

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

## ORGANO DE LA ASOCIACION MÉDICA HONDUREÑA

Director:

Dr. Ricardo D. Alduvín

Redactores:

Dr. Manuel Larios Córdova.

Dr. Antonio Vidal

Dr. Julio Ázpuru España.

Secretario de Redacción: Dr. Carlos Pinel H.

Administrador:

Dr. Miguel Sánchez

Año II |

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Enero de 1932

Num.21

Página de la Dirección

## La Apertura del Año Escolar

Por primera vez, después de un gran número de años, se ha inaugurado el curso universitario con una ceremonia a la que se le pretendió dar toda la importancia que merece, y que no la tuvo en realidad porque todavía carecemos en Honduras de un número suficiente de ciudadanos que tenga conciencia de sus responsabilidades y de su propia personalidad.

Unos poquísimos profesores asistieron a la ceremonia. Para algunos de éstos no tiene ni puede tener ninguna importancia la apertura del curso universitario, que sólo significa el principio de la tarea molesta de ir a tomar lecciones y la grata de seguir cobrando recibos a fin de mes.

Para ellos la Universidad sólo significa una fuente de ingresos, un modus vivendi absolutamente personal, una rutina, una masa inerte que marcha porque no tiene fuerzas ni para estacionarse.

De allí el hecho de que inaugurar los cursos sólo puede .

interesar a los espíritus dilectos que tienen de la Universidad

Charles Pierre Marthí de San Francisco Cal. en artículo que resume 74 observaciones preconiza la operación precoz de extirpación de los calculas, aún de los coraliformes considerados por algunos como no quirúrgicos y arremete contra la contemporización.

Un cálculo en el fasmelo o los **cálices** da lugar a hidronefrosis o ruptura espontánea. Infección del parenquina renal y del tejido perirrenal. Irritación crónica que puede producir la aparición de un tumor maligno,

Se debe extraerse el cálculo pero no es todo la extracción,

**Algunas** anomalías favorecen la producción de cálculos; riñón en herradura, basinete bífido, hidronefrosis congénita, estrechez del uréter, ectopia y ptosis renal. Estas anomalías deben ser tratadas **convenientemente** cuando se pueda.

Luchar contra la infección localo **general, darujirégimen alimento.** congestión renal.

**Quirúrgicamente** traumatizar lo menos posible el tejido renal. empleando técnicas apropiados a la forma, dimensión y sitio del calculo y

Evacuar los pequeño por dilatación **con sondas** — **No intervenir** en viejos, en los cálculos silenciosos y en ausencia de retención o infección.

Las intervenciones son lapiolotomía, la nefrolitotomía, la píelo- nefrotomía y la nefrectomía según lo comande el sitio del calculo.

Estas intervenciones son **completadas** con frecuencia por nefropexias, sección de vasos re tropiélcos o una operación **plástica** sobre estrecheces.

La última solo está indicada en los casos de riñón con abscesos múltiples o con gran dilatación y destrucción del parenquina. En los otros casos deberá conducirse lo más conservador posible,

Siempre se averiguará si no hay más cálculos en el uréter inferior; en dicho caso, resecarlo,

Cuando hay un solo riñón la dulzura *en el* manejo del órgano será redoblada, dejando la herida abierta a la pared para asegurar **el buen drenaje** e impedir una Convendrá

también hacer una decapsulación.

Se harán radiografías de control, cada tres o seis meses de todo el árbol urinario. Exámenes cuida-

dosos de orina buscando sangre

y

resolver los cálculos uretrales pura—La presencia de la primera indicacion vacuna residiva.

## Contribución al estudio de la vacunoterapia de las infecciones de origen gonocócico

Por A. Jaubert y P. Goy.

Los autores comienzan su trabajo señalando que la vacunoterapia de origen gonocócico tiene numerosos partidarios y algunos detractores. Afirman que cuantos hechos mencionan en su trabajo, son producto de sus observaciones personales durante cuatro años y del aporte clínico y científico de más de trescientos médicos franceses, en su mayor parte urologistas.

Los fenómenos de inmunización, adquirida por una primera infección de gonococos, son, según los autores, mínimos y pasajeros, de aquí la dificultad de la formación de anticuerpos gonocócicos y por tanto una inmunidad artificial poco sólida y durable. Este método (vacunoterapia) es para ellos un medio y no un fin. Los éxitos y fracasos dependerán para los mismos, del antígeno utilizado, del organismo infectado y de la posología instituida.

No insisten en el estudio del modo de preparación de las vacunas, dan preferencia a su fórmula del "Gonagne", que contiene a más de cuerpos microbianos, una antitoxina muy bien tolerada.

Señalan la importancia del sujeto a inmunizar y las reacciones a que pueda dar lugar. No todos los organismos dan reacciones saludables y de igual va-

lor. La sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo y ciertas taras son causas de una inmunidad reciente. Un fracaso y aun fracasos sucesivos no deben ser causa para condenar un **método**.

Los **autores** entienden que existen de un 20 a un 30 por ciento de individuos incapaces de realizar con éxito una inmunización activa a pesar de ser bien conducida.

La posología tiene aquí, importancia capital: del instante de intervención, de la dosis inyectada y de la vía de introducción de la vacuna pueden depender la curación o la agravación de la infección.

Ellos emplean la vacunoterapia en los distintos períodos de la blenorragia (abortivo, agudo y crónico), así como en las complicaciones de la misma.

En *período abortivo*: J. Mook y otros autores estiman **conveniente** asociar la vacunoterapia al tratamiento por el argirol seis inyecciones subcutáneas de vacuna, comenzando por un cuarto de ce. hasta 1 ce. Una cada tercer día. Recomiendan también los autores la vacunoterapia después de un coito sospechoso, antes de la aparición del menor signo clínico.

En *período agudo*: Se impone la vacunación en este período, si

ella, Dr. Telemaco Sucini, gloria de la ciencia médica Argentina. En esta aula, el Prof. Llambías, desarrolló una labor edificante y concienzuda, que vino a llenar vacíos que su antecesor no puso llevarlos a cabo, por su avanzada edad y porque el tiempo y los escasos medios de que dispuso, le cohibieron para llevarlos a término.

Cuando estudiábamos **allá**, en las riberas del Plata, en la docta ciudad de Buenos Aires, nos dimos cuenta de cómo trabaja un sabio tras el secreto de la ciencia, para arrancar verdades que la juventud ha de conocer en seguida.

El Prof. Llambías reconstruyó el Instituto TELEMACO SUCINI, al cual dio amplitud para que sus laboratorios pudieran contener en su seno el mayor número de estudiantes, que en su afán de aprender, jamás faltaron tras el sabio Maestro.

—Deja también un bien organizado museo de piezas Anatómico Patológicas, que según el decir de muchos Médicos del propio Buenos Aires, es orgullo y único en América; trabajo que honra la personalidad de aquel ilustre desaparecido y que queda allí, para decir a las generaciones futuras, de la labor de que **fue** capaz un sabio y patriota como él

Fue asimismo, **el Dr. Liambías**, un ciudadano ejemplar que en diferentes ocasiones ocupó puestos de gran importancia en Buenos Aires; intendente Municipal de la misma, en cuyo puesto también deja rastros que lo recordarán siempre como un progresista.

En medio de todo esto, jamás abandonó su aula, en donde siempre estuvo con todo tesón trabajando por la humanidad.

Hoy quizá con la desaparición del Maestro Llambías, llegarán a la cátedra como titulares, los Dres. Roffo Elizalde, Brochetto Brian, quienes con el desaparecido hacían la **enseñanza** de ésta, en su carácter de Profesores Suplentes, lo mismo que el **Prof. Mosto**, que igualmente dicta cursos libres de Anatomía Patológica en el Hospital **Ramson**, y tío quien el Prof. **Llambías** tenía conocimiento y a la vea **aplaudía a** dicho joven Profesor.

En esta hora de dolor intenso, quiero que lleguen a la familia **Llambías**, con especialidad **al** ejemplar amigo Dr. Alfredo del **mismo** apellido, quien también es ya una promesa para **la** tierra del Plata, un **distinguido** Cirujano, mis frases de sincera condolencia.

*Pastor Gómez h.*

## SÍFILIS GÁSTRICA

George H. Eustermann de Rochester en Journal of the American Medical Association estudia este asunto extensamente haciendo ver el error de considerar que las lesiones sifilíticas del tubo digestivo. Son las localizadas en la boca, faringe y recto.

Las lesiones sifilíticas del estómago son más frecuentes de lo que se piensa.

Ha observado 93 casos 65 en hombres y 28 en mujeres con los caracteres siguiente:

Sobreviene en jóvenes de 26 a 48 años. Más de la mitad tienen de 30 a 40.

Evolución clínica rápida.

2 años.

Acompañada de reacción de Wasserman en la sangre y líquido cefalorraquídeo positivo en 92% de los casos.

Da lugar a una hipoclorhidria o anaclorhidria en 85% y de los casos.

Radiológicamente: imagen lagunar extendida de sitio periférica. Píloro permeable.

Tumor en 20% Hemorragias abundantes u ocultas raras. En 2 tercios de los casos dolor inmediatamente después de las comidas.

La agravación es rápida. El estómago se comporta como si fuera muy pequeño, llegando pronto a un enflaquecimiento extremo.

En el 15% de los casos forma

sendo neoplástica, aparición lenta y progresiva. He los síntomas. Dolor media hora después de las comidas. Calma inconstante por los alcalinos.

En 23% tipo pseudo-**ulcerosa**. Se encuentran *las* fases características; dolor, comida, calma.

Anatómicamente lo trata de lesiones mal circunscritas y múltiples consistentes en infiltración úlcero-nodular de la pared gástrica.

En los casos en que hay fuertes presunciones en favor de la úlcera sifilítica no operar nunca.

En los casos que la **radiografía** muestra una lesión franca, operar aún a riesgo de engañarse. La gastrectomía es inofensiva; en el curso de la operación se constata la naturaleza *de* la enfermedad y que el tratamiento sea aplicado sin retardo.

En los 93 enfermos, 28 sufrieron una operación exploradora o **una operación** gástrica cualquiera.

En 65 sólo tratamiento médico. Todos curados como específicos.

Los resultados terapéuticos en 87 enfermos fue el siguiente:

32 curados clínicamente.

37 muy mejorados.

11% poco mejorados.

10% ninguna mejoría.

El examen radiológico después de la curación muestra a menudo una persistencia *de* deformaciones gástricas.

viente y progresivo que debe llenar una misión trascendental en la sociedad.

Y este concepto, que apenas comienza a iniciarse, tendrá que imponerse a pesar de todas las resistencias y los indiferentismos. La Universidad, por la voluntad firme de unos cuantos profesores y de la mayoría de los alumnos, tendrá que ser el semillero de ciudadanos conscientes de sus derechos y de sus deberes de profesionales y de hondureños. Más de medio siglo de vida sin trascendencia, ha colmado la medida y ya existe la decisión firme de que o hacemos una Universidad que sea lo que debe ser, o la cerramos para no arrebatárle al campo o al taller elementos que formados en ellos podrían dar mejores resultados que los obtenidos en la mayoría de los casos si siguen las tendencias actuales de la Universidad.

En nuestro número anterior y refiriéndonos a la Escuela de Medicina, hablamos del papel despreciable que desempeñaron algunos elementos de esos que acabamos de señalar, para los que la misión del profesor se reducía a tomar una lección, y aprobar a todos los alumnos de su clase, por miedo, por complicidad con la pereza o por desprecio de los intereses sociales.

Esta conducta ha dado sus frutos de vergüenza para la universidad. