

163

Año 22

Vol. XX



REVISTA

HONDUREÑA

HONDUREÑA

Noviembre-Diciembre-Enero

1952 - 1953

SUMARIO

Por un Congreso Médico	243
El Director	
Síndrome post-trombótico de los miembros inferiores	244
Dr. Hernán Corrales P.	
Curiosidades Quirúrgicas	261
Dr. José Gómez Márquez Gironés	
Primer Congreso Centroamericano de Utorrinolaringología	264
Dr. J. Napoleón Alcerro	
Problemas Psiquiátricos del Alcoholismo	267
Dr. Ramón Alcerro Castro	
Escleroma Rinofarinvolaringeo en Honduras	275
Dr. J. Napoleón Alcerro	
Dr. Hernán Corrales P.	
Dr. J. Adán Cueva	
Referatas	284
Dr. Ramón Alcerro Castro	
Pauvasculoneuritis	293
Dr. Hernán Corrales P.	
Carcinoma Bronquiógeno	298
Dr. Rigoberto Alvarado	
Dr. Cornelio Corrales P.	
Dr. J. Adán Cueva	
Obituario	305
Apuntes de Patología Médica para enfermeras	307
Dr. Martín A. Bulnes B.	

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: HERNÁN
CORRALES V.

Reductores: RAMÓN
ALCERRO CASTRO

J. NAP'OLEON ALCERRO

J. RAMÓN FERREIRA

Secretario:
ALEJANDRO ZUNIGA

Administrador:
SALOMÓN MUNGUIA ALOXZO

Año XXII | Tegucigalpa, D. C.- Honduras, C. A., Nov., Dic. y Enero, 1952-1953 | 163

Por Un Congreso Médico

En el último Congreso Centroamericano de Medicina que se efectuó en San José de Costa Rica, se acordó que Honduras sería la sede del próximo cónclave médico. No se ha efectuado aún, habiendo transcurrido ya la fecha en que debió celebrarse. El Dr. Juan A. Mejía, embajador de Honduras en Nicaragua, se ha dirigido a la Asociación Médica Hondureña, informando que ha recibido la visita de algunos médicos nicaragüenses, quienes le manifestaron que en caso de que Honduras no decida la celebración de dicho congreso, ellos comenzarían a dar los pasos necesarios para efectuarlo en su Patria, necesitando por tanto, conocer la actitud de Honduras respecto al problema.

La Asociación Médica Hondureña, aprobó en sesión ordinaria, enviar una nota al Señor Ministro de Educación, recordándole el compromiso contraído por nuestro gobierno en el último congreso centroamericano de medicina, pues fueron representantes oficiales quienes suscribieron tal acuerdo en Costa Rica.

Nosotros sostenemos el criterio de que debe realizarse dicho congreso en Honduras y fomentar desde ya, el ambiente propicio, tanto porque hay que solventar el compromiso como porque su realización, nos dejaría el edificante saldo de haber removido un poco la apatía con que observamos los eventos de tal naturaleza circunscritos a Centro América, con la idea quizá de que no están informados de la trascendencia científica que los verificados fuera del istmo, a donde llega frecuentemente nuestra Patria por medio de sus delegados.

Pero es lo cierto que, los congresos de varias especialidades médicas efectuados últimamente en diversos países centroamericanos, demuestran que se derivan enormes y positivos adelantos en el conocimiento, difusión y solución de nuestros problemas médicos.

Por ello la A. M. H. ha cumplido un deber al pedir al Señor Ministro, se sirva dar la atención que merece el problema que nos

MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

SOCIOS HONORARIOS

Dr. Vicente Mejía Colindres ——— Tegucigalpa, D. C.
Dr. Oswald S. Lowsley ——— New York, EE. UU.

SOCIOS EN TEGUCIGALPA

Dr. Alcerro, Napoleón	Dr. Gómez Robelo, Roberto
Dr. Alcerro Castro, Ramón	Dr. Guibert, Henry D.
Dr. Alvarado, Rigoberto	Dr. Herrera A., Víctor
Dr. Banegas M., Virgilio	Dr. Lázarus, Roberto
Dr. Bardales, Armando	Dr. Majano, Dagoberto
Dr. Bendaña, Carlos	Dr. Mendoza, José T.
Dr. Bográn, Napoleón	Dr. Midence, Alfredo C.
Dr. Bulnes, Martín	Dr. Munguía Alonzo, Salomón
Dr. Cáceres Vijil, Manuel	Dr. Pereira, J. Ramón
Dr. Caminos D., Carlos	Dr. Pineda Ugarte, Abelardo
Dr. Castellanos, Plutarco E.	Dr. Riera H., Abraham
Dr. Castillo Barahona, Manuel	Dr. Sandoval h., José María
Dr. Cerrales P., Cornelio	Dr. Vallecillo, Octavio
Dr. Cerrales P., Hernán	Dr. Valenzuela, Héctor
Dr. Dávila, José Manuel	Dr. Vargas, Angel D.
Dr. Díaz, Humberto	Dr. Zúñiga, Alejandro
Dr. Durón, José R.	Dr. Zúñiga, Gustavo Adolfo
Dr. Gómez Márquez, José	Dr. Zúñiga, César
Dr. Gómez Márquez Gironés, José	

SOCIOS FUERA DE TEGUCIGALPA

Dr. Agurcia, Carlos	El Mochito
Dr. Cárcamo H., Tito	San Marcos de Colón
Dr. Díaz Bonilla, J. Manuel	La Ceiba
Dr. Fiallos, Juan Miguel	La Ceiba
Dr. Izguirre, Gabriel	San Juancito
Dr. Matute, Eugenio	San Pedro Sula
Dr. Reyes Soto, Joaquín	La Ceiba
Dr. Rivas, Carlos	Olanchito
Dr. McKinney, M. E.	Siguatopeque
Dr. Montoya Alvarez, Juan	San Pedro Sula

SOCIOS EN EL EXTRANJERO

Dr. Munguía Alonzo, Luis	San José (Rep. de Costa Rica)
Dr. Mejía M., Juan	Managua (Rep. de Nicaragua)
Dr. Midence, Ignacio	Boston (EE. UU.)
Dr. Vidal, Antonio	París (Francia)
Dr. Zúñiga, César	New York (EE. UU.)
Dr. Zúñiga, Enrique	Panamá
Dr. Díaz Quintanilla, Mario	Madrid, España
Dr. Fiallos S., Federico	Chicago

SOCIOS FALLECIDOS

Dr. Andino Aguilar, Rubén	Dr. Paredes P., Salvador
Dr. Aguilar, Manuel L.	Dr. Rodríguez, Marco Antonio
Dr. Casco, Juan Jesús	Dr. Roca, Domingo
Dr. Cáceres Vijil, Marcial	Dr. Mancada, Cornelio
Dr. Cantizano, Blas	Dr. Morales, Marco Delio
Dr. Cervante, Lorenzo	Dr. Matute, Francisco A.
Dr. Gómez h., Pastor	Dr. Mejía h., Isidoro
Dr. Larios C., Manuel	Dr. Roizno, Virgilio
Dr. Ochoa Velásquez, José María	Dr. Saizastume, Alfredo
Dr. Paz Baraona, Miguel	Dr. Sánchez U., Francisco

Síndrome Post-Trombótico De Los Miembros Inferiores

Dr. HERNÁN CORRALES PADILLA

Se desarrolla aquí una parte del trabajo presentado por su autor en la asamblea ordinaria de la "Sociedad Chilena de Dermatología y Sifilología" del 13 de Octubre de 1950.

Ampliamente conocido de los dermatólogos, es el complejo y extenso cuadro sintomático que desde la epidermodermatitis microbiana hasta la úlcera de las piernas, pasa por los estados de angiodermitis, edemas, várices secundarias (no várices primarias), linfangitis a repetición, linfaedema, etc. Bien conocido es de todos el criterio diagnóstico que se sigue para hacer las diferenciaciones con todas las otras entidades que se le asemejan a cada estadio de este cuadro; pues nada más frecuente para nosotros es encontrar una streptodermia de las piernas, que envían los médicos que no son de la especialidad, con diagnóstico de eczema de las piernas o con una eritrodermia por abusos terapéuticos, sobre la placa de eczema que han calificado de alérgico por mucho tiempo y tratado infructuosamente como tal, pues la semejanza clínica no les permite diferenciación. Igualmente frecuente son las várices tratadas con todos los métodos que recidivan en las manos de buenos cirujanos, que las han calificado de primarias, congénitas, etc., cuando no han hecho aún el estudio clínico para descartar una tromboflebitis o una flebotrombosis (profunda) antigua, y las várices en cuestión, que son netamente secundarias, pasan a ser un capítulo (no siempre presente) del «Síndrome post-trombótico de las extremidades inferiores» como lo llama Westermeyer o de la «Insuficiencia crónica venosa profunda» de Allen. Cuantos cuadros sintomáticos de endoarteritis obliterante se observan y que consultan por ligeras claudicaciones y enfriamientos, que son debidos a una insuficiencia venosa que no ha producido edemas o son demasiado pequeños y la cual sintomatología arterial no obedece sino al ya bien cono-

ocupa y ofrecer sus servicios para que el evento revista la altura que debe y se informe del más sano propósito, pues Honduras se merece más trabajo, más honra, más dignificación y he aquí que la clase médica del país puede, en el caso particular, ofrendar su aporte con entusiasmo y patriotismo si todos nos unimos y hacemos lo que ya han hecho con tan buenos sucesos otros hermanos centroamericanos.

HERNÁN CORRALES P.

cido reflejo arteriolo-espástico que parte de una vena profunda recanaliza de los miembros inferiores, aunque su trombosis inicial haya sido muda, como el caso de los enyesados y operados que guardan cama mucho tiempo y en los cuales el oscilómetro nos dice claramente que no hay insuficiencia arterial; en cambio, una flebografía o una presión venosa de la poplítea nos aclara el diagnóstico, unidas desde luego, a todas las pruebas clínicas para las venas profundas, comunicantes y superficiales. Frecuentes son las otras modalidades del síndrome post-trombótico que no se manifiesta durante mucho tiempo por edemas o eczemas ni várices se-

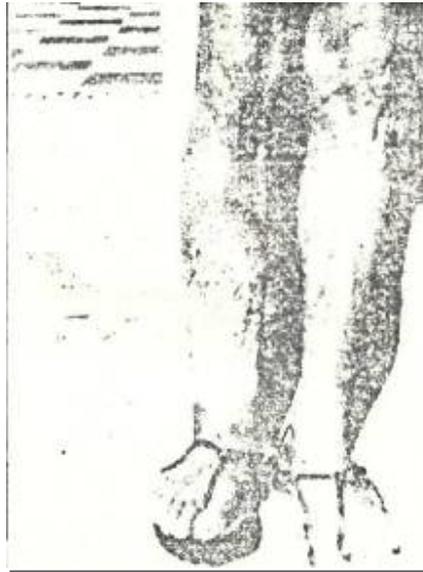


FIG. N.º 1.
 Úlcera tórpid a 20 años después de iniciada. **Notese**
 que no hay várices en la pierna responsables de U
 ulceración.

cundarias, sino por dermatoesclerosis de las piernas o por Dermatitis de Favre, que en cuanto se diagnostican hacen pensar en un pronóstico poco halagador.

El problema de las várices primarias es bien conocido de todos los dermatólogos, así como las tromboangeitis y las arteritis obliterantes. Conocido es también y bien tratado el eczema y epidermofitias de las piernas; lo que pretendemos es puntualizar, hasta donde podamos, cuando los cuadros citados no son entidades aisladas, sino elementos sintomáticos del Síndrome post-trombótico, para hacer el estudio correspondiente y tratarlo como tal.

Por la bibliografía que existe hasta la fecha, por contacto personal con los que más han trabajado en Chile en clínica vascular periférica y por correspondencia de los autores extranjeros que más se han ocupado de esto como Ochsner, Pratt, Allen, Linton, etc..

podemos decir que el problema se comienza a tocar con un criterio más razonable desde hace cinco años y que las estadísticas de todos son muy reducidas y con un período corto' de observación posterior hasta la fecha. El Prof. Prats, del San Luis, Westermeyer, Acevedo y Velasco han trabajado ampliamente entre nosotros. De-seamos ahora con el amplio material del hospital San Luis, dar a conocer los resultados de nuestros tratamientos para que ustedes los juzguen ahora y más tarde, aportando así a este nuevo problema de la dermatología, un paso más que tiene mucho de las experiencias ajenas y de nuestra propia manera de ver el asunto, para que, tratemos más y mejor, si es que logra la aprobación de la asamblea, al gran número de pacientes que llegan a las clínicas de dermatología con cuadros que presentan una gran variedad sintomática, que los hace a veces de difícil identificación clínica.

Cuando el cuadro se presenta como una úlcera de la pierna en que no vemos várices actuales, el caso es fácil y nos hace pensar en un trastorno venoso profundo, desde luego. Pero cuando se presentan todos los otros estadios sintomáticos, se hace difícil pensar en dicho trastorno vascular profundo, a menos que hagamos iodo el estudio clínico, que requiere por término medio dos horas para cada paciente.

Los sitios de localización más frecuente de las tromboflebitis o flebotrombosis de los miembros inferiores son por orden de frecuencia: la femoral superficial, la poplítea, las tibiales y las venas plantares. Hacia arriba las ilíacas, especialmente la interna.

Cuando el accidente es ruidoso, el diagnóstico es sencillo y el tratamiento de lo más completo y bien reglado actualmente. Pero los cuadros silenciosos (flebotrombosis), pasan desapercibidos o se olvidan aquéllos a la hora en que el paciente consulta por un cuadro que no estamos acostumbrados a relacionar con tal etiología.

Como dice Bergstrand, lo usual es que una vena femoral que ha sufrido una obstrucción, se recanalice en un período más o menos largo (que puede ser de años) y en eso consiste el mayor peligro, puesto que una vena totalmente obstruida después que pasa lo agudo, obliga a la circulación venosa por debajo de ella a derivarse por la enorme red complementaria de las venas musculares que por la femoral profunda terminan por drenar bien el miembro, puesto que se adaptan a este trabajo adicional.

Por lo al recanalizarse, lo hace mediante un lumen reducido, de paredes fibróticas, sin la elasticidad necesaria para su función y que en algunos casos es de gran longitud, como afirma Bauer. Así las cosas, la vena trombosada y recanalizada, se transforma en un sitio de su recorrido en un tubo rígido con condiciones totalmente contrarias a las normales como lo demuestran los biopsias de nuestros enfermos y que proyectaré luego a ustedes. Se comprende que la columna sanguínea pesa desde la aurícula a través de la cava y demás venas en el miembro inferior a expensas de ese segmento rígido sin válvulas (destrucción por la trombosis) y sin elasticidad, trastornando totalmente la mecánica de la circulación de retorno en el miembro. En un primer número de casos, puede que la cir-

culación complementaria del miembro, como las safenas, deriven la sangre, evitando el edema y demás episodios; pero principalmente la red profunda hace el trabajo, y ese grupo de pacientes no hacen la sintomatología, o la hacen cuando este nuevo sistema de derivación se haga insuficiente con el tiempo. He aquí que es frecuente que se liguén aquellas safenas de que acabamos de hablar, una historia o estudio clínico amplio y se obture así una vía complementaria de la circulación venosa, creyéndose que son várices primarias, porque el episodio agudo trombótico pasó desapercibido como es frecuente. Tenemos ejemplos de venas femorales fibrosadas en nuestros pacientes con trombos organizados, que no dan historia de episodio agudo o de tramas insignificantes como un



Fig. N° 2
Úlcera en tercio medio de pierna con eczemas infecciosos circundante. Vista por cara interna de la pierna no se advierten várices. Recien operada.

esguince pequeño, y a los tres años: epidermofitias y streptodermias de la pierna, hasta la úlcera, debido a una flebotrombosis ignorada y «gravada por una ligadura de las safenas calificadas de várices primarias y responsables del cuadro. Se agrega a esto el reflejo espasmódico que parte de esta femoral o poplítea lesionada, hacia las arterias vecinas agravando el cuadro y dándole quizá, apariencia de trastorno primitivamente arterial. Este reflejo que no cede ni con la simpatectomía periarterial, desaparece muchas veces con la ligadura y sección de la vena femoral o poplítea trombosadas.

En nuestros casos tenemos, como se verá en el cuadro sinóptico que les proyectaré, un ejemplo de espasmo de la arteria vecina que cedió poco después de seccionada la vena que estaba transformada en un cordón rígido.

El edema, aún mínimo, que crean estas condiciones, es la de muchas streptodermias y dermatoesclerosis a lo que suma la **capilaritis** con el color típico de dichas piernas.

Otro elemento importante de esta ectasia venosa, es la debilidad congénita del sistema venoso profundo que puede presentarse en ciertos sujetos, al igual que en los sistemas sálenos. Como afirma Westermayer, ha encontrado muchas femorales superficiales 0 poplíteas flácidas, muy amplias, totalmente insuficientes. En nuestros casos hay algunos con esta debilidad exagerada que, clínicamente se había supuesto y por una flebografía que mostró una vena amplísima y tortuosa y con unos rudimentos de válvulas únicamente como lo comprobó el anatomopatólogo.

Hay casos en que el elemento epásticos reflejo os tan fuerte, que como en algunos de nuestra serie, han aliviado con anestecias del simpático lumbar que practicamos día por medio hasta quitar el dolor, y luego, en la operación se ha encontrado su trombosis de la femoral superficial responsable de tal espasmo arteriolar.

Haremos a continuación un breve resumen de la manera cómo hacemos la exploración clínica de nuestros enfermos sin entrar en detalles sobre cada prueba funcional, para mostrar después el cuadro sinóptico de nuestros resultados terapéuticos que contiene unos tratados de várices puras para corroborar el diagnóstico clínico hecho por exclusión, después de descartar por todos los medios las várices secundarias post trombóticas. En dicho cuadro se anotan con abreviaturas: el nombre del paciente (iniciales), número de la historia clínica del hospital San Luis, Data de los síntomas. Después un estudio físico especial que comprende, en abreviaturas, las pruebas funcionales (Perthes alta y baja, Trendelenburg primitiva y modificada, Prueba de Pratt, Ochsner y Mahorner, etc.), Oscilometría, Flebografía, Presión Venosa, Anestesia del Simpático lumbar, Diagnóstico, Lesión actúa!. Tratamiento anterior, Tratamiento nuestro, hallazgo operatorio. Proyectaré después algunas biopsias de venas femorales que creemos más ilustrativas, de nuestras operaciones, en donde se verá el hallazgo operatorio de algunos casos, responsables de su cuadro actualmente en involución.

Luego haré desfilar algunos pacientes que han respondido al llamado del servicio social y que ya estaban dados de alta con controles mensuales.

Por último un breve capítulo de conclusiones.

- 1 —Con- una historia lo más completa posible, sobre todos los antecedentes sin menospreciar ningún detalle por ejemplo, focos sépticos amigdalinos o dentarios, permanencia en cama por causas sin importancia aparente, etc. Partos, abortos, intervenciones, calambres, frios de pies, etc., logramos muchas veces avanzar sobre datos gruesos que orienta a un pasado trombótico, aún silencioso, que luego corroboran todos los otros_ medios, de diagnóstico.

