé cuando se formará o no cicatriz persistente, según sea el grado de destrucción de la capa mucosa.

La clasificación de las quemaduras según su extensión tiene gran importancia para su significación pronóstica. Para esta clasificación se considera la extensión de la superficie quemada.

vista patogénico, ha sido sometido a una completa revisión, que ha traído como consecuencia una profunda transformación de conceptos y de deducciones terapéuticas. En la actualidad se considera que la *quemadura enfermedad*, está casi íntegramente comprendida en este período y es producida, en sus elementos esenciales, por la profunda alteración biológica que ocasiona la rápida **irrupción** en el organismo —casi íntegramente realizada por vía parenteral— de sustancias **fcóxicas** originadas a nivel de los tejidos destruidos por el calor y por las **reacciones** de defensa que se producen, tanto en el orden general como en el local.

Se acepta, fundándose en sólidos datos de la bioquímica humoral y en variadas experiencias en animales, que la destrucción de los tejidos por el calor, produce una desintegración anormal o insuficiente de la molécula proteica, con formación de polipépticos y otros productos que, al ser vehiculizados por la circulación, actúan como un tóxico activo sobre el resto del organismo; dichas sustancias, de cualquier naturaleza que sean, parecen capaces de desencadenar un legítimo fenómeno anafiláctico, esto es, que al actuar sobre los demás tejidos no solo los lesionan por acción tóxica directa o inmediata, sino que originan reacciones defensivas, con formación de anticuerpos susceptibles de actuar sobre el mismo organismo, agravando los fenómenos tóxicos y destrucción. Naturalmente que el organismo procura eliminar estas toxinas, valiéndose para ello de sus emun-

torios y en primer término del hígado. Pero ocurre que estos mecanismos de defensa y reacción, están sujetos a un régimen de rendimiento que no siempre les da tiempo para contrarrestar y luchar con eficacia, cuando la intoxicación es masiva; aún en el caso de que el organismo no hubiera sido siderado, existe la posibilidad de que siendo el riñon incapaz de eliminar por encima de cierto nivel, resulte lesionado por las toxinas antes de haber podido cumplir con éxito su misión; en tal caso, los parénquimas alterados y **funcionalmente** insuficientes, serán incapaces de evitar la muerte en un período relativamente corto.

En los casos de muerte rápida P^{or} sideración, el riñon suele auedar indemne, porque las toxinas han ocasionado la muerte P^{or} impregnación de los centros nerviosos, sin dar tiempo a que el organismo ponga en acción sus medios defensivos y reguladores y a que se produzcan alteraciones de cierta magnitud en otros órganos,

Los exponentes de la irrupción de productos de desintegración de la molécula albuminoidea, producidos por combustión tisular y destrucción de los elementos figurados de la sangre, están dados por la hiperuricemia y sus equivalentes urinarios (siempre que el riñon conserve sus condiciones funcionales), hiperpolipeptiduria, hiperazoturia, aminoaciduria y hemoglobinuria.

Esta intoxicación es más moderada en las quemaduras de cuarto o sexto grado, en las cuales la carbonización de los tejidos reduce las albúminas a cen-

zas poco tóxicas y que no reabsorben.

Hay otras alteraciones que sin ser de orden tóxico contribuyen a agravar las condiciones biológicas. En efecto, desde antiguo habiase observado que la sangre de los grandes quemados se espesaba notablemente y adquiría color rojo bermejo; esta extraordinaria hiperconcentración sanguínea —que se ha visto dar hasta 16 millones de hematíes por milímetro cúbico (Dorrance) y tasas de hemoglobina por encima de 140— se debe por lo menos en gran parte, sobre todo para Underhill, a la intensa deshidratación —hasta el 70 % del agua total —■ que ocasiona la enorme pérdida de líquido por las superficies quemadas.

La hiperleucocitosis se instala de inmediato y es considerable; no se acompaña de 'hipernucleosis y su duración es breve. No puede aceptarse que sea causada exclusivamente por la hiperconcentración sanguínea, debiendo, en consecuencia, concurrir otros factores en su génesis.

Otros fenómenos son expresión de la reacción orgánica de defensa; el depósito de cloruros que se verifica no sólo a nivel de 3ª zona lesionada, sino en toda la superficie cutánea del quemado, se considera en la actualidad como un proceso defensivo por excelencia —comprobable también en las quemaduras como en las heridas y traumatismos— y produce cloropenia que exige una energética medicación rechlorante. También debe interpretarse en el mismo sentido la hiperadrenalinemia propia de los quemados:

Los trastornos del metabolismo hidrocarbonado (altas cifras de hiperglucemia, con o sin glucosuria) y la acidosis, constante, ^{deben} considerarse mas bien como TM causadas por alteraciones de ^{los} parénquimas, aunque en la génesis de esta última debe influir fuertemente la cloropenia; además se ha comprobado experimentalmente, que en las superficies quemadas se producen abundantes iones ácidos,

La toxicidad de la sangre, bien estudiada experimentalmente por Vogt y Vaccarezza, es una síntesis de todo lo anterior,

Las lesiones anatómicas patológicas son locales y generales. Localmente, además de la destrucción total o parcial de la piel, del edema, infiltración y congestión, se observan trombosis de los pequeños vasos dérmicos, que se instalan precozmente, y abundantes focos de extravasación sanguínea.

Las lesiones generales comprenden todo el organismo, pero gravitan más sobre pulmón, hígado, bazo, riñones, cápsulas suprarrenales, tubo digestivo y encéfalo. Su estudio sería cuestión sumamente larga, pero pueden resumirse en: congestión de intensidad variable e infartos hemorrágicos sin lesión vascular; son en un todo semejantes a las producidas por la inyección endovenosa de sustancias tóxicas (alérgicas) en sujetos sensibilizados. Posteriormente el cuadro anatómico-patológico se complica con la aparición de fenómenos degenerativos y tróficos,

En resumen: este segundo período caracteriza a un estado patológico de orden general; una

intoxicación con complejos fenómenos de anafilaxia, más intensa, naturalmente, en sujetos previamente sensibilizados. Convergen para crear el grave cuadro: fenómenos tóxicos, reacciones orgánicas, meiotragias viscerales y alteraciones anatómo-patológicas.

El síndrome clínico corresponde al de una grave intoxicación; al período inicial de excitación, sucede la adinamia, el coma y la muerte. El pulso rápido e hipertenso. suele mantenerse regular, La temperatura puede persistir normal, pero lo más frecuente es que haya hipotermia y, excepcionalmente, pueden presentarse hipertermias de 40 a 41 grados, cuya causa no ha podido establecerse aunque se acepta que son producidas por alteraciones tóxicas de los centros termorreguladores.

Es frecuente la aparición de vómitos, diarrea, incontinencia de orina y heces.

A este conjunto de síntomas se agregan aquellos que pueden comprobarse mediante los exámenes de laboratorio y que son expresión de las alteraciones biológicas existentes.

Este cuadro que, como ya se dijo, está instalado entre las 24 y 35 horas, alcanza su acmé al 2º o 3er. día y puede considerarse yugulado entre el 4º y 6º día. Pasado ese término ya ha finalizado el segundo período, o por lo menos se confunde insensiblemente con el tercero, en el cual la infección, que encuentra terreno propicio, complica a menudo la quemadura y produce fenómenos toxi-infecciosos.

En el curso del segundo período, la muerte sobreviene con frecuencia, después de un intervalo de exageración de las manifestaciones ya estudiadas; agitación mental, emisión de palabras sin sentido, delirio, convulsiones e hipertermia, o adinamia, que luego cede lugar al coma Profundo, con miosis, ritmo respiratorio de Cheyne-Stokes, algidez y síncope.

Corresponde dejar bien establecido el síndrome auscultado este período es de naturaleza exclusivamente tóxica, con prescindencia de toda infección, lo que prueba el que tenga lugar en las quemaduras subcutáneas asépticas, experimentalmente producidas en animales, La intoxicación de los grandes quemados, es por completo semejante al shock traumático y a la intoxicación que las dosis masivas de radium y rayos gamma al destruir grandes masas tumorales.

3º Período de cicatrización. - De duración variable, según la extensión y profundidad de las lesiones.

Las quemaduras extensas en las que toda la epidermis ha sido destruida deben epidermizar desde los bordes puesto que no quedan restos o nidos epiteliales capaces de transformarse en otros tantos centros de epidermización. Esta se hace desde la periferia; arrástrase con desahogada lentitud y en determinado momento se agota, persistiendo zonas centrales que nunca llegarán a epidermizar o lograrán hacerlo después de largo tiempo, cubriéndose de una piel delgada,

ielangiectásica y frágil, de pésima calidad.

Las quemaduras profundas producen gruesas escaras costrosas, muy adheridas, que tardan en desprenderse o hay que eliminar quirúrgicamente y que dejan superficies granulantes tórpidas y exuberantes, que más tarde son reemplazadas por cicatrices gruesas, duras, retráctiles y a menudo queloideas.

Durante el tercer período es cuando la infección secundaria adquiere toda su importancia.

La duración de este período y los daños que puede ocasionar, dependen fundamentalmente de que la infección haya podido ser evitada o por lo menos reducida en su extensión e intensidad. La

supuración de las amplias superficies cruentas crea situación en extremo delicada, al comprometer el estado general y dos órganos más importantes de la economía.

4? Período de las secuelas. — Importante sobre todo desde el punto de vista funcional y estético, pero dependiendo, en gran parte, del acierto con que se ha procedido en los primeros momentos.

PRONOSTICO

Abstracción hecha de los factores constantes que condicionan en todos los casos el pronóstico de las enfermedades, a saber: edad, estado general, tasas or-

gánicas, etc., el pronóstico de las quemaduras está dado en primer término por la extensión de la lesión y en segundo término por su grado de intensidad. Puede agregarse en **ia** actualidad, en que tanto se ha modificado el concepto terapéutico de las quemaduras, que dos factores gravitan fundamentalmente sobre el porvenir del quemado. 19: tiempo transcurrido entre el siniestro y el momento en que es atendido; 29: tratamiento general del primer momento y condiciones en que se ha realizado la primera curación.

Existe una marcada **analogía** entre el caso de una gran quemadura con el de un grave traumatismo abierto. Una primera curación que asegura **La asepsia** de la lesión y evita por consiguiente el desarrollo de esa grave complicación. la infección a la vez **eme** reduce al mínimo la reabsorción de los productos de destrucción tisular a nivel del foco; y un tratamiento general bien instituido y mantenido desde el primer momento, **eme** moderará el shock, estimula y recalienta al paciente hipotérmico y le salva de las gravísimas complicaciones pulmonares, poseen **muy** posiblemente mayor importancia pronostica **eme** la diferencia **eme** puede existir entre una quemadura **eme** comprende el 15 % y otra el 20 % de la superficie. aunque no por esto se desconozca la importancia de este último elemento de **juicio**.

En la actualidad es sin lugar a dudas, la extensión de la lesión la que da el indicio más seguro y aproximado en lo que a conservación de la vida se refiere,

y es su ubicación y distribución, la que determina el pronóstico funcional y estético,

TRATAMIENTO

El quemado debe ser considerado para su tratamiento inmediato, como un traumatizado grave, susceptible de presentar intenso shock y con lesiones abiertas que se inyectan con extrema facilidad; más adelante será un intoxicado, muy a menudo un infectado, con amplias zonas para cicatrizar,

En consecuencia, lo primero que corresponde hacer, es tomar las providencias necesarias para evitar o disminuir el shock si aun no **J?***4 presente / **h**fer todo lo posible para mitigar!

su agravación, o la muerte a que puede conducir, si se ha iniciado.

El segundo término, someter la región quemada a cuidados tanto o más esmerados que los **trae** se tienen con una grave herida traumática. De aquí se desprenden de dos premisas fundamentales: terapia dirigida a la **quemadura enfermedad general** y terapia dirigida a la **quemadura lesión local**.

En consideración a que la **óportu-** nidad y naturaleza de los recu- cursos terapéuticos cambian con cada uno de los estadios evolutivos, es necesario establecer lo que se ha de hacer en cada uno de ellos. Así se comprende la importancia que tiene, estudiar con detenimiento, lo que las diversas fases de la evolución significan y pueden significar para el futuro.

19 *período*. — Durante este breve período la atención debe dirigirse a los cuidados generales. Lo primero que hay que hacer es transportar al accidentado a un sitio apropiado para su tratamiento, esto es, a un local abrigado y caliente, con instalaciones que permitan llenar a satisfacción el tratamiento local y con un buen provisto arsenal terapéutico. El dolor y la excitación o depresión, son lo más llamativo de este momento y lo que más urge tratar, mediante la administración de morfina a dosis de uno a dos centigramos.

Cuando el dolor es moderado y hay poca excitación, pueden utilizarse otros analgésicos como la cibalena inyectable, etc., que son de real eficacia; en los niños, por las contraindicaciones que tiene la morfina, puede recurrirse a la coreina y al doral, aunque con parsimonia. Me Lenan recomienda omnubilar al niño con algunas gotas de cloroforfo, cuya administración puede continuarse durante varias horas sin inconveniente.

En aquellos casos con marcada deuresión y tendencia al shock de entrada, los estimulantes generales y cardiovasculares deben aficionarse a los analgésicos; la cafeína, coramina, alc?nfor, esparteína, adrenalina y sus similares, en cualquiera de las formas con que los presenta el comercio, están indicados. El emoleo de pequeñas dosis de estos estimulantes es siempre conveniente, aún en los casos benignos.

El restablecimiento del quemado, evitando dejarlo falto de abrigo o en un lugar frío y en

corrientes de aire, es indicación de fundamental importancia y valedera desde el primer momento. En los medios bien provistos, suelen existir cámaras especiales (shock room) que eliminan toda dificultad, pero siempre deberán tenerse a mano los elementos necesarios para instalar un lecho de lámparas, en el cual puede mantenerse al paciente a una temperatura constante y uniforme, entre 35 y 41° grados. En caso de que no fuera posible habilitar un lecho de lámparas, no debe omitirse su colocación en cama y con bolsas de agua caliente,

29 *período*. — Comprende tratamiento general y local.

Tratamiento general. — Lo que se dijo para el primer período, está indicado también en éste; dichas medidas terapéuticas deben mantenerse o instalarse si antes no se lo hizo. El paciente permanecerá en el lecho de lámparas o cuidadosamente recalentado, durante los seis u ocho primeros días que son los de mayor gravedad.

Hay que tomar las medidas oportunas para resolver todo aquello que puede agravar al quemado y que el examen clínico y el laboratorio acusan:

La hiperconcentración sanguínea, que para Underhill y otros, es un factor capital en la génesis de los accidentes generales y que se origina por las grandes pérdidas de líquido a través de la superficie quemada, exige la sobrehidratación inmediata e intensiva para que sea eficaz; conviene administrar cuatro a seis litros de líquido por día en forma de suero fisiológico y glucosado por

tes, su acción puede ser salvadora.

Se aconsejan las transfusiones moderadas, de 200 a 300 cc. repetidas varias veces, según convenga y parece preferible la-transfusión de sangre pura, que la de sangre citratada; las grandes transfusiones tienen su empleo restringido para los casos con intenso shock.

Algunos autores opinan que el aumento brusco de granulaciones tóxicas en los glóbulos blancos, debe hacer pensar en la agravación del paciente e indicar. repetir la transfusión.

Las tentativas de inmunización con sueros antiquemaduras, muy bien fundadas teóricamente (Rotzareff) no han dado, hasta ahora, resultados prácticos apreciables

En el quemado, como en cualquier traumatismo abierto, es de rigor la aplicación de suero anti-tetánico a título preventivo; la aparición del tétano en el curso de una quemadura, lejos de ser una complicación ilusoria, es una posibilidad efectiva. Avanzando un poco más, se ha recomendado el suero antiestrepto, como preventivo de la erisipela, que suele aparecer con predilección durante el tercer período.

Por último, todo este conjunto de fenómenos que se acepta es producido por una autointoxicación que tiene su punto de partida en la superficie quemada, beneficiará fundamentalmente del tratamiento a que se someta dicha región, puesto que al evitar la reabsorción de productos tóxicos, se hace profilaxis.

También se ha propuesto con el objeto de evitar la reabsorción

de toxinas, la aplicación de solución de adrenalina en la quemadura y con el propósito de diluirlas, se utiliza el baño permanente del quemado, sistema de tratamiento éste que será considerado en lugar más oportuno, *Tratamiento local.* — El tratamiento local no pertenece estrictamente al segundo período. En los casos benignos y de mediana gravedad puede practicarse desde el primer momento, pero en los muy graves, es necesario dejar pasar algún tiempo (3 a 5 horas) a la espera de que el estado general haya reaccionado algo, pues, en su defecto, el shock, de por sí intenso, se acentuaría con el tratamiento, hasta llegar a ser mortal, por otra parte, los cuidados locales deben continuarse durante el segundo período con la más "garosa dedicación.

El intervalo entre el accidente y la primera curación, debe ser breve; después de la sexta hora las posibilidades de evitar la infección disminuyen notablemente. La excesiva premura en ejecutarlo también es contraproducente; puede agravar el shock y no da tiempo a que se constituyan todas las vesículas y se definan suficientemente las regiones Quemadas.

Hay que considerar dos casos, según que el paciente llegue virgen de todo tratamiento y antes de las seis horas, o que ya haya sido tratado y hayan transcurrido más de seis horas, vale decir, que se deba considerar infectado.

ler. caso. — Quemado que llega sin tratamiento local previo y precozmente.

Si se recuerda que fue considerado al quemado como semejante en todo concepto a un herido contuso grave en potencia de infección, se estará de acuerdo en que lo primero que debe hacerse, en el orden, local es proceder a un cuidadoso toilette de la quemadura, puesto que su porvenir depende de la primera curación.

La ejecución minuciosa del tratamiento exige, por razones de humanidad, porque no es posible realizarla bien en un enfermo inquieto y porque los sufrimientos que ocasiona, acentúan el shock, obnubilarlo con cantidades apropiadas de morfina, con toques previos de novocaína al 1 % o como lo aconseja Sorrel, hacerlo bajo anestesia general. Sus finalidades son: a) *limpieza, desinfección y desengrase de la superficie cruenta y de su vecindad*, mediante abundante lavado con suero fisiológico tibio; la piel vecina se limpia con agua y jabón. Algunos aconsejan lavar la superficie descutinizada con una solución jabonosa (una fórmula es: jabón blanco 300, alcohol 200, éter 100), y otros prefieren después del lavado con suero, limpiar rápidamente con bencina y éter, secando cuidadosamente a continuación.

Si se trata de zonas pilosas, afeitarlas previamente.

Todo esto se ejecuta con instrumental y gasas esterilizadas, como para cualquiera herida.

b) *Eliminar en la medida de lo posible los tejidos mortificados y los colgajos epidérmicos desprendidos a fin de reducir la reabsorción de productos tóxicos y hacer desaparecer las anfrac-*

tuosidades, que de persistir hacen ilusoria la desinfección. La excisión quirúrgica de los tejidos mortificados, sería lo ideal, pero únicamente puede emplearse cuando se trata de quemaduras en block, profundas y no muy amplias; Hamant y Grimault recomiendan este método, que ya fue utilizado por otros autores (Quenú, Murat Willis, Wells, Ravdin y Ferguson) pero advierten que la eliminación de los tejidos quemados debe ser absoluta, para lograr los beneficios que el método ofrece: supresión de toda intoxicación y sutura inmediata seguida casi siempre de curación rápida; Weindenfeld y Zambusch, aconsejan en las quemaduras amplias y profundas, hacer resecciones parciales de tejidos mortificados, lo que disminuye la intoxicación y la escara a eliminar.

La epidermis mortificada es desprendida y eliminada, mientras se realiza el lavado de la quemadura frotando suavemente con una torunda de gasa de algodón. Ha que hacerlo a conciencia para que solo quede epidermis sana: en su defecto habrá formación de vesículas tardías. Si lo que significa un serio conatemplo. Únicamente en las regiones de epidermis gruesa (palma de la mano, planta del pie) es menester eliminarlas instrumentalmente.

En aquellas zonas sospechosas, en las que es probable que se formen flictemas tardías, puede provocarse y acelerarse su formación aplicando compresas con suero fisiológico caliente. La posibilidad de la formación de vesículas tardías es motivo de que

se proponga esperar una a una hora y media, antes de proceder al curtido, si dicho método se ha elegido.

La conducta a seguir con las vesículas merece cierta atención. Si el tratamiento local ha de reducirse a la limpieza y desecación, lo mejor es respetar todas aquellas que están intactas, mientras no almacenen pus, para dar lugar a que epidermicen; las que se han abierto deben ser eliminadas. Si por el contrario, se va a proceder al curtido, es indispensable hacerlas desaparecer por completo.

c) *Medidas dirigidas a consolidar y mantener la antisepsia obtenida, a evitar la exudación y pérdida consiguiente de líquido, la reaparición del dolor y la reabsorción de productos tóxicos de formación secundaria (por fermentación y descomposición), y a favorecer el proceso de reparación.* En conjunto, medios con los cuales se trata de reemplazar, como sea posible, la piel des-

truida y proteger la superficie cruenta.

En la actualidad, la mejor manera de lograr los propósitos enunciados, es con el curtido. ^{J^{ue}} Puede ejecutarse con substancias * ^{te^{ca}f.} diversas, aunque la mas difundida sea a ^{da} ^{por} ^{avidson,} del curtido tá- ^{TM^{co}} **lujsáa por** ser muy práctica y efectiva.

Para el curtido tánico, se han empleado soluciones de ácido **te** nica en concentraciones del 1 al 20 % ■ alparcer la que reúne mayores ventajas es la solución al 5 % (Davidson, Bohler, Masmon- teil y otros). Las soluciones débiles poseen acción coagulante lenta y mayor penetración produciendo una costra firme, gruesa y persistente; las soluciones concentradas coagulan con mayor rapidez, pero tienen menor poder de penetración, por lo que dan una costra delgada y que se desprende más pronto que la precedente. La elección de la concentración dependerá, pues, de esta diferente acción de las

soluciones débiles y fuertes, y de las características del caso particular; cuando por la limitada amplitud de la quemadura (10 al 20 %), por el buen estado general y docilidad del paciente, no haya necesidad de obtener un curtido rápido, es preferible utilizar las soluciones débiles, que dan una costra de mejor calidad y mayor duración; cuando por la marcada depresión general y deshidratación del paciente, por la gran amplitud de la superficie quemada o su ubicación en regiones fácilmente infectables grs. (proximidad de los orificios naturales), o cuando se trata de sujetos indóciles y niños que no pueden mantenerse mucho tiempo quietos, es menester obtener el curtido en el breve tiempo, está indicado el empleo de soluciones concentradas, que si bien

”

no producen un curtido de la mejor calidad, permiten salvar más rápidamente los peligros e inconvenientes del primer momento. Las soluciones tánicas débiles no poseen el poder antiséptico suave que tienen las soluciones concentradas; Davidsón creyó conveniente conferirles cierto poder antiséptico, agregando una débil cantidad de bicloruro de Hg (al 0.50 por mil), que tiene la ventaja de poseer un poder coagulante de las albúminas; esto es muy discutible, puesto que el bicloruro de Hg precipita al contacto de las albúminas, con lo que pierde su acción. También se ha propuesto como fin, añadir oxicianura Hg al 0.25 por mil (Bernard) y acriflavina.

Leoni y Curutchet, que recomiendan con entusiasmo la solución de tanino al 10 %, agregan resorcina al 5 por mil; opinan que la resorcina reúne ventajas apreciables por ser un antiséptico dérmico de acción electiva sobre los cocos, analgésicos y poco tóxico, Se dan a continuación dos fórmulas de eficacia comprobada. fl)

Fórmula Davidsón

Ac. tánico	50
Bicloruro Hg	0,50 ”
Bicarbonato sodio	8 ”
Agua hervida ...	1000 cc.

Fórmula Curutchet

Ac. tánico	100
Resorcina	5
Bicarbonato sodio	8 ”
Agua hervida	1000 cc

El bicarbonato de sodio se incluye en las fórmulas para obtener una solución ligeramente alcalina que facilita un curtido más uniforme,

El curtido tánico puede conseguirse por la aplicación de compresas embebidas en la solución, que previo bendaje se dejan colocadas varios días; es el método que se practicó al principio, que aun puede tener indicaciones.

En la actualidad existe manifiesta preferencia por las pulverizaciones repetidas, como lo hacen los americanos por la aplicación con el mis

Las soluciones deben ser preparadas en el momento de usarse.

eación de compresas que se mantienen impregnadas de solución tibia.

El curtido con pulverizaciones de la solución tánica, método de Bach y Powers, se ejecuta valiéndose de un pulverizador de amplio radio de acción, como los que se fabrican para uso médico, o los comunes del comercio para destruir insectos.

Su acción es lenta, pero tiene la ventaja de poder ser hecho en el lecho de lámparas y con el paciente colocado sobre compresas esterilizadas; el manipuleo que se evita con este método lo hace menos peligroso para la asepsia.

Mediante la aplicación de compresas de gasa impregnadas en la solución, como lo aconsejan Leoni Iparraguirre y Curutchet, se consigue el curtido en muy breve tiempo; requiere que las compresas tengan poco espesor, se apliquen perfectamente a las sinuosidades, para que el curtido resulte uniforme y que se cuide de mantenerlas continuamente húmedas. Una vez comprobado que se ha obtenido el curtido, que presenta la superficie abumada y especialmente los bordes, se retiran las compresas, se dejan secar y luego se cubren con gasas esterilizadas y vendan o se coloca, al sujeto en el lecho de lámparas.

Utilizando la solución de tanino al 10 % y el método de las comoresas, el curtido es completo a la hora u hora y media; con las pulverizaciones y la solución de Davidsn. dicho resultado requiere de 10 a 24 horas.

El procedimiento del baño en solución de tanino, es poco utilizado, aunque puede ser eficaz en

los niños, difíciles de someter a otros sistemas por su indocilidad. Las pomadas con tanino no dan buen resultado. Una preparación comercial, el Amertan, que consiste en una jalea con tanino al 5 % y merthiolado al 1 por mil, como antiséptico, es eficaz y práctica.

Diversas sustancias se utilizan para obtener el curtido de las quemaduras, además del tanino.

El método de Coan aprovecha la acción coagulante del percloruro de hierro al 5 por ciento; produce una costra parduzca, blanca, persistente y que persiste adherida largo tiempo. Su aplicación es muy dolorosa y da a menudo cicatrices que loideas.

El violeta de genciana al 1 % preconizado por Aildnch, posee* un poder antiséptico y origina una costra deleada y blanda, semejante a la del tanino. Aunque algunos autores opinan que en las quemaduras recientes el violeta de genciana puede aplicarse sin toilette previo creemos que no es conveniente en ningún caso, prescindiendo de este requisito. El mercurio cromo al 2 % y el verde brillante al 1 %, en soluciones acuosas, poseen propiedades semejantes al violeta de genciana y las cicatrices que producen son excelentes desde el punto de vista estético. Con ambas sustancias es necesario repetir las aplicaciones en los días siguientes, para reforzar su acción; con un verde brillante se utilizará la solución al 1 % en alcohol a 60° para las aplicaciones secundarias.

Los colorantes antisépticos tienen ventaja sobre el tanino, para el tratamiento de las quemaduras de tercer grado; en estas quemaduras, el tanino produce una costra gruesa y dura, debajo de la cual no tarda en desarrollarse una supuración rebelde y abundante; la caída de la costra, que es tardía y se hace difícilmente, deja una superficie de granulación que supura y tarda mucho en cicatrizar.

El método de Betman, en el que se combinan la acción del tanino y del nitrato de plata, es práctico y tiene varias indicaciones. que lo hacen muy interesante. Consiste en obtener la formación casi instantánea de la costra, aplicando primero la solución de tanino al 5 % e inmediatamente después de haberse secado, el tópico de nitrato de plata al 10 %. La superficie quemada adquiere de inmediato un color negrozco y aspecto seco, opaco: la costra es seca, insensible e impermeable, pero delgada y flexible, lo que la expone menos a resquebrajarse: tiene el defecto de desprenderse muy pronto.

El método de Bettman está indicado cuando por la gravedad del caso, haya que salvar el primer momento, o en las quemaduras que por su situación están muy expuestas a reinfectarse. Lo hemos utilizado en niños de corta edad, con amplias quemaduras, habiendo obtenido excelentes resultados.

El tratamiento con el azul de metileno, ha adquirido escasa difusión.

El alcohol, cuyas propiedades de fijador y deshidratante son bien conocidas, también ha sido utilizado; se aplican compresas o algodón hidrófilo embebido en alcohol a 90% o 70%, produciéndose una costra seca, dura y fina, debajo de la cual la cicatrización se hace en muy buenas condiciones. La aplicación de alcohol es muy dolorosa durante el primer momento, pero su uso puede ser necesario cuando se carece de otra sustancia, aunque preferimos reservarlo para mantener secas las vesículas secundarias que se forman en una quemadura ya curada, o los bordes húmedos de las costras,

Son numerosos los métodos que aún no se han mencionado' algunos de ellos se incluyen en el siguiente capítulo, por estar indicados sobre todo en los casos que a dicho capítulo corresponden.

El método preconizado por Zf... no consiste en envasar la quemadura con buenos resultados siempre que se asegure la desinfección de la lesión. Cabe recomendar para las quemaduras del cuello y miembros.

Requisitos que se deben observar para tener éxito con el curtido y cuidados ulteriores. — Antes el tratamiento previo, que asegura la completa limpieza de la quemadura y la eliminación de todo resto cutáneo mortificado de utilizar material e instrumental esterilizado y colocar al paciente en compresas también esterilizadas, para evitar la reinfección, además de haber seguido estrictamente la técnica del curtido ya establecida, es necesario, desde que se inicia el

curtido, colocar la región quemada en la posición definitiva que mantendrá inmóvil, durante el tiempo que persistan las costras.

Las posiciones más convenientes son:

Cuello. — En posición ligeramente Inversa al lado quemado; ejem.: flexión en las quemaduras de la nuca.

Axila. — Abducción de 80-90°; hacia adelante si la quemadura es posterior y hacia atrás si es anterior.

Codo. — En flexión de 160-170° si la quemadura asiente adelante y en flexión de 90° si es posterior; flexión de 135° cuando ambas regiones están comprendidas.

Dedos y muñecas.—En posición de canavel; muñeca en flexión dorsal de 45°, las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de los cuatro últimos dedos, en flexión de 45° y el pulgar en oposición, de manera que la parte palmar del pulpejo corresponda al índice.

Ingle. — Abducción y flexión moderadas.

Rodilla. — Extensión o muy ligera flexión.

Tobillo. — Formando ángulo de 90°.

La más completa inmovilización debe ser mantenida. Hay que evitar todo roce o compresión, que pueda resquebrajar la costra, facilitando la infección o producir su caída prematura, Por la misma razón, evitar el rasgado del enfermo.

La flictenización secundaria, aunque en gran parte puede ser evitada observando las indicaciones ya mencionadas, significa un serio contratiempo, porque la in-

fección prende fácilmente en la zona descubierta que queda y de allí se propaga el resto de la lesión. En caso de formarse flictenas tardías hay que tratarlas con dedicación; en primer término es menester eliminar las costras o colgajos epidérmicos que la cubren, limpiar cuidadosamente la secreción purulenta y tocarlas con nitrato de plata, solución de ácido pícrico y alcohol; las curaciones con Plidol al 2 %, mertiolato, iodoformo, violeta de genciana, rivanol, pomada de ^{óxido} amarillo de Hg, están indicadas.

Lo común es que alrededor de los siete días, algunas partes de la costra se levanten por acción del exudado subcostráceo; en ese caso hay que resecar en toda su amplitud la costra levantada y tratar la superficie cruenta en la forma que ya se dijo,

Cuando se desarrolla supuración debajo de la costra, hay que proceder sin dilación a levantarlas y resecarlas en la extensión necesaria, para dar salida al pus. La conducta para con la superficie granulante que queda, no varía, debe prescindirse de colocar apósitos, que además de producir dolor al adherirse, retienen las secreciones y facilitan su descomposición.

Todas aquellas regiones en las que se produce la caída prematura o el resquebrajamiento de la costra táctica deja al descubierto superficies de granulación, son acreedores del tratamiento ya indicado.

2º caso. — Quemado con tratamiento previo o que llega, tardíamente (después de la sexta hora).

Casi en la totalidad de los casos el tratamiento a que han sido sometidos, es la aplicación de substancias grasas, que es lo peor que se puede hacer. En efecto, el curtido no puede ser realizado en una quemadura previamente cubierta con un cuerpo graso; con mucho esfuerzo se consigue un curtido muy insuficiente y la infección no tarda en presentarse, como que la presencia de grasa en la superficie quemada hace poco menos que imposible una limpieza. Hay quienes aconsejan intentar el curtido con tani no y, mejor aun, con violeta de genciana al 1 %, previo jabonado o limpieza con bencina o éter, de la lesión.

En las quemaduras que llegan despues de la sexta hora, o posiblemente infectados por la existencia próxima de focos sépticos, la preparación preliminar debe ser igualmente minuciosa y el lavado con jabón, bencina y éter, no se omitirá; la aplicación de un tópico antiséptico o el baño de Hebra, antes de proceder al curtido es conveniente. Son especialmente apropiados para estos casos los colorantes antisépticos (violeta de genciana, verde brillante y mercurio cromo) que asocian su poder coagulante al antiséptico.

En estos casos, en los que el curtido puede ser de resultado precario y hasta contraproducente, por las probabilidades que existen de que se desarrolle la infección, es más prudente optar por el tratamiento al aire libre; consiste en colocar al paciente en el lecho de lámparas, una vez terminada la limpieza de la quemadura, prescindiendo de

todo aposito o aplicación anti-séptica; las mismas secreciones, rápidamente desecadas y endurecidas por la temperatura ambiente, constituyen una cubierta protectora y que dirige la cicatrización. Posee la indiscutible ventaja de evitar las curaciones siempre muy dolorosas—siempre producen micro-infecciones, abriendo nuevas puertas a la infección.

El método es muy entusiasta, de este método, afortunadamente para las maduras infectadas de casi todas las regiones del cuerpo.

La mayoría de los actores, lo consideran como el método de elección para las quemaduras de la cara.

El baño continuo que aun goza de prestigio en Viena, donde lo usó de moda Hebra y del cual se dijo al referirse al tratamiento de la auto-intoxicación consiste en mantener al quemado en un baño de agua a 29°C; tiene propiedades que lo hacen muy indicado para el tratamiento de las quemaduras sucias infectadas y tardíamente atendidas, aunque puede ser utilizado con ventajas en cualquier quemadura. Segura la dilución y eliminación de las toxinas, cuya reabsorción se evita, y de las secreciones y supuración; asegura el drenaje continuo de la herida, facilita el desprendimiento de los tejidos quemados, calma notablemente el dolor, desodoriza y estimula la epidermización. Sus inconvenientes son la marcada acción depresora cardiovascular, que exige la observación continua del paciente y que requiere instalaciones especiales, de las que carecemos en nuestro

medio. La acción depresora puede moderarse, aprovechando sin embargo, de las virtudes del procedimiento, utilizando el baño prolongado. —No continuo—, en el cual se mantiene el quemado durante ocho horas y luego se coloca en el lecho de lámparas, pudiendo repetirse los baños. Es sobre todo aplicable en las primeras horas que siguen al accidente.

Existen métodos que pueden emplearse tanto en las quemaduras limpias como en las dudosas e infectadas, pero que por el menor de su acción tóxica o destructora de la piel, quedan restringidos al tratamiento de las lesiones poco amplias. Tales son el método de Hartmann, en el que se cubre la quemadura con gasas yodoformadas y el de Reclus, que utiliza la pomada yodoformada al 1 %. El ácido pícrico al 1 % también se recomienda. Resultan más apropiados para el tratamiento de las superficies granulantes que quedan después de la caída prematura de las costras. Otros sistemas son: el de Alglabe, que consiste en cubrir la quemadura alternativa-

mente con compresas impregnadas en aceite de lino y aceite gomenolado. El de Okinczyc, para quemaduras de segundo grado, consiste en pasar tintura de iodo y colocar un apósito aséptico, que se deja durante diez días. El de Hingenfeldt, utiliza compresas impregnadas de solución de tanino al 5 % en linimento oleo calcáreo, que se renuevan tres o cuatro veces por día.

3 Q *period* ^ _ ^ ^
 O de duración variabl a
 menudo ^ trata
 miento ^ *oMen i*, i ;
 infección, presente las
 más de ye
 ded micna aten * ión;

Tratamiento general. — Después del gravísimo trance porque ha tenido que pasar un quemado de cierta magnitud, el organismo queda en inferioridad de condiciones, que se agravan por el sufrimiento físico y moral. Hay que luchar con enfermos que no obstante los recursos terapéuticos" puestos en acción, persisten deprimidos, anémicos, asténicos e inapetentes. Todos los órganos y aparatos, unos más que otros,

quedan alterados y producen trastornos.

El aparato circulatorio acusa la intoxicación padecida por eretismo, taquicardia, hipotensión, disnea de esfuerzo, extrasistolia; más raramente la insuficiencia es pronunciada.

El aparato digestivo se caracteriza por la insuficiencia y lentitud con que realiza sus funciones; inapetencia rebelde es habitual; suele haber constipación, a veces- diarreas, que a menudo son expresión de un verdadero estado caquéctico. La insuficiencia hepática no es ajena a los trastornos digestivos.

El riñon puede quedar con lesiones de cierta consideración, o con alteraciones banales, pero que deben tratarse con cuidado.

No es excepcional la presencia de albúmina y cilindros en la orina.

El sistema nervioso vegetativo contribuye con múltiples y variados síntomas. Trastornos trofícos pronunciados, edemas rebeldes, etc., pueden ser otros tantos problemas a resolver.

Seria tarea sin fin procurar desarrollar cada uno de estos puntos como lo merecen; la sagacidad y el criterio clínico tienen que encargarse de dar amplia y adecuada solución a las situaciones que se presentan. La medicación reconstituyente y anti-infecciosa, si fuera del caso, y los regímenes alimenticios apropiados, ocupan el primer plano por su importancia en el tratamiento.

Tratamiento local. — Las quemaduras que no han sido bien limpiadas y curtidadas suelen infectarse.

En las quemaduras de segundo grado, la supuración es superficial y aunque perjudica los centros de epidermización, no basta para destruirlos, pudiendo repararse con cierta dificultad la epidermis destruida. Quedan superficies rojas, brillantes y húmedas, que se cubren con costras parduzcas; cuando al término de cuatro a cinco días las costras caen, ya existe revestimiento epidérmico rosado, que en breve término se transforma en piel delgada, blanquecina y descamativa, para adquirir paulatinamente los caracteres normales. En estos casos el tratamiento es nulo; todo lo que hay que hacer es evitar los traumatismos y roees.

Quando se ha desarrollado supuración debajo de las costras, estas se desprenden precozmente y quedan superficies vegetantes y supurantes, que sangran fácilmente y que si se cuidan adecuadamente epidermizan con cierta lentitud, por islotes distribuidos en su superficie,

Estos casos benefician de los baños y curaciones húmedas con líquido de Dakin-Carrel, solución de sulfato de magnesia al 20 %, cloruro de magnesia críst. al 25 %, agua boricada, infusión de manzanilla, solución de rivanol, etc.; es conveniente alternar el empleo de dos o más de estas substancias en los baños o curaciones. La aplicación de bálsamo del Perú, suele dar excelentes resultados por su acción queratoplástica, antiséptica, descongestionante y analgésica; durante el primer momento produce dolor que cesa rápidamente. También dan excelentes resultados, por su

acción citofiláctica, la pomada de rojo escarlata al 5 % y la cioramina T al 1.5 %. La pomada de mertiolato, así como los apósitos con caldo de vacuna son recomendables para combatir la infección; los apósitos grasos como el cicatul, o las curaciones con aceite de hígado de bacalao, son más eficaces para estimular y proteger la formación de epidermis, cuando la infección ya ha sido o está muy atenuada que cuando aún es intensa.

La renovación del apósito es muy penosa y produce microtraumas que inflaman y abren nuevas vías a la infección; es conveniente desprenderlo con irrigaciones de agua oxigenada o con baños.

Con estos sistemas hemos visto cubrirse rápidamente de epidermis, no obstante la infección agregada, amplias superficies cruentas.

En las quemaduras curtidas con éxito, las costras comienzan a desprenderse desde el sexto o séptimo día y dejan superficies ya epidermizadas o indoloras.

Cuando el curtido ha sido defectuoso, en algunas partes la costra cae muy pronto y quedan zonas que por lo húmedas, dolorosas y delicadas, presentan notable contraste con el resto, apergaminado, seco y completamente indoloro. Dichas regiones deben cuidarse con esmero

para atenuar el dolor y evitar la supuración. Benefician con las aplicaciones de bálsamo del Perú, Pelidol, rojo escarlata, tópico de nitrato de plata al 10 %, etc.

En aquellos casos en los que aparece supuración subcostrácea, éstas se desprenden con lo que dejan de ejercer su acción protectora y en cambio retienen pus y secreciones, empeorando el estado local; lo más prudente es eliminar el curtido y a continuación hacer baños o fomentaciones con las sustancias ya indicadas y una vez que ha disminuido la supuración, emplear las curaciones con sustancias anti sépticas y cicatrizantes. A veces, no obstante el fracaso del curtido, se conservan amplias zonas descentrales de epidermización.

En las quemaduras que evolucionan dificultosamente por la infección y que comprenden regiones en las cuales las retracciones y sinequias son de temer, es de rigor la colocación de yesos y aparatos apropiados, que las eviten o moderen. No hay que dejar pasar el momento oportuno para su colocación, pero tampoco es conveniente apresurarlo demasiado; el momento es cuando disminuye en forma apreciable la supuración y se inicia la epidermización. Mientras tanto hay que vigilar.

(Concluirá)