-Pasando por alto los pasos rutinarios de exploración física general, enumeraré las pruebas funcionales, sin comentarios por ser conocidas de todos, aunque hay modalidades actuales que a los autores mencionados al principio les han servido con un nuevo criterio para sus diagnósticos. Allen, Pratt, Westermeyer y otros las comentan ampliamente, no insistiremos nosotros. Son ellas: La Prueba de Perthes, tanto alta como baja, que nos ayuda mucho en el estudio de la suficiencia de las comunicantes de las piernas; la antigua y modificada prueba de Trendelenburg o de Brodie; la de Pratt, que estudia las comunicantes a distintos niveles; la de Ochsner-Mahoner que estudia en su primer tiempo la permeabilidad del sistema venoso profundo y en el segundo la sufi-

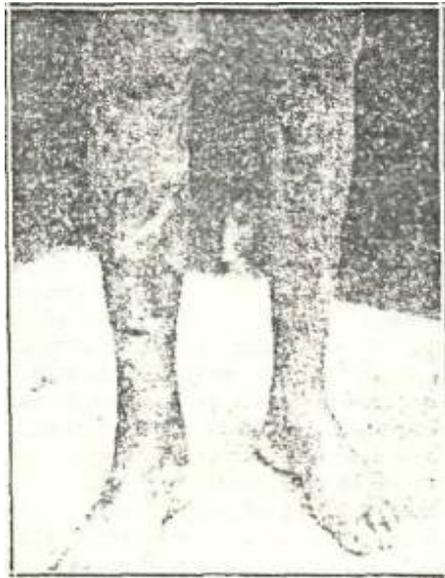


Fig. N^o 3
 Úlcera y edmoepidermitis circundante de la misma paciente de la figura N^o 4. Poco días después de operad.). Vista por cara anterior.

ciencia de las comunicantes del segmento inferior a su aplicación; la prueba de Schwartz-Mc. Peeters; la importantísima prueba del vendaje compresivo total del miembro inferior para estudiar la permeabilidad del sistema venoso profundo; la prueba de Adams, que tiene otro aspecto importante en el momento operatorio como veremos más adelante; la prueba de Harkins que estudia las válvulas de las comunicantes en su disposición vertical; la de Scott y Radakovich que estudia la ectasia venosa en movimiento.

Resulta casi imposible aplicar en un mismo enfermo todas estas pruebas; generalmente unas cuatro o cinco se adaptan en cada caso especial de acuerdo con su propia naturaleza. Todos los autores están de acuerdo en la importancia de tales medios diagnósticos que en algunos casos determinados hacen innecesario el resto de la exploración para formarse un criterio y aplicar la medida terapéutica conveniente. Huelga decir que lo ideal es completarla con los otros medios que continuaremos enumerando.

- 3.—'La velocidad de circulación del miembro es en algunos casos de suma importancia.
- 4 —'La presión venosa, que tomamos en la vena poplítea, es un dato muy importante para hacer el diagnóstico de síndrome post-trombótico, por cuanto se comprenderá que una aguja insertada en tal sitio nos da una idea muy clara de la presión a que está sometido el árbol venoso por arriba de dicho sitio. Hay que tener cuidado de verificar la presión venosa generalizada, tomándola también a nivel del brazo, cuando nos encontramos con una hipertensión en ambas piernas, para evitar atribuir hipertensión a una trombosis, siendo que obedece a una hiperpresión venosa generalizada. Se acepta que en el momento de la punción puede presentarse un transitorio ascenso imputable al espasmo venoso provocado por el traumatismo.

Al comprobar que, en algunos casos la circulación venosa de un miembro inferior era suficiente en reposo y que con la deambulación se hacía insuficiente, provocando edemas de rápida desaparición al entrar en reposo nuevamente. Veal y también Hussey decidieron estudiar la presión venosa durante el ejercicio muscular, dando entonces el gran paso de la patología venosa que se conoce como «prueba de la presión venosa en actividad» (nos referimos a su aplicación al estudio de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores). Esta prueba de Veal y Hussey tiene distintos sitios de aplicación, comentaremos la poplítea que es la que hemos empleado y que a nuestro juicio, en muchos casos, superior a la flebografía y a las pruebas funcionales.

Previa anestesia de la piel se introduce una aguja N¹ 19 de 1-3; pulgadas en la vena poplítea a la altura de la interlínea articular, la cual se determina palpando el borde inferior de la rótula. El dolor irradiado hacia la pierna nos indica el buen camino, por cuanto por dentro del nervio se encuentra la vena. La aspiración de sangre venosa nos confirma el hecho. El enfermo debe estar de pie frente a una mesa en la que se apoyará muy levemente. Determinada ya la presión venosa en reposo, adaptar el aparato de agua a la aguja; el paciente debe comenzar

a elevarse rítmicamente sobre la punta de los pies con el esfuerzo muscular de la pantorrilla a razón de 30 movimientos por minuto.

Se comprende que si la vía venosa está completamente libre, la presión venosa no sube, o apenas unos 10 mm. de agua sobre la presión estática; en cambio si hay un obstáculo por arriba esa presión se eleva paulatinamente, por cuanto el ejercicio atrae más sangre y ésta no encuentra una vía completamente libre, haciendo subir la presión que se mantiene un tiempo después de cesado el movimiento. A nosotros nos ha sido muy útil, y repetimos nuestra adhesión al método, como uno de los



FIG. N° 4 (la misma paciente de la figura 3. un mes después de operada.

más efectivos en el diagnóstico de trombosis antiguas totales o recanalizadas.

-La flebografía únicamente la mencionaremos, puesto que hay tantos métodos y cada técnica se aplica al sistema que se desea estudiar. Hemos empleado el Nosylan al 30%. Homans, Welch, Lesser y Danelius, Oliver y otros en el extranjero y el servicio de radiología del Hospital de El Salvador con la cátedra del Prof. Deamesty en Chile, han adelantado mucho en esta rama. Con los últimos hemos logrado hacer nuestras flebogrfias en los casos en que ha sido de toda necesidad.

6 '—Estudio Clínico general; especialmente pruebas alérgicas cuando el episodio en estudio se presta a confusión con afecciones por sensibilidades endógenas o exógenas a repetición, como el caso de los eczemas, epidermoficias, etc.; estudio arterial y sistema nervioso, en lo indispensable, cuando haya lugar a confusión con cuadros de esta naturaleza como sucede en algunos casos y lo dejamos apuntado arriba.

Una vez que hacemos el diagnóstico y sabemos por las pruebas funcionales que contamos con un sistema profundo complementario, decidimos la intervención sobre la femoral superficial o la poplítea, según el caso. Desde luego, que en algunos casos el paso previo de ligar las safenas y esclerosarlas se puede dar. Lo que más frecuentemente hacemos es estudiar la evolución del paciente con el vendaje elástico total de la pierna y sobre todo las anestесias del simpático lumbar para destruir el elemento espástico agregado que hemos comentado y que en algunos casos ha exigido de la intervención, por lo menos hasta la fecha, por cuanto en dichos casos, este elemento espástico reflejo era esencial en la claudicación y aún OH el edema. Algunos han evolucionado, después de una mejoría transitoria, con estas anestесias hacia el cuadro sintomático general que hemos descrito, indicándonos que si bien el elemento arterio-espástico está presente, es parte únicamente del trastorno venoso profundo, sobre el que hay que actuar. Agreguemos que además de usarla como prueba diagnóstica, por decir así, también hemos usado esta anestesia simpática después de las operaciones para acelerar la involución con buenos resultados.

Es obvio describir la técnica quirúrgica, en la cual nos ha hecho el mayor trabajo el Prof. Westermeyer y luego nosotros con la ayuda *de* la sección C del San Luis, diremos únicamente que ligamos y seccionamos la femoral superficial como lo recomienda Pratt y diremos también que en el momento de la operación hacemos dos

pruebas funcionales más con la vena al descubierto: 1 la prueba llamada del «Globo» que consiste en hacer una ligadura provisoria de la vena mediante un hilo pasado en hamaca por debajo de ella y manteniéndola ocluida, sin onudar, levantando los dos cabos de dicho hilo y observando si se forma una dilatación por debajo de dicha ligadura durante unos dos minutos de observación. La formación de dicho globo significaría que la sangre no encuentra suficiente vía de derivación por las otras venas profundas (intermusculares, etc.) y continúa ascendiendo en gran cantidad por la vena aún enferma; en tal caso hay que abstenerse de la intervención por cuanto agregaríamos un mal más con ella a la circulación de retorno. Constituye pues, esta prueba, el último reducto para rec-

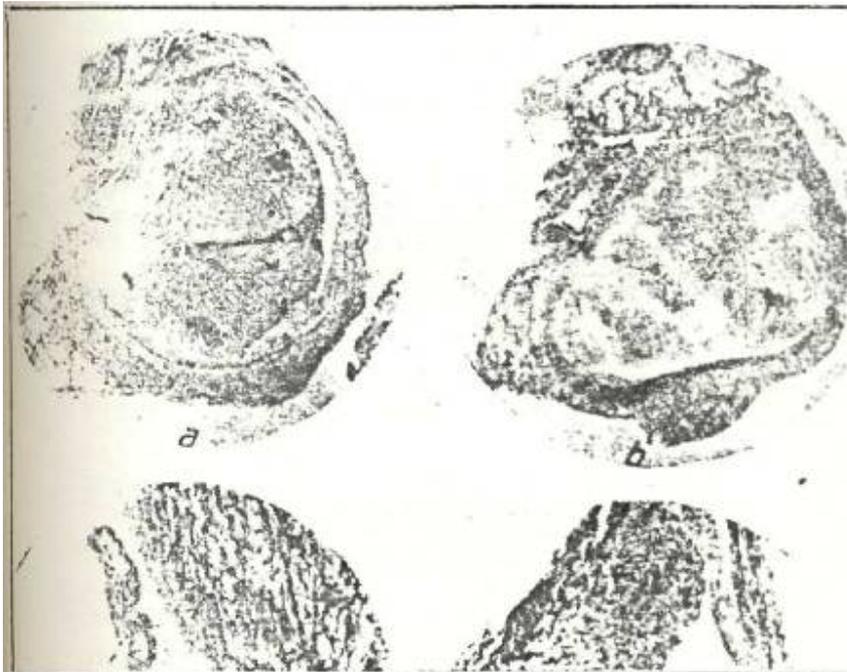


Fig. N° 5

Nótese en a y b una sección de dos venas femorales superficiales con su trombo organizado y recanalizado en algunos sitios.

tificar nuestra conducta en el momento operatorio; 2 la prueba de Adams que consiste en hacer toser al sujeto viendo la vena a cielo abierto. La dilatación que pudiera formarse en algunos casos, como lo hemos comprobado nosotros y consta en la epecrisis de nuestras historias, indicaría que hay una debilidad valvular a ese nivel o por encima de la femoral superficial, lo cual se observa sobre todo en los casos de femorales flácidas, dilatadas y probablemente débiles congénitamente que en un momento dado se descompensan totalmente y comienza a presentarse el cuadro de la insuficiencia

venosa crónica profunda que determina toda la gama sintomática de este síndrome.

Westermeyer, que en sus flebogrfías ha encontrado hasta flexuosidades en algunas femorales, es un convencido de que existe una debilidad congénita del sistema venoso profundo igual que el del sistema safeno y que tal condición podría ser un tributo que el hombre paga a la bipedestación aún.

Anotaremos también que los que han trabajado en este problema no se han desalentado por un primer resultado insatisfactorio en un paciente al cual se ha hecho el diagnóstico en las mejores condiciones, y así tenemos que Pratz ha reoperado pacientes suyos por un primer fracaso y ha encontrado colaterales de la femoral superficial que no ligó y que se han hecho cargo de producir un reflujo importante por el cabo distal de la vena seccionada. Otras veces hacen una segunda intervención sobre la poplítea por tratarse de localización baja de la fibrosis venosa recanalizada o de más de una lesión a lo largo del sistema. Nosotros hemos reoperado pacientes en la poplítea.

Hay que hacer constar también que no todos los pacientes hacen la involución de los síntomas en igual tiempo, pues así como hay quienes cicatrizan de sus úlceras en 9 días, hay otros que tardan mucho en reducir su edema. La explicación del fenómeno es que hay un tiempo de adaptación del sistema venoso complementario a su nuevo trabajo aumentado y esto requiere más tiempo en unos que en otros.

Anotemos! desde ya, que hay casos en que una aparento correcta indicación d' intervención no responde al tratamiento como se espera, La explicación del fenómeno es: 1 una incorrecta apreciación de las pruebas funcionales y demás medios (lo cual es factible) o una descompensación quo sigue inmediatamente a una compensación después de la intervención. Estos pacientes son tributarios de! vendaje elástico a permanencia del miembro inferior, que era el máximo recurso antes de la presente medida terapéutica.

2 una atonía tisular con dermatoesclerosis muy avanzada en pacientes que tienen su cuadro clínico desde hace muchos años (tenemos pacientes de 30 a 35 años de evolución). Estos casos se

benefician del injerto después de la operación en ciertas oportunidades.

3^{ra} una intervención defectuosa.

Se comprende pues, que cuando hagamos una buena selección de los pacientes y tengamos para ello medidas más exactas de diagnóstico, el método tendrá una mayor proyección. Por el momento, de acuerdo con los más destacados trabajadores de «vascular periférico», es lo mejor que se puede ofrecer a los pacientes de insuficiencia venosa crónica rigurosamente seleccionados para no desprestigiar el método.

Microfotografías.—Proyectaré ahora unas ocho microfotografías de las biopsias de venas que nos han parecido más instructivas de todos nuestros enfermos. En esta primera microfotografía vemos una trombosis casi total de la femoral, con un lumen muy disminuído. En la segunda vemos un trombo casi obturante con recanalización en dos sitios. En esta tercera vena abierta longitudinalmente se advierte una gruesa banda fibrosa que la recorre en un trecho de 5 cms. aproximadamente. En la cuarta se nota que las válvulas han desaparecido totalmente; nótese que queda únicamente la implantación valvular. En la quinta una vena flácida, dilatada. En las tres siguientes, trombos incompletos, organizados,

Algunos Pacientes.—Mostraré ahora algunos pacientes que son los que han atendido el llamado del servicio social después de su evacuación del hospital, para que revisemos su estado actual. Podremos así hacer los controles ulteriores en mejor forma y formarnos un criterio más completo de las bondades del tratamiento y de sus fracasos, puesto que el objeto de esta exposición no es dejar establecido la eficiencia del tratamiento únicamente, sino hacer en Chile una experiencia con un número de pacientes semejantes al de algunos autores extranjeros, sobre un tema de actualidad y de tan promisorios resultados, cuando esté perfectamente reglado y derivar nuestras propias conclusiones. Así, pues, que no se ocultarán los fracasos ni los comentarios sobre las posibles causas de ellos, única manera de aprovechar en medicina la constante dinamia de las nuevas orientaciones terapéuticas. Por ser un problema social de los más grandes que afrontan los hospitales y polínicas de muchísimos países, toda medida racional de tratamiento debe ser juzgada con amplitud para evitar la estancación indefinida de una medida terapéutica que, luego puede resultar anacrónica o a la que podemos perfeccionar en Chile, en donde le dan especial atención actualmente muchos especialistas como los nombrados anteriormente.

Comenzaremos diciendo que el factor común en los pacientes que están viendo, es el hecho de no usar venda elástica y permanecer en pie desde el día de su intervención; no presentan edemas importantes ni los otros episodios del cuadro clínico que en su gran variación, venían presentando desde fechas considerablemente largas. Desde ya, decimos pues, que el factor reposo, que es una medida que funde edemas y borra várices secundariamente y hasta hace cicatrizar úlceras de manera transitoria (mientras dura el re-

poso), no cuenta, decíamos, en nuestra exposición, puesto que todos se han tratado ambulatoriamente.

Este paciente que mantiene una úlcera atónica y sucia, podría calificarse de fracaso a priori; creemos, sin embargo, que no es así, por cuanto este paciente se fugó del hospital pocos días después de intervenido y no ha tenido los cuidados de limpieza necesarios. Incluso era tributario de un injerto de piel después de su ligadura de la femoral; sin embargo, notemos que no hay edema (se ha adaptado muy luego) y que la dermatoesclerosis que era importante, ha cedido. Lo hospitalizamos nuevamente para hacerle tratamiento tópico y anestésico del simpático lumbar día por medio.

Examinen todos estos otros pacientes, cuyas lesiones al ingreso al hospital, constan en este cuadro sinóptico y notarán las buenas condiciones actuales.

Nótese el estado, comparativamente, de estas dos pacientes que sufrían de síndrome post-trombótico bilateral. Una operada, está en buenas condiciones; la otra, que rehusó la intervención, permitiendo únicamente injertos de piel en ambas úlceras, está en malas condiciones.

Esta paciente particular, sufre de edemas del miembro con insinuación de várices posteriormente (secundarias); fue intervenida por el Prof. Prats, de quien es paciente particular, y está con su edema fundido sin usar medias o vendas elásticas.

Dos pacientes más, a quienes el oscilómetro nos indicaba una franca disminución de la circulación arterial del miembro, pero en quienes la historia y el estudio nos orientaron hacia una etiología venosa, mejoraron, hasta la época actual con anestésicos del simpático lumbar, por lo cual cogimos que el (actor espástico reflejo agregado era en gran parte responsable de su cuadro. La evolución de esta otra paciente ha sido mala; a menos que no se beneficie de una segunda intervención sobre la poplítea, será catalogada como fracaso total. El resto de los pacientes, se han beneficiado en mayor o menor medida con la intervención. Ilustrativo es el caso de esta señora que después de una fractura del tobillo derecho, reposo prolongado en cama con yeso, ha hecho una flebotrombosis indudable de lo más silencioso que se puede dar, seis meses después, ligero edema frío que no progresó sino lentamente y que ha hecho várices secundarias que llegan hasta el abdomen para compensar una obstrucción profunda que corroboró la intervención. En esta señora la conducta a seguir no es la ligadura y esclerosis de sus várices como primera medida, sino la intervención sobre la profunda vena alterada y estudiar después la posibilidad de destruir tales várices, cuando comprobemos que su sistema colateral profundo es capaz de derivar bien su sangre, lo cual requiere tiempo de observación, pues como ya expresamos, hay período de incubación de la adaptación de este sistema profundo después de la intervención.

Como contraste, estos otros pacientes han sido tratados como varicosos primarios puros, diagnóstico hecho por exclusión, y

han evolucionado bien. Estos otros tres no han sido intervenidos porque las pruebas son contrarias.

Conclusiones.—Se estudian 24 pacientes de «Insuficiencia crónica venosa de los miembros inferiores» en diversas etapas de evolución; las lesiones existentes varían desde la epidermodermatitis microbiana simple, dermatoesclerosis, angiodermatitis, epidermoficias, edemas, várices primarias y secundarias, hasta la úlcera, sin omitir otros cuadros que se condicionan por tales lesiones.

Varios casos curan totalmente con tratamiento de ligadura y resección de las safenas afectas por el método de Pratt (Ligadura alta con resección de colaterales y ligadura de los puntos débiles identificados por el «sistema de las dos vendas»). Dichos casos son varicosos primarios puros.

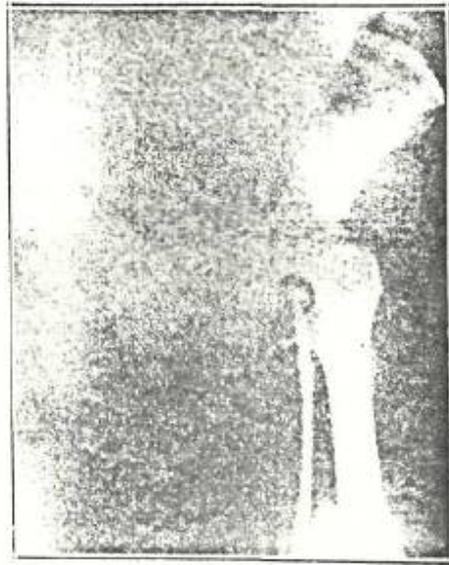


Fig. N.º 6.
Edeemato de un paciente con tromboflebitis post-
pratts y edema de miembros. Haber dolor claro e
la fémur. Nótese para bien en de la femoral y el lien
de las colaterales.

Se encuentra, de acuerdo con autores nacionales y extranjeros, que muchos de estos casos, aparentemente varicosos primarios, corresponden al «síndrome post-trombótico de los miembros inferiores».

Se adoptan medios diagnósticos especiales tomados de diferentes autores, y se hace una marcha propia de acuerdo con Westermeyer y Prats, de Chile.

Se intervienen por ligadura de la femoral superficial en el triángulo de Scarpa o la poplítea, según el caso, siguiendo las orientaciones de los autores que se ocupan del problema, cuyas estadísticas no son hasta la fecha, suficientes para hacer conclusiones definitivas. La primera presentación nuestra cuenta con control?;

post operatorios no mayores de tres meses y abarca pacientes cuya época de iniciación de las **lesiones** varían desde 1915 hasta 1949.

Damos resumidos los resultados de unos pocos autores que **han** trabajado en el problema, para que se observe que el método tiene fallas pero que son de una proporción tal, que no obliga a descartarlo. Las causas de los fracasos han sido enumeradas más arriba, según nuestra opinión.

Homans: 51 ligaduras de femoral superficial, con medidas complementarias como injertos, anestesia del simpático (40), ligaduras de safena interna (12 veces). Sólo puede controlar 40 y encuentra dos recidivas de úlceras.

Buxton: Ligadura de la femoral superficial y safena interna en operación previa, cuando comprueba varis secundarias extirpables. De 21 operados 16 mejoran definitivamente. De los *IA* casos con-úlceras, sanan 8.

Linton y Hardy; ligadura de la vena femoral superficial y resección de safena simultánea. Opera 54 casos. De 21 úlceras curan todas, menos 2. De 24 formas edematosas, mejoran 14 y no mejoran 10. .:

Bauer: Ligadura de la vena poplítea. Hace 54 operaciones por úlceras de las piernas, Buenos resultados inmediatos en todos. Pero logra controlar 34 pacientes a los 3 a 14 meses y encuentra: el edema persiste en 4 la dermatoesclerosis en 10. Úlceras recidivaron 2.

Nuestra estadística.—24 pacientes estudiados. Operación sobre femoral superficial y safenas a la vez 6. Sobre femoral superficial sola 6. Sobre poplíteas 2. Sobre safenas solamente 5. Contra-indicación para intervención 3. Anestesia simpática lumbar sola en 2. Todos los casos tuvieron medidas complementarias tales como anestesia simpático, injertos, en un caso simpatectomía lumbar que nos hicieron en el hospital El Salvador. De los tratados por síndrome post-trombótico se controlan 12, Persistencia de úlceras en 1. Edema inmodificado, 1. Buen estado 10,

Los casos que los autores extranjeros han tratado, pertenecen a clínicas dermatológicas que se han avocado al estudio del problema con los cirujanos, dando muestra de los resultados halagadores que se producen del estudio combinado de los problemas. Quirúrgicamente nos ha asesorado el Prof. Westermeyer. Todo el estudio clínico lo hemos hecho personalmente. La indicación operatoria o contraindicación, ha resultado del criterio de las dos partes, en la cual, el Prof. Prats ha puesto su acesoría que agradecemos.

Podemos decir que la ligadura de la femoral superficial o poplítea en el tratamiento del «SÍNDROME VASCULAR PERIFÉRICO» de miembros inferiores se conoce desde hace 5 años y constituye una gran esperanza para los enfermos en los cuales la medicina no tenía nada alentador que ofrecer.

El fracaso sobre una de las venas autoriza para intervenir en la otra de las mencionadas, siempre que el sistema colateral pro-

fundo continúe siendo suficiente (nuevo estudio de pruebas funcionales).

Cuando la fisiopatología y la clínica encuentren métodos que permitan un estudio tal. que únicamente vayan a la intervención los pacientes que se beneficiarán de ella, el método tendrá todo el valor a que está llamado a tener entre las terapéuticas usuales de la dermatología.

No queremos concluir sin agregar que hemos presentado únicamente los pacientes que tienen algún tiempo de tratados y que por tanto puedan exhibir algunos días de control en plena deambulación, poro que hay a la fecha muchos más tratados (sea inter-



Fig. N°
Oirá flebogafria de un paciente con historia clara de trombosis femoral. No se observa la ilacea, continuando a la femoral, y sus colaterales que suben por el abdomen. El paciente había desarrollado ulcera post-trombotica.

venidos quirúrgicamente, terapéutica simpaticolítica, etc.), que no figuran en nuestro cuadro y que están destinados a ulterior presentación a esta sociedad.

Tampoco queremos omitir que hemos comenzado a actuar más frecuentemente sobre la vena poplítea atendiendo a nuestras propias orientaciones en cada paciente y que varios son los enfermos que con un resultado mediocre por intervención sobre la femoral, han presentado mejoría inmediata con la intervención sobre la poplítea. Apuntaremos también que los pacientes que han sido intervenidos sobre la poplítea, lo han sido porque el cuadro clínico y las pruebas complementarias nos han orientado hacia ella, conforme a interpretaciones que empezamos hacer respecto a este punto de la decisión del lugar de ataque de la vena y en cuya inter-

prefación el criterio sagaz y la observación del Prof. Prats nos han sido de muchísimo provecho. Motivo de ulterior estudio y comentario será este nuevo aspecto de relacionar el tipo de lesión cutánea y su localización con el sitio del árbol venoso que sea más probablemente el afectado en el miembro. Este aspecto está casi totalmente sin tocar por los autores.

Para concluir quiero decir que, aunque no sea éste el método definitivo para el tratamiento de las insuficiencias venosas de los miembros inferiores y todo el síndrome post-trombótico, es indudablemente el camino a seguir y el que más éxitos ha proporcionado hasta la fecha. Las nuevas experiencias habrán de precisarlo más y es probable que, como dice un distinguido expositor de esta materia, el año próximo haya de cambiar los elementos secundarios de este tratamiento, mas no el método en sí, que es el que parece lógico de todos los sugeridos en la literatura y que ha de cambiar muchos aspectos de la dermatología de los miembros inferiores, tal como las dermorreacciones alérgicas a las bacterias y a los hongos cambió muchos conceptos de la dermatosis de los miembros inferiores.

Muchas gracias.

Santiago de Chile, 13 de Octubre de 1950.

HERNÁN CORRALES PADILLA.

Honduras.

Curiosidades Quirúrgicas

Un caso de embarazo extrauterino en una hysterectomizada

Por el Dr. I. Gómez-Márquez Girones

La clínica, con sus múltiples complicaciones, con sus innumerales problemas diagnósticos, nos reserva a diario una serie de sorpresas, tanto en el orden quirúrgico como en el médico. Es en ésta línea de hechos, que traemos a colación un caso sumamente raro en la literatura profesional, que, como más adelante se verá, no tiene otra pretensión que eso: su rareza.

El día 17 de julio de 1952 se nos presentó una señora de 23 años de edad, a consulta; aquejaba fuerte dolor abdominal, situado preferentemente en el hipogastrio desde hacía algunos meses, con irradiación hacia la región lumbar. El resto de su historia no ofrecía ningún interés, salvo lo que se refiere a una intervención, quirúrgica anterior, una apendicectomía, que había sido hecha por mí, hacía un año, y que según los datos del archivo, había sido debida a una apendicitis aguda. El estado de sus reglas había sido normal habiendo, presentado la última hacía unos quince días. El examen físico fue completamente normal salvo lo que se refiere a la esfera genital. Se encontró una matriz grande, de tamaño de una naranja aproximadamente, dura, irregular en completa retro-versión; ésta a su vez se manifestó irreversible; toda maniobra encaminada a restituir el cuerpo uterino a su posición normal, arrancaba gritos de dolor a la enferma. En estas condiciones aconsejamos la intervención quirúrgica, con el fin de hacer por lo menos una ligamentopexia, tras la sección de adherencia que seguramente existía entre la cara posterior de la matriz y el fondo de saco de Douglas; se hizo, sin embargo, la reserva de la posibilidad de alguna operación más radical, ya que el tamaño y la dureza de la matriz, resultaban bastante sospechosos. Al día siguiente fue operada la señora, comprobándose la impresión que había dado en el examen clínico: útero grande, con múltiples fibromas, en retro-versión extrema y con numerosas adherencias, que inmovilizaban el órgano por sus conexiones resistentes entre la cara posterior y el fondo de saco rectouterino. Ante este cuadro, resolvimos consultar con el esposo de la enferma, ya que como antes se dijo, ésta tenía 23 años y era madre de un solo hijo. Obtenida la autorización correspondiente, llevamos a cabo una hysterectomía total, dejando los ligamentos redondos suturados a la cúpula vaginal. El curso postoperatorio fue completamente feliz y la enferma fue dada de alta al octavo día.

Un día de Septiembre, el 10 para más exactitud, fuimos llamados urgentemente a La Policlínica, para asistir a una enferma que acababa de llegar. Al presentarnos a la cabecera, nos encontramos ante una mujer joven, con una palidez profunda, que yacía

casi inmóvil en la cama, que dejaba escapar de vez en cuando prolongados quejidos. Su respiración era rápida y superficial y ante nuestras preguntas acerca de la historia de su enfermedad, no pudimos obtener más dato de que estaba así desde la noche recién pasada. En vista de ello, procedimos a hacer el examen correspondiente. He aquí los datos principales que él mismo nos dio: Pulso filiforme, presión arterial inapreciable, abdomen extremadamente doloroso a la palpación en forma uniforme, pero siendo al parecer más sensible en su mitad inferior, defensa de la pared extrema; el tacto vaginal resultó muy incorrecto por el dolor y encontramos que la cúpula vaginal estaba visiblemente rechazada hacia abajo, dando la impresión de que una masa líquida ocupaba la cavidad peritoneal. Terminada la exploración, me volví hacia un practicante y una Hermana allí presentes y dije muy convencido. «Es indudablemente un caso de hemorragia interna, casi seguramente debida a la ruptura, de un embarazo extrauterino; habrá que operar inmediatamente». En boca de la Hermana vi una sonrisa, a la par que me decía: «¿Ya no se acuerda de la enferma? A esta señora le hizo Ud. hace poco una histerectomía». Fácilmente se comprenderá mi extrañeza. Se consultó en el Registro de Operaciones y se comprobó lo anterior, es decir, se trataba de la misma enferma histerectomizada, cuya breve historia relaté anteriormente.

El diagnóstico de hemorragia interna subsistía evidentemente, pero quedaba por el suelo la causa más común entre nosotros, en una mujer de su edad. El Dr. Salomón Munguía en aquellos momentos allí presente, me relató un caso de ruptura de un folículo de Graaf, con cuadro igualmente dramático al presente, que había tenido ocasión de observar en los EE. UU. hacía ya algunos años. Yo, sin rechazar la posibilidad, me resistía algo a admitirla y pensaba más bien en un posible traumatismo que hubiera roto adherencias post-operatorias que sólo tenían 1 mes y 23 días de existencia. Sea como fuera, había que operar con el diagnóstico de hemorragia interna, *que* era lo único evidente. A falta de sangre, llevamos a la enferma a la Sala de Operaciones con venoclisis de suero salino en un lado y plasma sanguíneo en otro. Apenas abierto el peritoneo, empezó a fluir sangre en gran cantidad, mezclada con glandes coágulos. Aquella salía de la cavidad, que se había constituido entre la pared vaginal posterior y los ligamentos anchos, merced al adosamiento que se había hecho anteriormente de los ligamentos redondos a la cúpula de la vagina. Era imposible precisar de qué punto exactamente venía la hemorragia; compresa tras compresa salía empapada en sangre, mientras el aspirador recogía (según calculamos al final de la intervención), 600 cc. de sangre. De repente y mezclado entre el gran número de coágulos, nos quedamos en la palma de la mano con un tejido que, con gran asombro nuestro, era tejido placentario. Continuando nuestra exploración, descubrimos hacia el ligamento redondo derecho, pegado a la porción correspondiente del muñón vaginal, una superficie brillante, transparente que bruscamente se hernió, quedando entre nuestras manos una bolsa amniótica perfecta, del tamaño aproximado de una

nuez con un embrión bien formado en su interior. No cabía duda, que cualquiera que fuera la explicación que se le quisiese dar, era un caso de ruptura tubárica por embarazo extrauterino. La disección de la trompa, seguida de su extirpación, dado el gran número de adherencias existentes, se nos antojó por demás laboriosa e impropia de aquel momento, en el cual el interés primordial, era hacer la hemostasia y aminorar en lo posible el traumatismo operatorio; siguiendo este orden de ideas ligamos la trompa, comprobando que ya no habían puntos hemorrágicos y procedimos a cerrar el abdomen. El curso post-operatorio, fue relativamente sencillo y con los cuidados inherentes a esta clase de enfermos, que nos parece obvio señalar, se logró un buen restablecimiento de la enferma en el curso de 10 días.

Réstanos explicar la presencia del embarazo extrauterino en aquella mujer hysterectomizada hacía ya 1 mes y 23 días. Uno de mis ayudantes, aún no terminada la intervención, emitió la hipótesis de que la concepción se hubiera efectuado **después** de la hysterectomía, explicando que al haber unido los ligamentos redondos con la cúpula vaginal, las trompas habían quedado en contacto con ésta, y, que un coito, efectuado tal vez cuando aún la herida vaginal no hubiese estado perfectamente cicatrizada, hubiera podido permitir el paso de espermatozoos y, en consecuencia, la concepción. Un estudio más detenido del embrión y de las relaciones cronológicas entre la hysterectomía y la operación última, nos demostró sin embargo, que aquella hipótesis era completamente insostenible. En efecto, el embrión medía aproximadamente unos 4,5 cms. de largo y presentaba órganos genitales externos que ya se habían empezado a diferenciar lo suficiente como para poder afirmar que se trataba de embrión del sexo masculino. Ahora bien, la diferenciación de los órganos genitales externos se empieza a observar a principios del tercer mes lunar; por otra parte, un embrión de 4,5 cms. debe tener aproximadamente 70 días. Como quiera que entre la hysterectomía y el accidente hemorrágico habían transcurrido 63 días, no cabe la menor duda de que el embarazo extubárico existía ya en el momento de hacer la hysterectomía y ni siquiera se puede admitir la hipótesis de que se haya interrumpido en el acto operatorio, el recorrido natural de un huevo hacia la cavidad uterina. Lo admirable es, que la manipulación de las trompas en el curso de la intervención, y sobre todo el pinzamiento de las mismas, no haya ocasionado la muerte del óvulo fecundado.

Como verán nuestros lectores, hemos expuesto única y exclusivamente un hecho quirúrgico extraño, pero, que por no haber tenido referencia de otro igual, hemos creído que bien valía la pena que quedase consignado.

Primer Congreso Centroamericano De Otorrinolaringología

Por el Dr. J. Napoleón Alcerro

En el mes de enero de 1952, se celebró en la ciudad de La Habana, Cuba, el Primer Congreso de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, clausurando sus sesiones después de haber obtenido un rotundo éxito científico, cultural y social. Los integrantes de las Delegaciones de los países centroamericanos que asistieron a ese Congreso, con excepción de los hondureños, porque Honduras no se hizo representar, acordaron la celebración de Congresos de la Especialidad en Centroamérica, y los salvadoreños se ofrecieron para organizar el primero en su país.

Como invitado especial del Presidente del Comité Organizador, Dr. Víctor M. Noubleau, asistí al Primer Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología que se celebró en la ciudad de San Salvador durante los días 12 y 13 de Diciembre pasado. Como invitados de honor, asistieron los Drs. LeRoy A. Schall, de Boston, Massachusetts, y Brown Farrior, de Tampa, Florida. Por Guatemala llegaron cinco delegados, presididos por el Dr. Julio Quevedo; por Nicaragua asistieron cuatro, siendo el jefe de la Delegación el Dr. Rodolfo Bolaños; por Costa Rica asistió únicamente el Dr. José María Ortiz, y por Honduras, el suscrito. Organizaron el Congreso, los colegas Víctor M. Noubleau, Héctor Silva, Alfredo Alfaro, Antonio Pineda, Salvador Mixco Pinto y Francisco de Sojo Llompart.

A las 10 a. m. del día 12, después de oído el Himno Nacional de El Salvador, el señor Presidente de la República, Coronel Osear Osorio, en brillante discurso que **tradujo** el sincero anhelo unioquista del pueblo salvadoreño, declaró inaugurado el Congreso. Seguidamente un representante de cada país, habló en nombre de su Patria.

El Programa científico se desarrolló en tres sesiones que fueron presididas por su orden, por los Drs. Quevedo, Alcerro y Bolaños. En esas sesiones se dieron a conocer todos los adelantos conseguidos hasta el presente, en lo que se refiere a etiología, patogenia y tratamiento del Escleroma y la Oena, que fueron los temas oficiales. Como primero en el programa, me tocó leer el trabajo que en colaboración con el Dr. Hernán Córrele? Padilla, Dermatólogo que ha tratado con algún éxito casos de Rinoescleroma, presentamos bajo el título de **ESCLEROMA RINO-FARINGO-LARINGEO EN HONDURAS**. En ese trabajo agrupamos nueve casos diagnosticados y tratados por nosotros. El Dr. J. Adán Cueva, Anatomopatólogo que hizo los estudios histopatológicos de esos casos, nos prestó su cooperación, ilustrando el trabajo con 8 microfotografías tomadas de lo; corles **histológicos: en** osas microfotos que muestran las distintas lasos do] **Escleroma**, pueden verse claramente diforenciadas las

células de Mikulicz, que son específicas de la enfermedad, y los corpúsculos de Russel. Nuestro primordial objeto al presentar el trabajo, era el de hacer conocer a los que se interesan por el problema del Escleroma, que en Honduras existe, y que le estamos prestando la atención necesaria para descubrirlo en sus comienzos, a fin de que el tratamiento por nosotros empleado logre curar o por lo menos detener el proceso. Usamos el Repodral, que es un preparado de antimonio trivalente que distribuye la casa Winthrop, en combinación con Radioterapia; esa terapéutica combinada, nos ha proporcionado magníficos resultados, y por eso no vacilamos en darlos a conocer: en el Congreso.

El Dr. Julio Quevedo presentó un interesantísimo trabajo, basado en la observación personal de 29 casos de Ocena curados espontáneamente. Los Drs. Noubleau, Alfaro y Pineda, expusieron magistralmente sus experiencias con Estreptomina y Terramicina en el tratamiento del Escleroma. El Dr. Silva leyó el trabajo que en colaboración con los Drs. Mixco Pinto y de Sojo Llompart presentaron con el título de Ocena en El Salvador. El Dr. José María Ortiz, presentó un documentado estudio sobre la Ocena en Costa Rica. El Dr. Bickford presentó sus experiencias con una técnica quirúrgica personal, en el tratamiento de la Ocena. El Radiólogo Dr. Raúl Arguello, de El Salvador, leyó un trabajo sobre las curaciones del Escleroma Rino-faringe-laríngeo con Radioterapia. Como temas libres se presentaron los trabajos del Dr. Luis Navas, de Nicaragua, sobre labio leporino; del Dr. Gilberto Cuadra Lacayo, sobre la cirugía plástica nasal, y el del Cirujano General Dr. José Zepeda Magaña, sobre Uranorrafia, por una técnica personal. El Dr. Schall dictó una conferencia sobre tratamiento del cáncer de los senos paranasales, y practicó una extirpación de un cáncer del seno maxilar izquierdo; otra conferencia sobre cáncer laríngeo, practicando una laringectomía total por cáncer laríngeo; en esta última operación tomé participación directa al administrar al paciente una anestesia general con tubo traqueal. El Dr. Brown Farrior, dictó una interesante conferencia sobre la técnica de la fenestración.

Terminadas las sesiones científicas, se acordó por unanimidad la creación de la Sociedad Centroamericana de Otorrinolaringología y Broncoesolagología, y se eligieron a los Drs. Noubleau y Silva para que desempeñaran la Presidencia y la Secretaría, respectivamente. El proyecto de Estatutos será enviado a cada uno de los miembros de la nueva sociedad para que los estudie y opine sobre ellos.

Por moción del Dr. José María Ortiz, se acordó que las sedes de los próximos congresos se designarán por orden alfabético, correspondiendo el segundo a Costa Rica. Los congresos se celebrarán cada dos años, para intercalarlos con los congresos Panamericanos que también deben celebrarse cada dos años. A Honduras corresponderá la organización del cuarto congreso en 1958, fecha » en la que estaremos preparados para celebrarlo dignamente.

En el aspecto social, tanto los colegas salvadoreños como sus dignas esposas, nos colmaron de atenciones: almuerzos, cenas, pa-

seos campestres, etc., se sucedieron durante cuatro días; fueron tantas las atenciones recibidas, que difícilmente podremos corresponder tanta gentileza. Uno de los actos más significativos y originales con que se nos obsequió, fue la ceremonia en la que el Señor Alcalde de San Salvador, Doctor Guillermo Trabanino, nos declaró HUESPEDES DISTINGUIDOS DE LA CIUDAD, por el tiempo que durara nuestra permanencia en ella.

El Primer Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología, marca un merecido triunfo para la Sociedad de Otorrinolaringología de El Salvador, para el Señor Presidente de la República, para el Señor Ministro de Asistencia Social, para el Señor Ministro de Cultura, para la Universidad Nacional y para el Colegio Médico de El Salvador, auspiciadores todos del Congreso, que prestaron todo su apoyo, haciendo posible su feliz realización.

Tegucigalpa, D. C, Enero 12 de 1953.

Problemas Psiquiátricos Del Alcoholismo

Primer Congreso Centro Americano de Psiquiatría

San José, Costa Rica, Dic. 4 al 8, 1952

DR. RAMÓN ALCERRO CASTRO

Progresivamente ha ido cambiando la actitud del mundo médico y también de la sociedad en general en cuanto a su interpretación del alcoholismo y al trato de los alcohólicos. El alcohólico es considerado como un enfermo, con un desajuste social probablemente mayor que el gran número de otros enfermos, y una persona que merece la ayuda del médico y de la sociedad en su más amplio sentido y comprendiendo sus diversas partes componentes.

Los intentos para estudiar el alcohólico y el alcoholismo en sus diferentes aspectos han sido intensificados en los últimos dos o tres lustros y es mucho lo que se avanza en los diferentes campos de estudio. Bacon, quien como Profesor Asociado de Sociología de la Universidad de Yale, ha estudiado junto con sus otros colegas del Plan Yale sobre el alcoholismo, los problemas sociológicos del alcohólico, nos recomienda, a mi modo de ver con buen criterio que adoptemos un punto de vista tolerante y aún humilde cuando tratamos de localizar, de describir y de analizar los asuntos que se refieren al alcoholismo, tratando de situar las cosas en el lugar que les corresponde, borrando prejuicios, evitando definiciones que puedan conducirnos por caminos errados, y tratando de separar y discriminar los problemas del alcoholismo propiamente de los que hacen referencia a la ingestión de bebidas alcohólicas, por ejemplo, o del individuo que se emborracha, por otra parte.

Desde luego no nos referimos a la simple ingestión de bebidas alcohólicas con objeto alimenticio ni social si éstas no tienen características patológicas. Ni tampoco a los casos en los cuales puede llegarse a la intoxicación alcohólica de manera esporádica y sin llegar a la habituación.

Con el objeto de delimitar, por lo menos en parte, el problema, citaremos la definición del Sub-Comité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud, propuesto en la Reunión de Diciembre de 1950. «Alcoholismo, definieron, es cualquier forma de consumo alcohólico que exceda del uso alimentario tradicional y corriente y del cumplimiento con las costumbres sociales propias de una colectividad en particular, sean cuales fueren los factores etiológicos responsables y el origen de estos factores: herencia, constitución física o influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas». Por otra parte, el Comité de Expertos en Drogas que crean toxicomanías, definió éstas como «un estado de intoxicación periódica o crónica, nocivo al individuo y a la sociedad, y producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características son: (1) un deseo o necesidad invencible (compulsión) de seguir consu-

miendo una droga y conseguirla por todos los medios; (2) una tendencia a aumentar la dosis; (3) una dependencia psíquica (psicológica) y en ocasiones físicas sobre los efectos de la droga». Si consideramos los conceptos de Bacon sobre el alcoholismo como aquella condición en la cual los individuos beben de manera diferente a la del público en general, por el hecho de que si bien las gentes beben por una gran variedad de razones, el alcohólico solamente bebe por el hecho de que tiene que hacerlo, compulsivamente, para encarar a la vida y a sus problemas comunes o desusuales, (primera característica de la toxicomanía); que el alcoholismo es una condición progresiva que generalmente alcanza sus estadios finales sólo después de muchos años de desarrollo, (característica segunda de la toxicomanía); que tiene un cuadro clínico con características físicas, psicológicas y sociales (característica tercera y conceptos de la definición general de toxicomanía, antes apuntada), casi sólo nos, resta decir, tratando de simplificar, que el alcoholismo es la ingestión de bebidas alcohólicas cuando presenta las características de la toxicomanía.

Como tal el alcoholismo es una enfermedad de la personalidad entera. En efecto, parece tener un factor constitucional hereditario, no bien comprendido ni definido, que pareciera manifestarse como una trasmisión de genes que se caracterizan por una susceptibilidad hacia las experiencias vitales difíciles. Se encuentra además en el alcohólico un trastorno patofisiológico que tampoco se comprende bien todavía y que continúa estudiándose; unas características psicológicas que también se estudian cada día más, tratando de encontrar lo característico de las mismas; modificaciones de la conducta ética y del carácter y cambios del comportamiento y la interacción social. Todos los sectores pues, de la personalidad se ven desfavorablemente influenciados por el alcoholismo y se establece en- el desajuste de esa personalidad una serie de interacciones que forman círculos viciosos de tal manera que el desajuste social agrava el psicológico; éste a su vez, aumentando la necesidad del consumo del alcohol, provoca mayores trastornos desde el punto de vista organofisiológico, con una respuesta que a su turno vuelve hacia un mayor problema de tipo mental, que perturba la relación social del individuo, y así sucesivamente en múltiples combinaciones.

Vemos pues, que si bien es cierto que no todos los problemas del alcohólico son de tipo psicopatológico y psiquiátrico, sucede en cambio que en todo paciente o persona alcohólica hay de manera primaria o secundaria problemas de orden psiquiátrico.

Karpman escribía en 1941 a propósito de un caso, un artículo sobre el alcohólico crónico como un neurótico y un soñador; y en el análisis del mismo se refería a los diversos tipos de sueños, angustiosos, eróticos, proyectivos, de escape, de eco, de triunfo y también a los sueños de compensación, a los motivos de la derrota, a la transferencia-resistencia, a los sentimientos de culpa, a las tendencias suicidas, homicidas, al sadomasoquismo y a los sentimientos de interioridad, De sus propios estudios y de los llevados

a cabo por otros psiquiatras llegaba a la apreciación de que el alcoholismo aparece solamente como un fenómeno superficial (superficial) detrás del cual se esconden complicadas y ampliamente ramificadas neurosis. Karpman cree que, como consecuencia, el alcoholismo puede ser curado por procedimientos psicoterapéuticos.

También se ha hecho referencia a la psicopatología del alcoholismo considerándolo no solamente como una manifestación neurótica, ^{circun} también como síntoma, en algunas circunstancias de enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia, las psicosis maniaco-depresivas, las demencias seniles o traumáticas, u otras formas psicóticas. Se ha considerado también que hay una característica psicopática, constitucional en el alcoholismo.

Por otra parte se ha tratado de delimitar cuáles son las características que hacen al individuo un alcohólico, ya que, el alcoholismo no es un síntoma obligado ni de la psicopatía, ni de la psicosis, ni de ninguno de los tipos de psiconeurosis. Sobre todo en los no psicóticos se intenta establecer qué es lo que transforma al individuo en un adicto, entendiéndose que en todos los casos, o en casi todos, va asociado a otros trastornos neuróticos, y que por lo menos es útil la separación de las características del adictivo, del complejo marco de la personalidad neurótica, con el objeto descriptivo y como manera de obtener algunas indicaciones con respecto al pronóstico y tratamiento de cada caso. La existencia de patrones neuróticos diferentes de los patrones adictivos actúan indudablemente en combinación con estos últimos, sin que necesariamente debamos considerarlos como su origen, y sin que simplifiquemos el problema interpretando que la bebida es la manifestación sintomática del trastorno neurótico que primero descubramos.

Entre las formas neuróticas del alcoholismo debemos de colocar el llamado alcoholismo esencial que probablemente corresponda al llamado tipo compulsivo primario de adicción. Se trata ■* de individuos con trastornos neuróticos que resultan de frustraciones y fijaciones orales, y en los cuales el alcoholismo es la principal manifestación neurótica. Se trata de individuos con una tolerancia muy baja hacia los fracasos, con gran sentido de inadecuación, con necesidad de una sobreestimación falsa con manifestaciones de rebeldía dentro de la sociedad o contra lo que signifique autoridad, como protesta contra la figura parental dominante. Notamos siempre una profunda e intensa hostilidad que se reprime grandemente pero que se manifiesta durante los episodios alcohólicos. Hay siempre sentimientos de culpa dentro de la agresividad general y en el plano sexual, que se libera durante la indulgencia alcohólica. Esta agresividad no puede manifestarse en los períodos de sobriedad por la barrera que le opone un superego hipertrófico. Pareciera que el traumatismo psicológico del alcohólico haya sido inferido en etapas infantiles muy tempranas, que corresponden, como ya lo dijimos, a los estadios orales del desarrollo. Tanto las experiencias placenteras como las dolorosas podrían ser causa de v la fijación, como si en el primer caso el neurótico no quisiera abandonar nunca las gratificaciones de esa etapa placentera, o como si

se adhiriera persistentemente a las experiencias penosas con el fin de descubrir las gratificaciones que se le niegan. En el futuro su comportamiento será una repetición de su experiencia infantil. En este tiempo el individuo une en su experiencia, de manera inseparable, el cuerpo y las embrionarias cualidades mentales, el dolor y el placer son experimentados simultáneamente en las dos áreas de KU personalidad incipiente; el hambre es a la vez una tensión psicológica y sensaciones fisiológicas. La satisfacción de la comida representa, no solamente la sensación placentera y de satisfacción física, sino también la seguridad psíquica. En el neurótico adictivo alcohólico se perpetúa esa unión entre lo psíquico y lo físico sin llegar a la diferenciación del adulto normal y, por ejemplo, sus deseos de seguridad, de respeto, de independencia, de potencia, etc., son al mismo tiempo de manera inconsciente y quizá parcialmente consciente, deseos de calor físico, cuchicheos, caricias y de satisfacción por la repleción del estómago con sustancias líquidas y tibias. Si el individuo con estas características llega a beber alcohol, encontrará que éste puede producirle una satisfacción simultánea de los deseos corporales y la seguridad mental. Este estado placentero dura muy poco tiempo y al borrarse sus efectos queda por el contrario un acrecentamiento de las necesidades existentes antes de la bebida. Pero como la experiencia le enseñó que aún cuando por unos instantes podía obtener ese estado de gratificación que tanto ansia, vuelve a beber una y más veces, llegando solamente por escasos momentos al estado de equilibrio en el que quisiera encontrarse; porque lo que sucede generalmente es que, o no ha tomado suficiente para borrar sus angustias, o tomó demasiado y no se dio cuenta del estado placentero. Esta forma de adicción de forma compulsiva primaria es, indudablemente, la más difícil de tratar.

Existe también una forma de compulsión secundaria. Se encuentra frecuentemente en antiguos bebedores de forma social, en los, cuales aparentemente existía una buena adaptación de la personalidad, tratándose de individuos más bien extrovertidos, un tanto agresivos, con posiciones de líder dentro del grupo y conversadores entusiastas y jocosos. Estas personas beben con satisfacción como parte de su trabajo o de su vida social, llegan a ser bebedores habituales y toleran grandes cantidades, pero controlan su forma de beber. Algunos con estas características llegan después a sufrir una transformación que consiste en una mayor sensibilidad para el alcohol, con gran efecto sobre el control que antes tuvieron sobre el mismo y sobre la eficiencia de su personalidad bajo el efecto mismo alcohol. Poco a poco se nota que prestan menos interés a las exigencias sociales, y de su trabajo, cumplen con éste de una manera irregular; las relaciones con la esposa y los hijos dejan cada vez más que desear y también se transforman desventajosamente las relaciones con los amigos y con los vecinos. Poco a poco las características que le hacían influir sobre su grupo se van perdiendo, su tacto social es menos fino y sus cualidades intelectuales no presentan la brillantez de antaño. Vienen entonces

los reclamos de la familia, de su trabajo, del vecindario y los rasgos de tipo económico. Como el individuo ha ido deteriorando progresivamente y de manera casi imperceptible, llega a tal estado que responde a los diversos problemas con una única solución, cual es la de beber. Progresivamente el cuadro se agrava hasta que este bebedor llega a adquirir las características del compulsivo primario. Sin embargo, como el núcleo de la personalidad es mucho más coherente que en el caso anterior, las posibilidades terapéuticas sobre estos enfermos están mucho más llenas de esperanzas.

Podría citarse otra forma neurótica de alcoholismo, que es la formada por aquellos individuos con insuficiencia de desarrollo del superego, en quienes faltó, física o psicológicamente la figura paterna del mismo sexo y en quienes se encontró muy marcada la del sexo opuesto; o bien de casos en los cuales la identificación fué considerablemente dificultada por las características estrictas y corrección de la Figura parental del mismo sexo (Dale y Ebaugh). Se trataría en estos casos de personas con falta de responsabilidad hacia las circunstancias habituales de la existencia, con necesidad de gratificaciones narcisistas y en quienes el uso del alcohol tiene por objeto la gratificación inmediata, y en quienes los impulsos instintivos se imponen sobre toda consideración de bienes posteriores.

Tendríamos, pues, que los alcohólicos podrían separarse en tres grupos principales que en parte sobreponerse unos con otros.

Los dividiríamos en alcohólicos neuróticos, psicopáticos y psicóticos. En el primer grupo colocaríamos aquellos en los que hay por base una personalidad neurótica de las ya mencionadas, sea del tipo de los individuos con fijaciones orales, o bien con neurosis del carácter, por falta de identificación con la figura parental del mismo sexo. También incluiremos entre éstos aquellos otros casos que se presentan como alcoholismo adictivo secundario reactivo, en los cuales al principio no era notable la presencia leve o con buena compensación de caracteres neuróticos pero en quienes la estructura de la personalidad es profundamente similar a la de otros tipos alcohólicos neuróticos.

Otra categoría sería la de las personalidades psicopáticas, en las cuales incluimos aquellas con un mayor componente hereditario desfavorable y dentro de las cuales hemos de mencionar la de los obsesivos, asténicos, ciclotímicos, etc. Es muy probable que sobre esas diversas tendencias se desarrollen y florezcan reacciones neuróticas de diversos tipos.

La tercera gran categoría estaría formada por los casos de alcoholismo concomitante de las grandes psicosis de forma esquizofrénica, maniaco depresiva, u orgánicas de diversos tipos.

Y, ante cada problema que nos plantea cada paciente que es traído a nuestra atención para diagnóstico y tratamiento de alcoholismo, ¿cuál ha de ser nuestra actitud? Lo ideal es desde luego, el estudio exhaustivo bio-psico-social de nuestro paciente. Todos los datos que pueda darnos el internista, la investigación por el psicólogo clínico, las pruebas vocacionales, la información de la trabajadora social psiquiátrica, toda la información sobre el estatus

familiar y social, y el estudio psiquiátrico de la personalidad, con referencia especial de las características del tipo de patrón de bebida que se manifieste en el paciente.

Desgraciadamente no todos estamos en condiciones de dedicar tanto tiempo como quisiéramos a la investigación desde nuestro punto de vista de psiquiatras clínicos, y no podemos gozar de la cooperación de los otros profesionales y técnicos mencionados.

Con el mayor número de datos que podamos obtener, y con el criterio diagnóstico que nos hagamos, pondremos manos a la obra para intentar su rehabilitación. En las psicosis nos empeñaremos en aplicar los diversos medios terapéuticos con que se cuenta para su asistencia. El resultado que obtengamos sobre el alcoholismo dependerá del reajuste que logremos desarrollar en el paciente, de tal manera de hacer innecesaria la ingestión patológica del alcohol. En el alcoholismo reactivo y en los adictivos secundarios, con la Psicoterapia, con la comprensión que ella lleve sobre los problemas que puedan estar determinando el alcoholismo, con la descarga y movilización que se haga de los mecanismos psicológicos que se hayan fijado en la adicción, con el tratamiento medicamentoso y con las modificaciones sociales convenientes y posibles, los resultados son con frecuencia halagadores. El propio hecho de que estos pacientes lleguen a aceptar que se ha desarrollado en ellos una situación que les hace imposible beber dentro de los patrones considerados como normales, es ya un paso decisivo para que ellos en lo sucesivo se decidan a dar los otros necesarios para su rehabilitación.

En cuanto a los pacientes adictivos primarios, se considera que es prácticamente imposible su curación en el sentido de llegar a obtener una armonía de la personalidad de tal grado, que puedan llegar en el futuro a beber alcohol sin mostrar las manifestaciones adictivas *de* manera más o menos rápida.

Lolli cree que la naturaleza primitiva y arcaica de los conflictos emocionales que forman la base de la personalidad de estos enfermos, hace que esos conflictos sean insolubles con las técnicas psicológicas con que se cuenta en la actualidad.

Debido a la inestabilidad y a la baja tolerancia para el esfuerzo que tienen los alcohólicos neuróticos de esta clase, la práctica del psicoanálisis prolongado de tipo ortodoxo o por las nuevas formas de psicoterapia intensiva, que de todos modos se prolongan por tiempo que con frecuencia sobrepasa al año, no pueden llevarse a cabo, por lo menos durante los primeros meses, si no es en el medio hospitalario, por admisión voluntaria o compulsiva de suficiente duración. Afortunadamente los procedimientos psicoterápicos basados en la comprensión de la dinámica de la personalidad que se apoyan sobre los conocimientos analíticos, con todos los progresos y desarrollos que ellos han tenido, permiten ayudar de manera efectiva, sin necesidad de la práctica del psicoanálisis propiamente tal, a gran número de alcohólicos. Y lo que es más, está demostrado que no solamente el psiquiatra puede hacer esta labor terapéutica sino que también, y quizá en mayor número de casos, debido al

limitado número de psiquiatras que actualmente pueden dedicar su tiempo a este tipo de tratamientos, la trabajadora social con entrenamiento psiquiátrico, la enfermera psiquiátrica y otras enfermeras con entrenamiento adecuado, aunque no especializado en este campo, pueden ser de gran utilidad para el alcohólico, tanto en la campaña de ayuda durante la fase aguda, durante el malestar post-alcohólico y durante sus esfuerzos para mantenerse abstemio. En los consultorios antialcohólicos, un equipo formado por un internista una trabajadora de servicio social y un psicólogo clínico, pueden prestar ayuda eficaz a muchos pacientes.

Desde el punto de vista medicamentoso, se cuenta con varios medios para el tratamiento de las diversas fases; intoxicación aguda manifestaciones inmediatas a la supresión (goma) y los intervalos libres. En todos ellos el tratamiento, debemos de repetirlo, ha de *m* una mezcla adecuada de procedimientos medicamentosos, psicológicos y socioterápicos. Durante el estado agudo, a más del tratamiento de todas las condiciones de forma médica o quirúrgica que haya que corregir, se emplean medicamentos con el objeto de acortar la intoxicación y de disminuir las molestias que principien a manifestarse como resultado de la supresión. La insulina y la insulina combinada con glucosa, parecen tener beneficiosos efectos en algunos casos. Para el estado posterior, se usa el fenobarbital el amital, la dextroanfetamina, la anfetamina, mefenesín, la desoxicorticosterona, las vitaminas B y C, el cloruro de sodio, etc. Posteriormente se usan con el objeto de provocar reflejos condicionados de aversión, medicamentos tales como: la apomorfina, emetina, pilocarpina, etc., en la forma ya de todos conocida. Desde hace algunos años venimos usando el disulfuro de tetraetil tiuram más conocido con el nombre de antabús, y que actúa en parte por sus efectos farmacológicos y en parte por mecanismos psicológicos que se ponen en marcha y que han sido mencionados en detalle, entre otros, por Appelt, de Filadelfia.

En algunas ocasiones puede ser necesaria la hospitalización sobre todo para el tratamiento de la fase aguda de la intoxicación y de los síntomas del estado de supresión, para el tratamiento de problemas emocionales que no puedan tratarse extramuros para la prevención de recaídas, para la terapéutica de reflejos condicionados por emetina y apomorfina, y para la indicación del tratamiento por antabús.

Desde luego que nos referiremos a los casos no psicóticos. Estos, por otras razones, deben hospitalizarse en instituciones adecuadas.

La rehabilitación desde el punto de vista social, que ya va ayudada por los cambios que desde el punto de vista físico y psicológico se hayan logrado o estén en vías de lograrse en el paciente, comprenderá también las entrevistas del psiquiatra o de la asistencia social de enfermera, con los que formen el medio inmediato social del paciente: esposa, madres, hermanos, etc., con las personas para quienes y con quienes trabaja; la asociación en sociedades de ex-alcohólicos, la re-educación de los medios de recreo, y cuan-

do existan conflictos de tipo religioso, la recomendación de su manejo por personas competentes.

R E S U M E N

En resumen nos hemos referido a las desarmonías de la personalidad de los alcohólicos, sobre todo a las del tipo psiquiátrico, pero sin olvidar los componentes sociales de la misma, ni las posibilidades de una herencia predisponente, ni de trastornos también predisponentes del sector biológico. Hemos recordado por último, todo en líneas generales, los diferentes modos de aproximación terapéutica de este complejo problema de la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

- Bacon, S. D. **Alcoholism**: Nature of the Problem. Alcoholism: Its, Extent, Therapy and Prevention. Federal Probation. Vól. 11, Números 1, 2, 1947. (Reprinted by The Yale Plan on Alcoholism)
- Jellinek, E. M.** The **Problems** of Alcohol, Alcóló, Science and Society. **Quarterly Journal of Studies on Alcohol**. 1945.
- Jellinek, E. M. Recent Trends in **Alcoholism** and Alcohol Consumption. Hillhouse Press, New Have, 1947.
- Karpman, Ben, The Chronic Alcoholic as a Neurotic and a Dreamer, The Journal of Nervous and Mental **Disease**, N^o 1 July, **194.1**.
- Lolli, Giorgio The Addictive Drinker. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Vol. 10. pp 404-414, Dec. 1949. Ed. by Laboratory of Applied Phisiology. Yale University, New Haven, Conn.
- Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Vol. 13, N^o 3, **Sep.**, 1952. **Alcoholism**. 1941-1951: A survey of Activities in Research, **Education** and Therapy.
- Fox, Ruth **Psychotherapeutics** of Alcoholism, **Specialized Techniques in Psychotherapy**. Basic Books Inc. New York. 1952.
- Straus H. and Bacon S, D., **Alcoholism and Social Stability**. **Hillhouse Press**, 1951.

Escleroma Rino-Faringo-Laringeo En Honduras

Dr. J. Napoleón Alcerro, Oto-Rino-Laringólogo.
Dr. Hernán Corrales Padilla, Dermatólogo. **Dr. I. Adán Cueva**, Anatomatólogo.

Trabajo presentado en el Primer Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología celebrado en San Salvador, en Diciembre de 1952.

El objeto del presente trabajo, es hacer conocer ante este Primer Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología, que en Honduras existe el Escleroma en las distintas formas que exhibe en los demás países donde se presenta. No tenemos la pretensión de enseñar algo nuevo en nuestro trabajo, porque estamos seguros que lo que aquí exponemos es bien conocido por todos los Colegas, Especialmente por los salvadoreños que tienen un vasto campo de experimentación, dado el elevado número de casos que existen en el país. Nuestra intención al venir a exponer los casos hondureños que hemos examinado y tratado, es dar a conocer a los que se interesan por el problema del Escleroma, que en Honduras existe, y que le estamos prestando la atención debida, para descubrirlo en sus comienzos cuando es más factible su regresión o detención, y tratarlo adecuadamente de acuerdo con las técnicas modernas. Nuestros casos han respondido bien a los tratamientos empleados, y los resultados obtenidos podemos calificarlos de alentadores.

MATERIAL DE ESTUDIO

NUEVE PACIENTES: siete pertenecen al sexo femenino y dos solamente al sexo masculino. Su edad, al momento de la adquisición de la enfermedad, fluctuaba entre 15 y 45 años. Siete pertenecen a la clase pobre, es decir, tienen una baja condición social y económica; dos pertenecen a la clase media, pero sus recursos económicos son escasos.

SITIO PROBABLE DONDE SE ADQUIRIÓ LA INFECCIÓN

Dos la adquirieron en la zona CENTRAL, uno en la zona NORTE, y seis en la zona SUR. Ninguno adquirió la enfermedad por contagio familiar, Ocho pacientes son solteros y uno casado; de los ocho solteros, seis viven maritalmente; ninguno de ellos ha contagiado a otra persona.

Cuatro pacientes han ingerido agua potable; cinco lo han hecho de agua de pozo, de riachuelo o de río.

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES:

Las siete mujeres se dedican a oficios domésticos, y los dos hombres son labradores.

ANTECEDENTES MORBOSOS

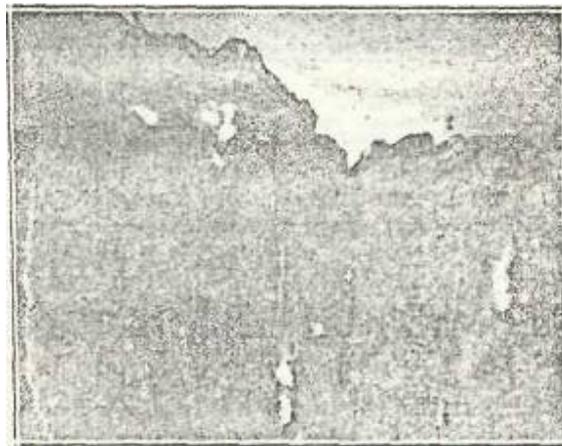
Todos los pacientes han padecido en la infancia, y algunos de ellos en la edad adulta, de parasitosis intestinal; ninguno de ellos ha padecido enfermedades a virus.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Al momento del primer examen, la evolución del Escleroma fluctuaba entre seis meses y diez y seis años.

GRADO DE INVASIÓN

La paciente de menor tiempo de evolución de la enfermedad, una señora de 36 años de edad, comenzó a notar sus síntomas, seis meses antes de presentarse a nosotros; había un ligero abultamiento



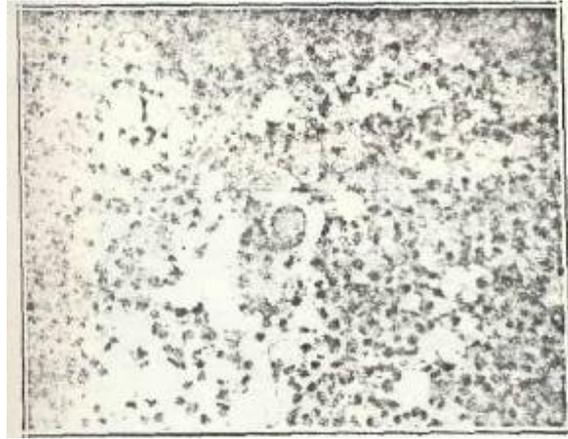
Microfoto N° 1

Obsérvese en la **submucosa** un infiltrado **granulomatoso** y en algunos sitios nidos de Células de Mikulicz. Abundantes vasos.

Instituto Patológico

en ambas caras laterales de la pirámide nasal, inmediatamente por debajo del borde inferior de los huesos propios, con endurecimiento incompleto del resto de los tejidos blandos de las alas de la nariz; marcada obstrucción nasal bilateral por estrechamiento de fosas por transformación escleromatosa e infiltración de tejidos blandos a nivel del vestíbulo, parte antero-inferior del tabique medio nasal

y cabeza de cornetes inferiores y medios. Dos pacientes, con igual transformación escleromatosa e infiltración que el caso anterior pero sin ninguna tumoración externa apreciable a la vista; una con un año de evolución y la otra con 16 meses. Otra paciente de 20 años de edad, se presentó a nuestro consultorio después de cinco años de haberse iniciado sus síntomas nasales, y después de haber recibido 19 inyecciones subcutáneas de Repodral que le inyectó un Médico General. Presentaba tumoración del tamaño de un guisan-



Micrófono N° 1

A mayor aumento se **aprecian** numerosas células claras, espumosa*
tic Mikulicz y en el centro un Corpúsculo de RUSSEL.

Instituto Patológico

te, en la cara lateral izquierda de la pirámide nasal, por debajo del borde inferior del hueso propio, y obstrucción nasal completa de ese lado, y parcial del lado derecho; también presentaba una dacriocistitis aguda derecha que fue tratada y curada por Especialista en Ojos. Otra paciente de 30 años de edad, y con tres años de evolución de su enfermedad, presentaba ligera tumoración nasal externa, obstrucción nasal bilateral completa, infiltración del paladar blando, y tumor de aspecto de coliflor que unía el borde libre derecho del paladar blando a la pared faríngea posterior, y que hacía prominencia hacia la buco-faríngea. Otra paciente con diez años de evolución de su Escleroma, se presentó con cicatriz operatoria del borde inferior derecho del ala de la nariz, por operación que le habían practicado para facilitarle un poco la respiración nasal, bridas esclerosas que unían la base de la lengua a la pared faríngea posterior involucrando las amígdalas, que estrechaban el istmo de las fauces al grado de permitirle únicamente tragar líquidos. Otra paciente con obstrucción nasal bilateral, infiltración del paladar blando, bridas esclerosas en la pared faríngea posterior, infiltración acentuada de la epiglotis y repliegues arie-epiglóticos, que producían ligera disfonía y disnea; a esta paciente de 61 años de edad,

hacia diez y seis años que se le habían iniciado sus síntomas en la nariz. Dos pacientes más con la característica principal de ser de localización nasal únicamente, pero de tumoración exuberante exterior, con deformidad marcada de la nariz y del labio superior; uno de ellos tenía destrucción parcial del vértice de la nariz e infiltración del paladar blando; su principal síntoma era la obstrucción nasal bilateral completa; el tiempo de evolución era de cuatro años y medio en uno y de cinco años en el otro.

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

Todos nuestros pacientes han sido diagnosticados con base clínica y comprobación histopatológica.



Microfotografía N° 3

Gin inmersión L-S posible observar mejor las células de Mikulicz. :IM
como un corpusculo de Russell, entre ellos algunos
plasmazellen.

Instituto Patológico

HISTOPATOLOGIA

En los casos estudiados, pudimos constatar desde la forma de granuloma tipo crónico inespecífico, hasta lesiones en vías de esclerosis. Es de notar, que en ninguno de los preparados estudiados, dejaron de estar presentes, el plasmazellen y el linfocito, como expresión inequívoca de lesiones de curso crónico.

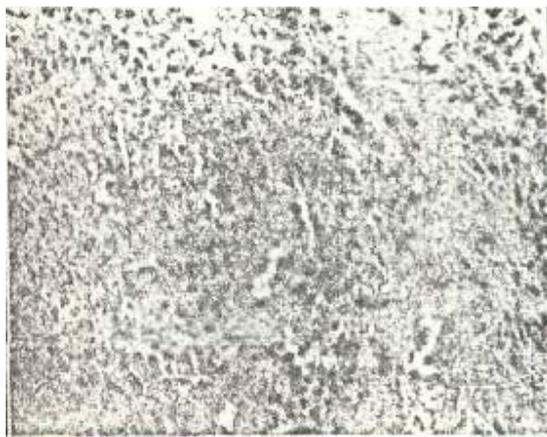
Indiscutiblemente, el diagnóstico real, se logra hasta que hacen su aparición, aisladas o en pequeños grupos, las células de Mikulicz, células semejantes a las adiposas de núcleo excéntrico, pero con la diferencia, de que las células de Mikulicz siempre conservan el núcleo ovoideo y picnótico; en cambio, las adiposas generalmente tienen un núcleo alargado o en semi-luna. En el interior

las células de Mikulicz se observa una sustancia amorfa, a veces geramente eosinófila con múltiples vacuolas, que le dan un aspecto espumoso; en algunas de ellas y vistas con inmersión, es posible observar; pequeños bastoncitos no coloreados, que creemos se trata el KleibSELLA Rhinoscleromatis o Bacilo de Von Frisch.

En las zonas ausentes de células de Mikulicz hay una reacción histiocitaria con infiltrados de plasmacélulas, linfocitos, macrófagos, leucocitos, y en uno de los casos encontramos corpúsculos de Russel, cuyo origen se atribuye a transformaciones finales del lamazellen, en un citoplasma muy eosinófilo y homogéneo.

HAGNOSTICO DIFERENCIAL

El aspecto clínico inconfundible del Escleroma, nos ha dado la seguridad tal en nuestros diagnósticos, que sólo en la paciente que presentaba el tumor en forma de coliflor en el borde libre del paladar blando, nos hizo pensar que podía tratarse de un tumor canceroso, pero la anatomía patológica nos confirmó el diagnóstico de Escleroma.



Microfoto N° 4

Observese la proliferación de tejido conectivo que va esclerosando el granuloma. Los vasos presentan también una reacción esclerosa.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO

- 1 — Hemos usado el Repodral (Antimonio III sodio bicatequina disulfonato sódico, que contiene el 13.6% de Antimonio) preparado de la Casa Winthrop, con el mismo método que se usa para el tratamiento de la Leishmaniosis, que incluye una inyección mínima de 1/2 cc. (cada c.c. contiene 8,1 mg. de antimonio trivalente) diaria, du-



Escleroma Mediano visto de frente



Fig. N° 6
El mismo escleroma de figura 5, visto por la base .
de la nariz.

rante tres días consecutivos, para conocer el estado de reactividad del paciente, seguidas de una inyección de 4 c.c. cada cinco días, habiendo llegado a inyectar en algunos casos hasta 120 c.c. por vía hipodérmica sin producir fenómenos de intolerancia que contraindicaran la prosecución del tratamiento.

M.a. segundos; filtrado: medio milímetro de cobre y un 2— Radioterapia, con los siguientes elementos: 200 Kv; 10 milímetro de aluminio; distancia: 30 centímetros.



Otra pariente con escleroma que tuvo m.ayor desarrollo hacia la cavidad nosofaringea. Esta en tratamiento.

Las dosis son de 150 a 200 r. diarias durante diez días. Se cita nuevamente a los pacientes para control dentro de tres o cuatro meses, y se hacen nuevas sesiones de cinco días consecutivos, si es necesario. Hemos tenido pacientes a quienes se les ha hecho hasta tres sesiones.

3—Quirúrgicamente hemos tratado a la paciente que presentaba bridas esclerosas que unían la base de la lengua a la pared faríngea posterior cortando con electrocauterio dichas bridas, hasta dejar el istmo de las fauces con EU amplitud normal. A la paciente del tumor en forma de coliflor que unía el borde del paladar blando a la pared faríngea posterior y que pendía hacia la buco-faringe, se le hizo con electrocauterio extirpación completa de dicho tumor.

RESULTADOS

En todos nuestros casos a excepción de uno que no quiso continuar el tratamiento, ha habido una marcada mejoría de los síntomas, y una reducción apreciable de la tumoración de los tejidos esclerosados e infiltrados, en grado que puedan estimarse, desde el 40 al 80%.

Los casos que hemos consignado en este trabajo corresponden únicamente a los pacientes que hemos tenido bajo nuestro control desde 1948. No incluimos muchos casos que conocemos y que pertenecen a otras clínicas, en donde se les ha hecho el diagnóstico.



Fig. N° 8
La misma paciente de la figura 7 en el
tratamiento más avanzado

Estimamos pues, que en Honduras existe el Escleroma Rino-Faríngeo-Laríngeo en las zonas central, norte y sur, esta última en colindancia con la República de El Salvador, que sabemos, tiene el mayor número de casos en Centro América; que adquiere los caracteres descritos en otras latitudes, con los síntomas frecuentes de endurecimiento de tejidos blancos, obstrucción nasal parcial o total, abolición de reflejo nauseoso faríngeo, y trastornos de la voz, leves o acentuados según sea la invasión del proceso en laringe; que su diagnóstico y tratamiento precoces dan al paciente mucha probabilidad de restitución.

No hemos comprobado contagio entre los convivientes, pero sí, el hecho que la enfermedad prende especialmente en aquellas personas de la clase pobre.

Para hacer el diagnóstico no nos parece indispensable encontrar el bacilo de Fritsch, ya que también se encuentra éste, en el moco nasal de individuos que no padecen de escleroma. Creemos que el diagnóstico clínico e histopatológico son suficientes para aclarar con escleroma a un enfermo que sufre dicha enfermedad.

El hecho de que Honduras y El Salvador colinden, y de que en esta última República y en la zona fronteriza de Honduras se presente el mayor número de escleromatosos, amerita una investigación del problema, a fin de controlar los factores condicionantes.

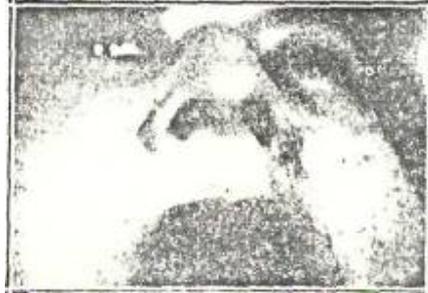


Fig. N° 9 Escleroma con desarrollo mayor intrabucal.

SUMEN

- 1—Se presentan nueve casos de escleroma Rino-Farango-Laríngeo en Honduras, de tipo medio.
- 2"—Se destaca el hecho que, de los casos presentados, seis pacientes adquirieron el contagio en la Zona sur del país, fronteriza con El Salvador, en contraste con los tres casos restantes, que se contagiaron en las zonas central y norte.
- 3'—Que el mayor número de enfermos pertenece al sexo femenino, siete casos, y dos únicamente al sexo masculino.
- 4—Que todos los pacientes pertenecen a la clase pobre de la población.
- 5—Que en todos los casos la nariz ha sido la que ha recibido el contagio primero, y que los síntomas obstructivos nasales han estado siempre presentes, lo mismo que la abolición del reflejo nauseoso faríngeo, aunque no haya lesiones aparentes en este órgano.
- 6"—Que el tratamiento combinado con Antimonio Trivalente y Radioterapia, ha dado en nuestras experiencias, resultados que clasificamos de alentadores.
- 7—Se sugiere un estudio de los factores condicionantes de la enfermedad, en las zonas infectadas.

BIBLIOGRAFÍA

- F. H. Manson Barh.— Tratado de Enfermedades Tropicales. Salvatmsbi & Montgomery.— Diseases of the Skin. Lea y Febiger, Philadelphia, 8.— Sutton & Sutton. Diseases of the Skin. Lea y Fibiger, Philadelphia. alter F Lever. Histopathology of the Skin. J. B. Lippincott C° London. Hueck. Patología Morfológica. Editorial Labor S. A. Barcelona Madrid. Hector M. Noubleau, Escleroma Rino-Farango-Laríngeo. Agencia del Primer ingreso Latinoamericano de Otorrinolaringología, celebrado en Santiago Chile, en 1949. — L. Aschoff. Anatomía Patológica. Ed. Labor S. A. rectoria

REFERATAS

R. A. C.

Revisión de la Dietética o Realimentación en las Diarreas Infecciosas de los Niños

DR. JESÚS E. PAGÓLA

Revista Mexicana de Pediatría, Tomo 21, Junio 30 de 1952. N 3.

El Dr. Pagola se refiere a los tratamientos dietéticos en las diarreas infecciosas de los niños, haciendo notar la revisión de que ha sido objeto la dietética, debido a la aparición de Sulfas y anti-bióticos y a la alimentación por vía parenteral. Recuerda las dietas recomendadas por Marfan, Rivadeau Dumas, Finkelstein, González y Marriet. Recuerda cómo en época reciente los clínicos se han inclinado por el empleo de las leches descremadas y cómo últimamente han aparecido ideas revolucionarias que aceleran las etapas de la alimentación, citando a Mitchell que usó en 396 casos de diarrea ayuda una alimentación oral precoz a base de leche descremada después de un período inicial de 8 a 24 horas, tiempo durante el cual se hidrata al niño por vía endovenosa sin dar nada por la boca. Cita después a Chung que empleó para la realimentación leche evaporada suministrando la dosis total calórica desde un principio una vez que se había hidratado al niño, haciendo comparaciones con otro grupo que recibió el mismo alimento pero aumentando las dosis progresivamente. Chung afirma que la duración total de la diarrea no se prolongó más en el grupo tratado con realimentación precoz aún cuando acepta que el número de evacuaciones diarias fue mucho mayor los primeros días o más, lo cual según él no tuvo inconveniente puesto que el aumento de peso fue más constante. El Dr. Pagola relata después la experiencia del Hospital Infantil de México con 6.000 casos de diarrea infecciosa. Se refiere a un estudio efectuado en 500 niños por el Dr. J. de la Torre y el mismo Dr. Pagola, en el cual encontraron que llevando a cabo la realimentación con leche descremada o caseinato de calcio pasando después a semidescremada y posteriormente a leche seca entera al finalizar la primera semana, la tolerancia era mucho mejor, curva de peso superior, comparada con grupos en que se había llevado la realimentación con leche entera a dosis calóricas totales desde un principio.

En el grupo de 200 niños alimentados con leche entera, en la primera semana, se registró un aumento de peso de un 50%, mientras que el 50% restante presentó un peso menor al 7 día comparado con el de ingreso.

En el grupo de 300 niños realimentados con leche descremada o caseinato de calcio, pasando después a semidescremada y posteriormente a la leche entera, el 75% registró aumento de peso hacia el 1' día, mientras que el 25% restante tuvo una disminución de peso para la misma fecha.

En lo relativo al número de evacuaciones y duración de la diarrea, hubo una curación de la diarrea o cuando menos una mo-

dificación favorable en el 25% antes de las 72 horas y en el 75% restante duró más de ese tiempo, en el grupo que recibió leche entera.

En los niños alimentados con leche descremada la diarrea desapareció antes de las 72 horas en el 60% y se prolongó por más tiempo en el 40% restante.

CONSIDERACIÓN ANATOMOCLINICAS SOBRE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA AMIBIASIS POR LOS DRS. ALBERTO DONOSO I. EMILIO AMENABAR C. ANTONIO ZACARÍAS G. Y GUILLERMO ROJAS

Revista Médica de Chile, año (small) volumen LXXX, N° 7,
Julio de 1952.

De un estudio sobre el tema que señala el título anterior, sus autores llegan al siguiente resumen y conclusiones: «Hemos recibido 10.910 autopsias consecutivas para establecer las modalidades anatómicas de la amibiasis en nuestro país y relacionarlas con los diagnósticos clínicos.

De esta revisión y estudio se desprenden los siguientes hechos y conclusiones:

- 1 —La amibiasis fue la causa de muerte en el 7.33 por mil de los fallecidos en un Hospital General.
- 2" —La amibiasis intestinal pura, sin contar sus complicaciones, sea en forma de colitis aguda, colitis crónica o colitis crónica reagudizada fue la causa de muerte en 35 casos, es decir, en el 43.75% de los casos en que la amibiasis constituyó la causa de muerte.
- 3" —Las lesiones se ubicaron de preferencia en los sitios descritos como clásicos: ciego y sigmoides. En la mitad de los casos estaba comprometido todo el colon y en 6 la porción terminal del íleo.
- 4" —Las complicaciones observadas en orden de preferencia, fueron: Peritonitis: 35.5%, Perforación: 25.05% y Absceso hepático: 24.4%, las dos primeras son habitualmente mortales y rara vez se diagnostica el factor etiológico.
- 5' —Nos ha llamado la atención que el diagnóstico ha sido correcto sólo en el 24.4% de todos los casos fallecidos, existiendo, según nuestro criterio, elementos suficientes para sospechar la etiología amibiana en el 74.5% de todas las historias que pudimos analizar. Recalcamos que sólo un buen diagnóstico puede evitar el paso a la cronicidad o la aparición de complicaciones, si es seguido como se comprende de un tratamiento bien hecho.
- 6' —Atribuimos estos errores en primer lugar a las dificultades inherentes al diagnóstico de la amibiasis, y en segundo lugar, a que no se piensa en ella con más frecuencia porque se desconocen su variadas formas clí-

nicas y el alto índice de infestación de la población.

7 —Estimamos que estos errores de diagnóstico son tanto más graves si se considera que en la actualidad se cuenta con procedimientos de alta eficacia terapéutica contra la ami-biasis».

**A STUDY OF RECENT COMMENTS OF B. C. G. VACCINATION
AGAINST TUBERCULOSIS**

Por PEDRO DOMINGO

Revista Cubana de Pediatría, tomo 24, N 9, Septiembre, 1952.

Del estudio llevado a cabo por el autor, éste concluye que la vacunación contra la T.B.C. por el B.C.G. es de valor profiláctico; que su más urgente indicación es en la protección de los niños y adolescentes haciendo vacunaciones adecuadas y revacunaciones; que hay demostración por la que hay investigaciones epidemiológicas y sanatoriales que prueban la capacidad del B.C.G. para aumentar la resistencia específica a la T.B.C.; si en la T.B.C. del adulto el B.C.G. es valioso para evitar el contagio de individuos anérgicos puestos en contacto con fuentes bacilíferas; que el B.C.G. es la más inocua de todas las vacunaciones que disminuye la morbilidad y mortalidad por T.B.C. en donde se llevan a cabo vacunaciones con cantidades adecuadas de vacuna y el cuidado apropiado, y que el B.C.G. parece ser un complemento ideal de los programas antituberculosos, ya que protege el anérgico contra el peligro de la infección.

REVISTA CUBANA DE TUBERCULOSIS, año 15, Números
1, 2, 3, 4; y año 16, número 1.

**ESTREPTOMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS
POR LOS DOCTORES LUIS DE LA CRUZ MUÑOZ, PEDRO BAEZA,
AUGUSTO FERNANDEZ CONDE, CARLOS VÁRELA FIGUERAL, EN-
RIQUE VENZANT, JOSÉ GARCÍA ARRAZURRIA, NICASIO DE CÁR-
DENAS, AMADO E. DOMÍNGUEZ, EDUARDO MUZIO Y DR.
MANUEL MIRANDA**

Los autores se refieren al uso de la estreptomycin en las instituciones oficiales Cubanas. Se refieren a 106 casos, de los cuales 280 son de Tuberculosis de reinfección del adulto, y 326 casos de Tuberculosis extrapulmonar, siendo entre estas últimas las más frecuentes las localizaciones Laringotraqueobronquiales e intestinales; estando en menor número las genitourinarias.

En la etapa inicial de su experiencia con la estreptomycin la usaron de manera indiscriminada y anárquica, dando tres y cuatro gramos diarios sin alcanzar los totales de 200 gramos.

Progresivamente disminuyeron las dosis y frecuencias de las inyecciones, viviendo una segunda etapa en la que experimentaron

el uso de 1 gramo o medio gramo diario y en que redujeron los totales á 90, G0 y hasta 42 días.

En la tercera etapa de la aplicación terapéutica de la estreptomomicina en la Tuberculosis han administrado medio gramo diario en cursos no mayores de 90 días. Explican que su casuística se refiere exclusivamente a los tratados en esta forma, excepto en la Tuberculosis del aparato digestivo en las cuales administraban 1 gramo cada 24 horas por cursos de 60 a 120 días.

Clasifican los pacientes en cinco grupos: GRUPO 1, los casos que llamarían curados si no fuera por lo imprudente que resulta la aplicación de tal criterio en Tuberculosis cuando no está respaldado por una confirmación que date de mucho tiempo. Son los casos que se vuelven asintomáticos con baciloscopia que no vuelve a ser positiva y que en examen radiográfico muestran la desaparición absoluta de las lesiones o características que permiten considerarla como cicatriciales.

GRUPO 2. Los casos en que el tratamiento antiológico ha hecho posible la aplicación de otro más activo, como la colapsoterapia o la cirugía.

GRUPO 3. Los enfermos en que se ha comprobado mejoría.

GRUPO 4. Los pacientes en que no se ha observado mejoría.

GRUPO 5. Los empeorados a pesar del tratamiento.

Los pacientes objeto del estudio proceden de la clase pobre, son adultos de ambos sexos y representan la raza blanca, negra y mulata y algún paciente de raza amarilla. Los autores estiman que ninguna de esas peculiaridades les ha parecido determinante de condiciones que afecten el resultado final del tratamiento. Estiman que influye desfavorablemente en los resultados obtenidos el estado avanzado en que habitualmente llegan los enfermos.

Consideran que es de interés relacionar la influencia del medicamento con la forma anatomopatológica, la extensión y severidad de las lesiones, la patogenia, la presencia y tamaño de cavernas y el efecto aislado sobre los síntomas, sobre la curva ponderal y sobre

algunos elementos de laboratorio, especialmente la baciloscopia y la eritrosedimentación.

En sus conclusiones los autores dicen que la estreptomycinina puede considerarse superior a todos los medicamentos usados hasta entonces en el tratamiento de la T.B.C.; que las formas mínimas y moderadamente avanzadas se benefician positivamente en contraste con las formas avanzadas que se benefician en determinados porcentajes. Que las formas productivas mejoran apreciablemente, las formas mixtas en muy pequeña escala, las exudativas solamente cuando son resolutivas o benignas y que no debe esperarse efecto sensible en las formas gaseosas graves; que los resultados son mejores en las formas hematógenas y después en las formas mixtas y que es desfavorable en las broncógenas, aunque pueden producirse mejorías; que la estreptomycinina no actúa sobre las cavernas en grado mayor que la cura de reposo, que la fiebre, tos y expectoración, al igual que la curva ponderal se modifican favorablemente; que la baciloscopia y eritrosedimentación responden bien a la acción del antibiótico; que en la Tuberculosis Intestinal se observa más acción sobre la sintomatología que sobre las lesiones; que en la Tuberculosis Laringotraqueobronquial el medicamento es útil, y su acción capital se ejerce sobre la disfonía y síntomas dolorosos; que la estreptomycinina ha cambiado el radio de acción de la cirugía, dándole mayor seguridad; y que como la resistencia es un factor que invalida la acción del medicamento, se hace preciso adoptar métodos y medidas que la disminuya.

REVISTA CUBANA DE TUBERCULOSIS, año 15, Números 1, 2, 3, 4; y año 16, número 1.

ESTUDIO DE LA PROFILAXIS COLATERAL BAJO EL CUÁDRUPLE ASPECTO CLÍNICO, RADIOGRÁFICO, LAVADO BRONQUIAL Y BRONCOSCOPIA, POR LOS DOCTORES IJUAN I. CASTILLO, CARLOS GUERRERO, TELESFORO GARCÍA PÉREZ, JUAN B. SOLLOSO, ARTUHO OTERO DALMAU, CALIXTO ARGUELYES, IOSE FERNANDEZ OUBÑONEZ, ENRIQUE MIRANDELLE Y ALFREDO MARTÍNEZ.

Los autores se han dedicado durante diez años ininterrumpidos a estudiar los convivientes con tuberculosos a fin de conocer todos los aspectos que ofrece la tuberculosis entre la familia. Han presentado comunicaciones sobre este trabajo a la convención Cubana de Fisiología de Cienfuegos en 1948; al octavo congreso panamericano de la Tuberculosis de México, celebrado en 1949; y la con unicación que lleva el título arriba escrito y que fue presentada al noveno Congreso Panamericano de la Tuberculosis que se reunió en Guayaquil, Quito, en Julio de 1951.

La profilaxis colateral tiene por objeto el estudio fisiológico de los convivientes con tuberculosos conocidos, desde el doble punto médico y social; creen que el tuberculoso familiar alcanza la más alta representación en la profilaxis colateral.

Recuerdan los autores que este estudio es tan antiguo como la propia fisiología, pero que los últimos quince años de continuados progresos fisiológicos han servido para reorientarse, perfilar y perfeccionar una nueva técnica para la lucha contra la T.B.C., produciendo nuevos criterios, conceptos y orientaciones, sobre el diagnóstico de certeza, comienzo, desarrollo, evolución y terapéutica de la enfermedad.

Insisten en la cuádruple investigación desde el punto de vista de la Clínica, la Radiografía, el lavado Bronquial y la Broncoscopia. Recuerdan que la aplicación reiterada de su método de lavado Bronquial a muchas personas convivientes con tuberculosis permitió hacer un descubrimiento de trascendental importancia cual es que el más del 30 por ciento de los contactos arrojaban bacilos de Koch en la expectoración. La investigación anterior motivó la exploración del árbol traqueobronquial mediante Broncoscopia descubriendo la existencia de lesiones de la tráquea y de los bronquios en una cifra mayor del 40 por ciento de estas personas broncoscopiadas. En la comunicación presente los autores sólo exponen los resultados de sus últimos tres meses de trabajo, con el cuádruple método mencionado, y se refieren a 700 personas examinadas.

En ellas encontraron que el 20 por ciento de las radiografías presentan lesiones activas o evolutivas, un 35 por ciento tiene secuelas o reliquias pulmonares y sólo 45 por ciento muestran placas normales.

El lavado bronquial que hicieron en 469 de esos examinados, previamente radiografiados, les dio un 36 por ciento de bacilos de Koch de lavado bronquial y un 64 por ciento de gérmenes no específicos.

En 119 casos previamente radiografiados con bacilos de Koch en el lavado bronquial practicaron broncoscopia y obtuvieron 44 casos de lesiones de los bronquios, es decir, un 37 por ciento. En 75 casos no encontraron lesiones, es decir, en 63 por ciento no las tenían.

Dada la elevada incidencia de la Tuberculosis en los contactos, los autores insisten en la concentración de la lucha sobre la Tuberculosis familiar, ya que este núcleo social es la fuente más grave de tuberculización interhumana. Esto obliga a la consideración del perfeccionamiento de los equipos de trabajo con departamentos de lavado bronquial y broncoscopia e incremento del servicio Radiográfico.

Los autores creen que no puede continuar estableciéndose un diagnóstico responsable de Tuberculosis de no Tuberculosis o de curado si no se utiliza previamente el trípode radiografía, lavado bronquial y broncoscopia. Insisten en que los diagnósticos de Tuberculosis enfermedad, o curación de las lesiones, que se fundamentaba en el examen radiográfico solo o en la radiografía y análisis ordinarios de laboratorio, no puede mantenerse por más tiempo, ya que los nuevos métodos de exploración superan el margen de error en que se incurría hasta hace muy poco tiempo. Los autores en la última conclusión de su trabajo reclaman una reorganización

do la lucha antituberculosa **preferentemente** sobre el enfermo y la familia, como núcleo social más importante, en donde se descubre al más bajo costo las mayores incidencias ocultas de la enfermedad y en la única fase verdaderamente *de* curabilidad y recobramiento; y reclaman el empleo sobre ellos con toda intensidad de los métodos directos e indirectos de la profilaxis desde el doble punió de vista Médico y Social, contribuyendo a la erradicación del terrible y mortífero flagelo.

DE LA MISMA REVISTA

CONSIDERACIONES DEL USO Y ABUSO DE ALGUNOS MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. POR EL DR. AUGUSTO FERNANDEZ CONDE

El autor se refiere a las observaciones sobre la forma en que **los** médicos generales y algunos especialistas de vías respiratorias tratan a veces las enfermedades broncopulmonares y los síntomas predominantes de las mismas. Se refiere a la gravedad que encierra lo que viene ocurriendo en la Tuberculosis Pulmonar por el uso indebido y abuso del medicamento totalmente ineficaces y no siempre exentos de peligros para combatir la Tuberculosis.

Menciona en primer lugar los criterios erróneos que persisten en materia de Tuberculosis de muchos médicos y que son criterios ya abandonados por caducos e ilógicos; tal sucede por ejemplo con la creencia en los beneficios del clima de campo o de montaña o de frío, en la notividad del clima marítimo, en la imperiosidad de una sobrealimentación antihumana y anticientífica, en la sobreadministración de medicinas de patente para combatir síntomas como la **anorexia** o la pérdida de peso, como la creencia en la eficacia **del** calcio y el enquistable lipóide. Se queja en cambio de que se haya abandonado viejos criterios que sí debían ser accionados, tal para el caso el reposo absoluto y el régimen de vida estricto y vigilada sobre el cual los médicos muchas veces no insisten suficientemente.

El autor comenta después el hecho de que por no existir un tratamiento específico contra la T.B.C., **el** pronóstico aparece sombrío para gran número de médicos; y que por ello tan pronto observan que los pacientes no mejoran con los métodos que actualmente se utilizan, recurren a procedimiento y productos abandonados desde hace mucho tiempo. Vuelve a sueros antituberculosos, antitoxinas, tuberculina, antígeno metílico, extractos bacterianos, etc.

El autor se refiere después al empleo de métodos tan inadecuados como el uso de **la** pareja del Calcio y Lipóides, a las sales de Cobre y a las mezclas de rábano, Yodo, Arsénico, Tanino, etc., que tantos médicos siguen prescribiendo en el tratamiento de la **Tuberculosis**. Dice; «Proscribamos estos elementos terapéuticos y exijamos que se emplee su importe en !a compra de otros cuya utilidad para combatir la Tuberculosis está más demostrada. . .»

Recomienda como preferible a lo anterior el criterio práctico del médico general que ante el Tuberculoso que no puede ser tratado por el Tisiólogo. recomienda reposo, aire puro, alimentación completa y balanceada, y que maneja con prudencia los agentes antituberculosos quimioterápicos y antibióticos a su alcance. «Baste saber, dice, que ni el mejor lipoide ni la mejor inyección endovenosa de calcio es superior a una adecuada cantidad de leche porque ésta tiene de aquéllos sus posibles ventajas, ninguno de sus inconvenientes y los supera totalmente en muchos otros aspectos como alimento completo que es».

A continuación se refiere al peligro de la quimioterapia antituberculosa con productos de relativo éxito *in vitro* y de poco éxito *in vivo*, que además son peligrosos de administrar. Tal son las sales de Cadmio, el Yodo radiocativo, la Promina, la Diazona, el Promizole y las sales de Oro entre otras. En cuanto a la Aureoterapia cita el hecho de que los estudios extractivos hechos por la escuela norteamericana demostraron su nulidad como arma antituberculosa y su peligrosidad por sus efectos tóxicos; y que la propia escuela francesa, tan aferrada al empleo de esa arma terapéutica, ha decretado recientemente en la enciclopedia médico quirúrgica su abandono por ineficaz y dañina en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Exceptúa de los procedimientos quimioterápicos antituberculosos nocivos, aquéllos que como el ácido Paraaminosalicílico y la Tiopenicarbarsona han demostrado su crédito hoy día.

El P A S tiene su mejor indicación asociado a la estreptomina, y retarda la reaparición de la estreptomina resistencia y además potencializa su acción antibiótica. Manejado correctamente sigue en orden de eficacia a la estreptomina para combatir a la Tuberculosis. Se emplea como tratamiento único cuando se ha usado la primera y se sospecha resistencia a ella. La Tiopenicarbarsona es una droga de alto poder tóxico, si no se maneja adecuadamente. Su valor terapéutico va a la zaga de la estreptomina y el P A S. Muchas veces sólo puede emplearse esa droga porque los enfermos han desarrollado resistencia a la estreptomina y al P A S, a veces por el empleo incorrecto de los mismos.

La estreptomina es la medicina más empleada junto a la penicilina como si se tratara de un «Cúralo todos inofensivo». El uso de ellas, sobre todo en la Tuberculosis, se hace con frecuencia de manera incorrecta. No debe emplearse en la Tuberculosis mínima, salvo que ésta no responda al reposo; no es capaz de sustituir a los métodos colapsoterápicos existentes, los cuales tienen por finalidad casi siempre algún cierre cavitario, en la Tuberculosis moderadamente avanzada y avanzada donde se empleó está **justificado** en determinadas condiciones. La indicación principal es la de las Tuberculosis exudativas recientes, las formas miliars, las bronquitis, las Tuberculosis de las mucosas y algunas localizaciones extrapulmonares. Puede asociarse al P A S.

Hace notar después la necesidad de condenar por peligroso a la salud los cursos de Estreptomina de 90, 100 o más gramos

ininterrumpidos; recomendando los cursos que no pasen de 60 gramos en total sin pasar la dosis de 1 gramo diario. El 90 por ciento de los casos que le llegan son estreptomycinorresistentes debido al empleo anticientífico y excesivo de la droga.

El Tisiólogo necesita de la cooperación del médico Práctico, quien debe saber que los medicamentos antituberculosos que merecen atención verdadera son; la Estreptomicina, el P A S y la Tiosemicarbarsona, que ninguno de ellos es específico contra el bacilo de Koch, pero que su uso ha permitido dar avances en el tratamiento por los beneficios que reporta a algunos casos cuando se maneja en forma adecuada y conveniente. Si así sucediera, los pacientes llegarían al Tisiólogo en el momento óptimo de su evolución y no como hasta ahora ocurrió en casi nada puede hacerse en materia de antibiótico o quimioterapia y muy poco en el campo quirúrgico.

Se refiere después a otros antibióticos como la Neomicina, de efectivo valor pero de alto valor tóxico que la contraindica en la clínica, la Terramicina y la Viomicina, que actúan in vitro pero cuya acción en el organismo no ha sido precisada y la Miomicina, que no ha pasado los estudios de laboratorio y es un producto muy inestable.

Por último insiste en el abuso medicamentoso que a veces se comete en el tratamiento sistomático de la tuberculosis y se refiere a las hemoptisis y a los brotes febriles. Sobre el tratamiento de la hemoptisis por los coagulantes de todas las categorías y tamaños cree que hacen más fastidiosa la tragedia que viven los enfermos, que el médico se olvida de levantar el ánimo y tranquilizar el paciente y los familiares lo cual es primordial en un accidente de esta naturaleza y que en cambio insiste en indicar inyecciones y más inyecciones que no tienen justificación científica ninguna. El autor se limita a dar barbitúricos y bromuros a sus hemoptoicos y cuando la tos resulta muy intensa o ¡a ansiedad de] enfermo es muy **grande**, indica codeína o morfina, no habiendo tenido una evolución distinta en sus enfermos a la que observan los compañeros, con la ventaja de no causar a los pacientes las molestias de dolorosísimas inyecciones. Ha llegado a esa decisión después de comprobar que los enfermos no mostraban alteración de la coagulabilidad, del tiempo de sangramiento o crisis sanguínea, antes, durante o después de la hemoptisis que justificara el empleo de ningún medicamento. La colapsoterapia parece controlar la mayoría de esos casos y debe preferirse cuando lo aconsejan las circunstancias y lo permite el medio.

Con respecto a los episodios evolutivos febriles de cualquier tuberculoso crónico, protesta contra el uso indiscriminado de penicilina, diversas Sulfas, Aureomicina, Terramicina para quitar unas fiebres en las que esas drogas son totalmente ineficaces. «Sí las de reconocida eficacia como la Estreptomicina, el P A S o el P B 1 no dan resultados para controlar estos episodios rápidamente acaso sea el reposo absoluto y el tiempo los que pongan término a estos

brotos hasta que venga el siguiente, pues no debe olvidarse que éste es el modo de proceder de la enfermedad Tuberculosa.

REVISTA CUBANA DE TUBERCULOSIS, año 15, Números 1, 2, 3 y 4; y año 16, número 1.

LA MENINGITIS TUBERCULOSA EN EL SANATORIO INFANTIL TUBERCULOSO «DR. A. A. ABALILLI». POR LOS DRS. EMILIO ALEMÁN, FRANCISCO FERNANDEZ SUAREZ Y ANTONIO GUERNICA

En la primera parte del trabajo que se refiere al estudio clínico de la meningitis tuberculosa, y al estado actual de su tratamiento el Dr. E. A. hace notar cómo antes de hoy, la tendencia del médico era hacia el aplazamiento de la confirmación del diagnóstico positivo de las meningitis tuberculosas porque había resistencia en aceptar el conocimiento de un proceso mortal, mientras que ahora es necesario hacer todo lo contrario y cuanto antes se acepte el desafío que este enemigo nos lanza, mucho mejor estaremos preparados para derrotarlo. El estudio se refiere a los datos clínicos, de Laboratorios y Anatomopatológico de 22 casos.

En el diagnóstico se presentan dos situaciones distintas: Que el niño no sea conocido ya como tuberculoso o que la condición se presente en un niño ya diagnosticado como portador de lesiones de primoinfección tuberculosa.

Se refiere a las tres fases: Prodrómica, Intermedia y Terminal de la Meningitis T.B.C., mencionado en la primera fase el comienzo insidioso, difícil de reconocer como ligado al proceso en cuestión, generalmente lento, raras veces agudo y con manifestaciones indefinidas y vagas; con cambios de carácter del niño, con amorrotamiento, cefalalgia, anorexia y constipación. La fase intermedia se conoce como de presión intracraneana aumentada y sistomas meníngeos. Durante ella se presentan convulsiones, la somnolencia se presenta más marcada, hay manifestación de irritación meníngea puede haber distensión de la fontanela en los niños pequeños y las parálisis oculares son frecuentes; a veces hay edema papilar y tuberculoso a lo largo de los vasos coroideos. La temperatura es generalmente elevada pero no en grado superlativo. En la fase terminal el niño cae en estado de coma más o menos completo con abolición de los movimientos, ausencia de reflejos, pupilas dilatadas, insensibilidad de la córnea, parálisis diseminadas, pulso irregular lento o acelerado, respiraciones irregulares, temperatura elevada, hiperglicemia y glicosuria; esas manifestaciones son terminales y la muerte ocurre sin que el enfermo recupere la conciencia.

El estudio se refiere a 22 casos de los cuales en 21 habían manifestaciones de diseminación miliar visible en la placa radiográfica, constituyendo el 95 por ciento, habiendo en el 100 por ciento adenopatías paratraqueales.

En el diagnóstico diferencial se refiere al de la Meningitis Tuberculosa, serosa en contraste con la Meningitis Tuberculosa ca-

PANVASCULONEURITIS

Por el Di. HERNÁN CORRALES P.

Nuestro enfermo es un hondureño soltero de 62 años de edad, labrador del Depto. de Ocotepeque, que ingresó al Hospital General el 12 de agosto de 1947.

En sus A. Personales se consignan eruptivas de la infancia y paludismo en la edad adulta. Fiebres repetidas de causa ignorada que se acompañaban de artralgias varias y ligera inflamación de articulaciones.

Los A. Hereditarios no son contribuyentes.

Su enfermedad actual se resume así: Hace 15 años tuvo escoriación del 4 dedo del pie derecho y luego otra escoriación en maleolo interno derecho. Ambas lesiones crecieron paulatinamente, se tornaron dolorosos; la primera rodeó la base del dedo y la 2° avanzó sobre la parte posterior del pie. Dos meses después aparece ulceración redonda del tamaño de un centavo en lóbulo de la nariz que secreta líquido seroso y es también doloroso suavemente. Asistió a un Hospital de la Costa Norte donde se le dijo que tenía un tumor maligno y con su consentimiento le amputaron la nariz (nuestro paciente insiste en que no hubo biopsia previa).

Un año después aparecen otras ulceraciones en la parte posterior del pie izquierdo y grande, que crecieron lentamente, y luego otras más chicas en las piernas en número de tres, que se juntan formando ulceración única. Varias ulceraciones fueron tratadas con cauterizaciones y tópicos diversos, tratamientos antilúéticos y radioterapia con los siguientes elementos:

Pie: 130 Kv. 6 MaS. 3 al. -10 Distancia: 150 r. cada vez. Total 3.000 r.
Nariz: 120 Kv. 5 MaS. 1 al. 24,5 Distancia: 200 r. diarias. Total 3.000 r.

Egresó el 18 de junio de 1948 y reingresó en 1949 porque sus lesiones empeoraron. Y en 1951 fuimos llamados por el actual jefe de radioterapia para hacernos cargo de él.

Las funciones orgánicas generales son normales.

Dietética usual en nuestra clase media.

Es digno de mención especial que el paciente fuma desde la edad de 15 años, cuatro puros grandes al día como minimum.

i. Aguardiente como aperitivo por igual tiempo.

El examen somática revela únicamente lo siguiente:

Paciente asténico, adelgazado, expresión inteligente con «moderado temblor emocional» (Alcerro Castro).

Ulceraciones de bordes geográficos fondo seco y pálido de bordes lívidos no despegados en la parte posterior del pie izquierdo, región maleolar y cara interna y dorso del pie derecho. Ausencia del 4° dedo del pie derecho; ulceración del tamaño de 0.50 c, en grande.

seosa. Y en cuanto a las afecciones no tuberculosas a la que motiven diferenciación en la fase prodrómica, tales como: las alteraciones nutricionales que causan pérdida de peso, Toxisosis, apenadicitis, Pielitis, Tifoidea, comienzo de enfermedades infecciosas y Epilepsia. Enfermedades que pueden confundirse en la fase de irritación meníngea: Infecciones agudas del Sistema nervioso Central, Poliomieltis Anterior aguda, Meningitis Supurada, Meningismo, Meningitis Sifilítica, Paquimeningitis Hemorrágica, Tumor Cerebral y Abseso Cerebral. La tercera fase se diferenciará de las Uremias, Diabetes, Intoxicantes y Fracturas del Cráneo. El pronóstico antes fatal con raras excepciones ha cambiado con el uso de la Estreptomina sola o combinada con Sultanas o P A S.

De los 22 casos, 8 recibieron tratamiento por la Estreptomina. De los no tratados ninguno vivió más de 10 días; los tratados vivieron entre 30 días y 3 meses. 2 casos quedaron curados y sin secuelas; 1 con dos años de supervivencia y el otro murió después de un año de curado, debido a enfermedad intercurrente.

Como queda dicho, en el tratamiento se usa la Estreptomina intramuscular o por esta vía y la intratecal; pudiendo combinarse con otras drogas tuberculotásticas. Se ha usado la combinación de Promisole con estreptomina intramuscular e intratecal y agregando la Estretoquinasa. La Estreptomina la da el autor a la dosis de medio a un gramo diario vía intramuscular por 180 días, dando dos inyecciones diarias y administrando durante cuarenta días 10 a 50 miligramos intratecal.

Las ulceraciones del pie oscilan del tamaño de 10 y 20 centímetros cuadrados y separados por pequeños **islotes** de piel sana. Dejan al descubierto los tendones extensores de los dedos y el aquileo. Ulceración circular bordeando las coanas interesando la mucosa y la piel correspondientes, advirtiéndose congestión y supuración en la superficie de las fosas nasales. Los bordes son no despegados y no sangrantes.

Corazón normal, clínica y radiológicamente. Pulso regular y amplió con frecuencia de 86.

Oscilometría de miembros inferiores, así:

Miembro izquierdo, en pierna y pie: Q.

Miembro derecho, en pierna y pie: ligerísimas oscilaciones que no llegan a 1/8. Los exámenes complementarios revelan únicamente una Anemia hipocrómica.

Exámenes por lúes: Negativos en **sangre** y L.C.H.

Eritrocimentación: 1° hora 20, 2 hora 16.

En la sospecha de que se trataba de una afección vascular, hemos enviado biopsias al Laboratorio de Anatomía Patológica,

Los preparados han revelado una proliferación de la túnica íntima de **los** vasos con fibroblastos en la media y fibrosis perivascular. En algunos vasos se ven canales estrechos de los trombos organizados. En algunos sitios hay fuerte infiltración linfocitaria en relación a la infección secundaria. (Inclusiones N° 261 y 165).

En estas condiciones planteamos el diagnóstico de Panvasculoneuritis o enfermedad de Winiwarter Buerger con interesamiento de los miembros inferiores, nariz y pene.

Suspendimos el tabaco y alcohol, sometimos a un régimen hipotóxico al paciente y administramos vasodilatadores por cuatro meses consecutivos (Priscol, angioxil 60, ácido nicotínico, depropa-nex) y hemos asistido a una ostensible cicatrización de las úlceras. El reborde de la ulceración nasal perdió actividad y está cicatrizado.

INTERPRETACIÓN

En individuo de 62 años encontramos proceso de panvascularitis con necrosis fuertes hasta gangrena de pies, nariz y glando con antecedentes de tabaquismo inveterado y que corresponde a una endoarteritis obliterante arterial y venosa a quien en la iniciación del proceso se amputó la nariz con diagnóstico errado de tumor maligno y que ha involucionado bien con la supresión de la noxa tóxica y vasodilatadores.

Hay además dos hechos importantes:

- 1 —Antecedentes de fiebres con artralgias, inflamaciones articulares que perfectamente pueden haber condicionado su afección vascular, pues interpretándose aquélla como una fiebre reumática tipo Bouillaud y Galff, pudo por el mecanismo hiperérgico desarrollar también una reacción hiperérgica de los vasos. Sería una mesequimatitis reumática en un paciente en quien la acción deletérea del tabaquismo, ha facilitado la agresión vascular. Pues es

un hecho bien establecido la acción desencadenante del tabaco inhalado sobre los vasos labilizados.

- 2 —Presentarse afectados los vasos del lóbulo de la nariz y glando atestiguado que el proceso de tromboangeítis puede afectar otros vasos además que de los de las extremidades. Aunque los casos de esta naturaleza no abundan en la literatura hasta la fecha hay comunicaciones como las de Birnabaum, Prinzonotal y Connor publicado con el nombre de «tromboangeítis obliterante generalizada con compromiso de vasos retinianos e infartos suprarrenal» que publicaron en marzo de 1943 en Archivos Internacionales Médicos.

Se han encontrado tomados los vasos del cerebro, retina, pulmones, coronarias, mosentéricas, pancreáticas, etc. Nuestra compulsiva bibliográfica no ha revelado casos anteriores con interezamiento de nariz y glando. Allen, Barker y Hiñes en su tratado de enfermedades vasculares periféricas dicen: «Debe considerarse que lesiones arteriolares oclusivas pueden ocurrir en tromboangeítis de las extremidades y pueden ser la causa de la muerte. La incidencia exacta de estos accidentes vasculares fatales es desconocida pero es probable que sea definitivamente superior entre los pacientes con T.T.C- de miembros que entre los que no tienen afección oclusiva de los vasos de las extremidades».

Queremos destacar el hecho también de que nuestra interpretación del mecanismo hiperérgico desencadenado por el reumatismo febril en nuestro caso de panvascularitis está sustentado por casos anteriores en la literatura mundial, siendo el más conspicuo el de Waldorp Mazzine y Corty, de la Argentina, cuyo paciente, fumador inveterado, presentó eritema nudoso reumático, y luego, violenta agresión vascular con producción de úlceras en piernas muy similares a las de nuestro caso.

RESUMEN

El autor estudia un enfermo de 62 años de edad con antecedentes reumáticos y tabaquismo inveterado que desarrolla típico cuadro de panvascularitis con necrosis fuerte de miembros inferiores, glande y lóbulo de la nariz que corresponde al Síndrome de Winiwarter Buerger.

Se consignan casos de otros autores con interesamiento de arterias viscerales, y se destaca, que no hay reportes de casos previos con necrosis de pene y nariz.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, Barker, Mines
1° Periferical Vascular Diseases. W. B. Saunders C", Philadelphia. 1919. 2"
Waldrop, Mnzzini, Corti. Panvasculoneuritis. Revista Argentina de Dermatosifilografía. 34 77. Junio 1960. 3" R. Valdivieso. Tratado de Terapéutica Clínica, Central de Publicaciones, Santiago do Chile. 4° Periarteritis Nudosa, Ormsby y Montgomery. Diseases of the Skin. Saunders C", Philidelphia.

HERNÁN CORRALES P.

Tegucigalpa, Noviembre de 1952.

Carcinoma Bronquiogeno

Drs. Rigoberto Alvarado, Cornelio Corrales, Adán Cueva

El cáncer del pulmón, en un tiempo considerado como una rareza, es hoy en día una de las neoplasias malignas que con más frecuencia nos encontramos.

El interés que tales neoplasias han despertado, es particularmente vehemente en las grandes clínicas especializadas en patología torácica, cuyas estadísticas enormes hablan **elocuentemente**, PATOGENIA.—Se incrimina con frecuencia a la irritación crónica como causa del carcinoma bronquial, apoyándose en el hecho de que esta neoplasia se encuentra principalmente entre las personas que padecen enfermedades crónicas de los pulmones, o que están expuestas a atmósferas contaminadas con polvos, humos de diversas naturalezas, etc.

La frecuencia actual del carcinoma bronquial más que **real**; parece debida al aumento de una población de edad más avanzada y a la mayor exactitud de los métodos de diagnóstico que hacen posible su descubrimiento aún en su estado inicial.

SÍNTOMAS.—El interrogatorio de un paciente portador de esta neoplasia con frecuencia descubre, que ha habido un comienzo brusco o que desde hace algún tiempo viene sufriendo de una serie de síntomas, tales como tos seca y persistente-, dolores difusos, expectoración abundante, fétida o no, a menudo hemóptica. En ocasiones la hemoptisis suele ser mortal.

La forma apical se caracteriza por un síndrome al cual se designa con el nombre de Pancoast, y cuyas principales características son: 1) Dolor homolateral del hombro y del brazo, acompañado a veces de atroñas musculares; 2) síndrome de Horner del lado afectado, constituido por miosis con enoftalmos y estrechamiento de la abertura palpebral; también puede encontrarse atroña, anhidrosis e hipertemia local en la mitad de la cara correspondiente al lado enfermo; 3) Invasión de partes blandas, más destrucciones de las estructuras óseas.

EXPLORACIÓN FÍSICA.—Al igual que los síntomas, los signos que se encuentran a la exploración física son debidos al crecimiento del tumor. Los signos imputables directamente a la neoplasia se encuentran con mayor frecuencia cuando está afectado uno de los bronquios principales. Las de localización periférica a menos que haya sido tomada la pleura son asintomáticas. Por lo regular los signos que proporciona la exploración física son dados por lesiones pulmonares secundarias, como atelectasias, supuraciones y procesos pleurales. Por desgracia todos estos signos suelen presentarse en etapas avanzadas de la enfermedad, escapándose por consiguiente, de esta manera, todos los domas casos en donde la neoplasia se encuentra en sus primeras etapas.

RADIOLOGÍA.—La radiología moderna ha contribuido poderosamente a la pesquisa de estas neoplasias. Con el empleo cada vez más frecuente de ella, ha sido posible el descubrimiento de esta lesión en sus etapas más tempranas.

La expresión radiográfica del carcinoma bronquial es sumamente variada y para su mejor comprensión es necesario un ligero recuerdo anatómico y fisiológico de pulmones y bronquios, al mismo tiempo que la anatomía patológica de la lesión que nos ocupa.

1 —Los pulmones divididos en tres lóbulos, el derecho y dos el izquierdo, están subdivididos en segmentos, los cuales a pesar de tener individualidad anatómica y funcional, carecen de expresión radiográfica, adquiriéndola solamente cuando son atelectasiados o se vuelven efisematosos.

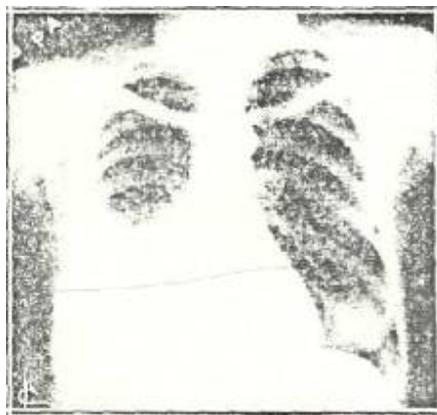


Fig. N° 1
Zona de menor contenido aéreo ocupando parte de la base derecha.

Infirmo Broncoscopico

En el esquema adjunto a este trabajo se pueden apreciar todos estos segmentos pulmonares, en sus proyecciones frontal, lateral y mediastinal, con los bronquios que van a cada uno de ellos.

2 —Los bronquios, elementos tubulares, experimentan durante los movimientos respiratorios, cambios apreciables de su calibre. Durante la inspiración aumentan su calibre para disminuirlo en la misma medida durante la expiración.

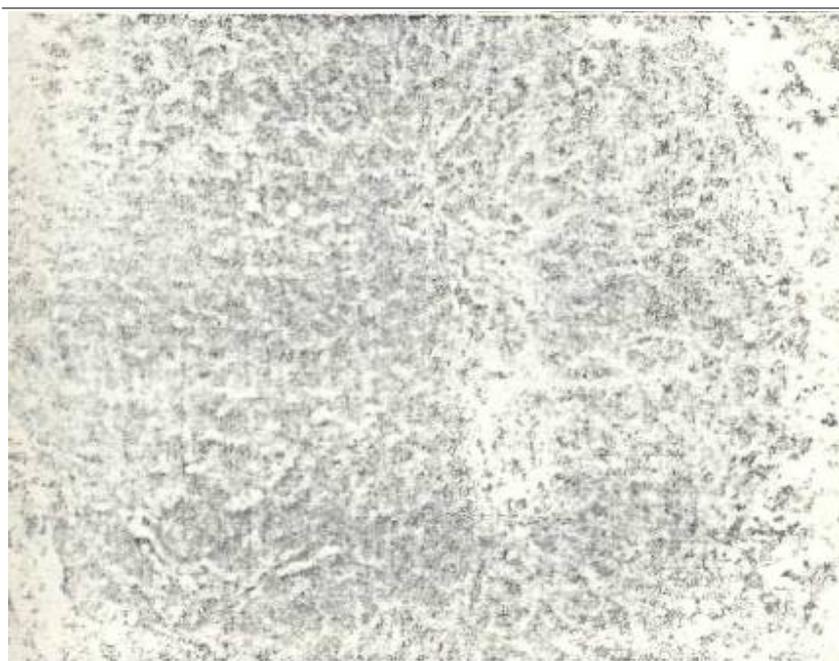
3 —En un 75% el carcinoma bronquiógeno tiene su localización en los bronquios de primer orden y en el 25% restante en los demás bronquios, designándose a estos periféricos, bien conocidos por su alta malignidad y facilidad con que interesan pleura, estructuras óseas y partes blancas.

La neoplasia que nace de la misma mucosa bronquial, se extiende en su crecimiento ya sea por debajo de dicha mucosa, invadiendo la luz bronquial o destruyendo todos los elementos de la pared del bronquio y demás tejidos vecinos.

Hecho esto recuerdo, es fácil comprender la diversidad de imágenes del carcinoma bronquial.

Supongamos un carcinoma en cualquier bronquio, ocupando su luz total o parcialmente.

Puede suceder que el aire inspirado llegue hasta el pulmón franqueando el obstáculo, gracias al aumento de calibre del bronquio durante la inspiración, no pudiendo ser expulsado después por la misma disminución de calibre que acompaña a la expiración, razón por la cual se va progresivamente produciendo un enfisema de todo el pulmón, lóbulo o segmento, según corresponda la neo-



Microfotografía N°
2

Proliferación atípica carcinoma bronquio derecho

Instituto Patológico

plasia a un bronquio de primero, segundo o tercer orden, observándose, por consiguiente, en la radiografía, una mayor iluminación del pulmón, lóbulo o segmento.

Otras veces la neoplasia se opone tanto a la entrada de aire como a su salida debido a que por su gran tamaño ocupa sobradamente la luz del bronquio, en cuyo caso el aire pulmonar, lobar o del segmento, se va absorbiendo y por consiguiente, produciéndose una atelectasia, traduciéndose en la radiografía por una zona de menor contenido aéreo más los fenómenos compensadores propios de la atelectasia, tales como la retracción de los espacios intercos-

talos, elevación diafragmática y desviación del mediastino hacia el lado afectado.

La placa simple del tórax debe forzosamente ser complementada por las radiografías de perfil, al mismo tiempo que por la placa con gran penetración, y las tomografías, con lo cual se adquiere seguridad sobre la localización justa del tumor y se indaga sobre el estado de las estructuras óseas.



Microfano Nº 3

Gran aumento donde pueden apreciarse algunas mitosis y su caracter pavimentoso.

La broncografía es un elemento radiológico de gran valor y que no representa mayor riesgo cuando es practicada por alguien con experiencia en ella y ejecutada bajo control fluoroscópico, única manera de evitar los artificios que en radiología se producen cuando se examinan elementos tubulares con sustancias radiopacas.

A todo lo anterior debe agregarse las imágenes suministradas por las neoplasias abscedadas, que por más que se insista en que existen signos radiológicos para su distinción, no los hay, siendo prueba de ello la frecuencia con que se han confundido éstas con los abscesos pulmonares de cualquier otra naturaleza.

BRONCOSCOPIA.—La broncoscopia es un medio diagnóstico de gran valor. Con su empleo ha sido posible el descubrimiento

de procesos endobronquiales en sus etapas más tempranas, facilitando, por medio de la toma de tejidos sospechosos, o el lavado bronquial, indagar sobre la naturaleza de la lesión.

La visión directa de la lesión, el aspecto del espolón traqueal, especialmente su movilidad y las formaciones endobronquiales tales como los pliegues de tironamientos, (signo del embudo del Dr. Vence) son de gran valor para el broncoscopista.

PRESENTACIÓN DE TRES CASOS DE CARCINOMA BRONQUIAL

L. G. de 57 años de edad, casada, vecina de Loarque, Tegucigalpa, consulta el 16 de Julio de 1952, por tos y fiebre.

En la Historia, nos relata: que hace un año, viene padeciendo de tos seca, leve, a veces acompañada de expectoración mucosa, pero generalmente improductiva, que le molesta más durante la noche y de dolor suave, en la base del hemitorax derecho, en su cara posterior. Hace aproximadamente tres meses tuvo un período febril de 20 días de duración, que fue precedido de intenso escalofrío, acompañado de exacerbación de la tos, que entonces se acompañó de expectoración mucopurulenta, aumento del dolor descrito antes, anorexia, malestar general e insomnio, La fiebre llegó hasta cuarenta grados por las tardes, teniendo remisiones por la mañana. Después la fiebre se hizo de tipo remitente, con varias elevaciones diarias y acompañada de gran postración, anorexia intensa, sudores nocturnos y emaciación rápida.

HISTORIA FAMILIAR: En 3a historia familiar lo único importante es que una hermana murió de cáncer de la matriz, hace cuatro meses.

APARATO RESPIRATORIO: Tórax simétrico. Tipo respiratorio: torácico superior, con 26 respiraciones por minuto. Percusión: Submactés en la región intercapular izquierda y en la base derecha, junto a la línea media. Auscultación: estertores bronquiales gruesos, diseminados, excepto en la base derecha, donde hay disminución del murmullo vesicular. Frotos pleurales en la base derecha.

EXAMENES DE LABORATORIO: G. R. 3.600.000. G. B, 16.000. Neutrofilos 84%. Eosinofilos 2%. Linfocitos 14%. Hemoglobina 60%. Eritrosedimentación 20 en la primera hora. Esputo directo y homogenizado: negativo varias veces. **EXAMEN DE ORINA:** Normal Examen de Hece: Positivo por ascárides.

INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA: El caso que nos ocupa macroscópicamente pudimos constatar que se trataba de un tejido color blanquecino-grisáceo, poco duro. Microscópicamente, se presentaba un tejido pavimentoso, tipo frecuente en los carcinomas broncogénos, previa metaplasia. El mayor número de las células presentaba carácter basal, atípicas inmaduras, también se encontraban algunas pignóticas y abundantes mitosis, cuya sola presencia por su cantidad determina la malignidad de esta clase de blas-

tomas. No encontramos asociación de otra clase de lesiones, cosa que es importante descartar ya que bien pueden estar asociados a otra patología.

Las microfotografías que acompañamos son lo bastante elocuentes en el presente caso.

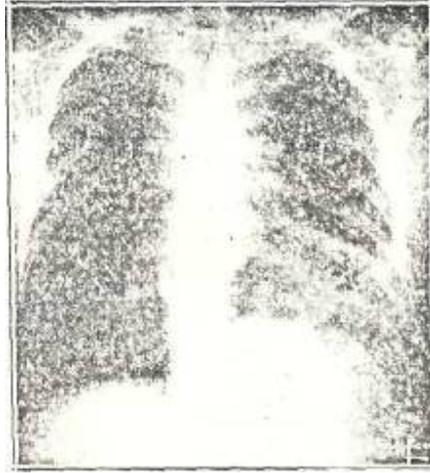


Fig. N° 4
Zona de Atelectasia de la base derecha, es muy notorio la desviación mediastino **hacia** el lado derecho, disminución de los espacios **intercostales y metastasis linfoganglionares** hiliares y paratraqueales del mismo lado.

SEGUNDO CASO

A. G., de 47 años de edad, casado, residente en Tegucigalpa, se presenta a consulta por dolor en el hemitórax derecho, tos seca al principio, sanguinolentos pocos días después.

Relata el paciente que hace aproximadamente tres meses sufrió por primera vez de ligero dolor en el mismo hemitórax y tos con expectoración con estrías sanguíneas, lo que pasados algunos días sedieron casi por completo sin ninguna medicación, razón por la cual no acudió a consulta en tal ocasión.

Posteriormente hace unos tres días se presentó el cuadro sintomático antes expuesto, con mayor intensidad y unos grados de fiebre, anorexia, malestar general e insomnio. La tos, el síntoma que más le molesta, aumenta en la posición horizontal, produciéndole casi asfixia, viéndose, por consiguiente, para contrarrestar tal situación, obligado a permanecer sentado, con lo que consigue mejoría.

Historia lejana, colateral y familiar sin importante.

APARATO RESPIRATORIO.— Abolición de las vibraciones vocales y matites de todo el hemitórax derecho.

EXAMENES DE LABORATORIO.— G. R. 42.000.000, G. B; U.000, Neutrófilos 83%, Linfocitos 15%, Eosinófilos 2%.

Orina Normal.

En la primera radiografía **que se le tomó** se encontró un derrame pleural total, el que **fue** evacuado en su totalidad, retirándose tres litros de un líquido francamente hemático.

Enviado de nuevo al servicio de Rayos X, se descubrió una zona de atelectasia de la base pulmonar derecha, constatándose por las radiografías penetradas y de perfil, que dicha zona de menor contenido aéreo correspondía a los segmentos basales.

Nota: Obsérvese en la radiografía la disminución de los espacios intercostales, ligera desviación del mediastino hacia el lado derecho, las irregularidades del calibre bronquial y las metástasis linfoglioniarias hiliares y paratraqueales del mismo lado.

En el producto de la expectoración se encontraron abundantes células neoplásticas.

Posteriormente el paciente presentó signos de compresión vascular, desarrollando gran edema de cuello y tórax, principalmente del lado derecho, muriendo más o menos a los dos meses.

TERCER CASO

E. S., de 56 años de edad, casado y de esta localidad, se presenta al servicio de Radioterapia del Hospital San Felipe a solicitar unas aplicaciones de radioterapia por recomendación de una clínica de Norteamérica, en donde se le diagnosticó una neoplasia bronquiógena del lado derecho.

La radiografía que nos presenta, muestra una zona de menor contenido aéreo apical derecho, la cual motivó la intervención quirúrgica que se *lo* practicó y que constató el grado avanzado de la lesión que el departamento de anatomía patológica reportó como carcinoma bronquial.

Nota Bibliográfica

Como un obsequio de la Legación de **Francia**, ha **recibido** la facultad de **Medicina** y Cirugía, de nuestro país, un **ejemplar** del libro intitulado «**Medicina Francesa—1953***», interesantísimo volumen que contiene una Síntesis de los **principales** avances de la Medicina y la **Cirugía** francesa durante el año de **1951**.

La obra ha sido editada bajo la dirección de *los* Doctores Pasteur Vallery Rodot, Lucien de Gennes. Claude Saroche y Eduardo Benzecry.

Por medio de estas líneas, nuestra Facultad rinde las más expresivas gracias a la Legación de Francia.

OBITUARIO



La Asociación Médica Hondureña se ha visto enlutada recientemente con los decesos de los consocios, Dres. Marcial Cáceres Vijil y Blas Cantisano, acaecidos, el primero, en la ciudad de Nueva York, el ocho de diciembre de 1952, y el segundo en la ciudad de San Salvador, el 6 de Enero de 1953.

Ambos pertenecieron por muchos años a la A. M. H. y le dedicaron muchos esfuerzos y profundo afecto, dando frecuentes muestras de los unos y del otro.

Al consignar en esta página la noticia de su desaparecimiento, R. M. H. expresa su profundo sentimiento de dolor.



Metabolismo de Colesterol y de Lipidos en:

hepatopatías

diabetes

aterosclerosis

oclusión coronaria

hipertensión

obesidad

nefrosis

La hipercolesterolemia ocurre con frecuencia en hepatopatías, diabetes, aterosclerosis y sus asociadas la oclusión coronaria, la hipertensión, la obesidad y la nefrosis.

Los estudios clínicos, que aumentan constantemente, demuestran que la terapia lipotrópica, como la que provee Methischol, ayudará a normalizar el metabolismo del colesterol y las grasas.

Al reducir en muchos pacientes los elevados niveles de colesterol en la sangre, la terapia lipotrópica puede "evitar o mitigar" la acumulación de colesterol en la intima de los vasos sanguíneos.

En los casos de trastornos del hígado, los factores lipotrópicos reducen el exceso de depósitos adiposos y promueven la regeneración de nuevas células en el hígado.

fórmula lipotrópica mejorada

methischol

contiene ahora la vitamina B₁₂ lipotrópica

Methischol provee:	cada cápsula:	cada cucharada de jarabe:
Citrato de Colina Dihidrogenado	277 mg.	*380 mg.
dl-Metionina	112 mg.	333 mg.
Inositol	83 mg.	250 mg.
Vitamina B ₁₂	1 microgramo	3 microgramos
y el complejo B natural de	4 grs. de hígado	12 grs. de hígado

*el jarabe contiene cloruro de colina 380 mg.

Presentación: En
frascos de 25, 50,
100, 250 y 500

cápsulas y en
frascos de 120,
240 y 480 cm.³
de jarabe.

U. S. Vitamin Corporation
Casimir Funk Laboratories, Inc.
(afiliada)

Nueva York, E.U.A.
Representante en Honduras:
ADAN BOZA Y CIA.
Tegucigalpa, D. C.

Apuntes de Patología Médica Para Enfermeras

Por el Dr. MARTIN A. BÜLNES B.

v*

>

LECCIÓN XVI

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

DEFINICIÓN

Se designa con el nombre de reumatismo articular agudo a una enfermedad infecciosa, caracterizada por inflamación aguda de las articulaciones que puede interesar secundariamente diferentes órganos, y más especialmente a las serosas.

ETIOLOGÍA

El reumatismo articular agudo es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Esta enfermedad es frecuente en los países templados y húmedos, ataca especialmente a los jóvenes entre quince y treinta años. El traumatismo, la fatiga muscular, la exposición al frío o un cambio brusco de temperatura, favorecen su aparición.

La naturaleza del germen específico de esta enfermedad está por descubrirse; pero está clínicamente demostrada su naturaleza infecciosa, aunque no exista acuerdo acerca de cuál sea su agente causal.

Algunos autores afirman que el agente patógeno de esta afección, es un estreptococo hemolítico; en cambio, otros sostienen que se trata de un virus filtrable o de una toxina soluble todavía desconocida. De lo expuesto se deduce que el agente patógeno del reumatismo articular agudo, está todavía en tela de juicio. Se supone que la puerta de entrada de este hipotético agente, es con suma probabilidad la boca; puesto que en la gran mayoría de casos, la amigdalitis o faringitis constituyen signos prodrómicos de la enfermedad. El reumatismo no confiere inmunidad, la enfermedad recidiva fácilmente.

SINTOMATOLOGIA

Por regla general, el reumatismo articular agudo principia de modo brusco; pero a veces está precedido de dolores vagos en las articulaciones, o de un ligero malestar; de dolor de garganta y sobre todo, de una verdadera amigdalitis.

Los fenómenos articulares pueden interesar varias articulaciones a la vez, o sucesivamente.

Por regla general, las grandes articulaciones son más frecuentemente interesadas que las pequeñas, debido sin duda a la gran actividad que desempeñan diariamente. Las articulaciones del pie, rodilla, hombro y codo son, por regla general, las primeras en ser atacadas.

MANIFESTACIONES ARTICULARES

Se observa primero una tumefacción de la articulación, tumefacción que proviene de una parte, de la congestión de las partes blandas y de otra, del derrame que radica en la cavidad sinovial. La piel que cubre estas articulaciones está caliente, roja, tensa y reluciente. El síntoma principal de la afección es el elemento dolor; este dolor es constante, agudo, a veces atroz, exacerbándose al menor movimiento, provocado por el menor contacto. Los enfermos no pueden soportar las sábanas que los cubren; el rose del miembro enfermo, *es* causa suficiente para que el enfermo sufra intenso dolor. Además de los fenómenos dolorosos, la sensibilidad de la piel está algunas veces aumentada, otras disminuida. Cuando el reumatismo es generalizado y ataca las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies o la columna vertebral, se hace imposible todo movimiento.

MANIFESTACIONES GENERALES

Con frecuencia se observa estado subfebril, pulso acelerado, sudor abundante, el cual presenta un olor soso y a grillo. Los trastornos digestivos son poco acentuados; la lengua está saburral; el apetito está disminuido y generalmente hay constipación. La infección reumática ocasiona anemia muy marcada, que puede apreciarse a simple vista, por el tinte pálido de los tegumentos y de las mucosas.

COMPLICACIONES

Con cierta frecuencia el reumatismo ataca a la serosa cardíaca, luego a las pleurales y finalmente a las meníngeas. Laségue sintetizó esas complicaciones con la siguiente expresión: «El reumatismo agudo ¡ame las articulaciones, la pleura, las meníngeas, pero mata el corazón».

TRATAMIENTO

Reposo en cama, dieta láctea, jugo de frutas y administración de vitaminas, abundancia de líquidos para estimular la eliminación de sustancias tóxicas y compensar la pérdida de agua que se pierde en la sudoración.

El medicamento específico del reumatismo articular agudo es el salicilato de soda. Para obtener buenos efectos, la dosis debe ser suficiente; la mayoría de autores recomiendan la dosis media

de 6 gramos por lo menos durante los primeros días y asociado al bicarbonato de soda, para evitar los trastornos gástrico. El salicilato de soda puede administrarse en poción, enema o en supositorios; también está indicado por vía endovenosa en solución al 5%. **La salicilato** por vía rectal, en enemas o en supositorios, ejemplo:

RP.

Salicilato de soda	6	gramos
Bicarbonato de soda	4	”
Jarabe de corteza de naranja agria	30	
Agua destilada	120	

Una cucharada cada 2 horas.

Por especial intolerancia gástrica, puede administrarse el salicilato por vía rectal, en enemas o en supositorios, ejemplo:

RP.

Salicilato de soda	2	gramos
Láudano de Sydenham	5	gotas
Agua destilada	100	gramos
Enema, previo lavado evacuador.		

RP.

Salicilato de soda	1	gramo
Manteca de caco	C. S.	
Para un supositorio, 3 o 4 por día.		

También están indicados otros preparados antirreumáticos como la aspirina en dosis de 0.30 a 0.50 centigramos, cuatro a seis veces al día. Algunos autores prefieren el piramidón en pequeñas dosis; su acción antirreumática es muy semejante a los de los salicilatos y actúa rápidamente.

TRATAMIENTO LOCAL

Es conveniente cubrir las articulaciones enfermas con una capa de algodón que las proteja a la vez contra el frío y contra los roses de las sábanas. También están indicadas las uncciones con salicilato de metilo, ejemplo:

RP.

Salicilato de metilo	4	gramos
Mentol cristalizado	0.50	cent.
Vaselina	100	gramos
Para uncciones.		

APUNTES BIBLIOGRÁFICOS

Tratado de medicina, por el Dr. Cecil— Manual de Patología Interna, por F. J. Collet. — Clínica Terapéutica, por G. Rummo.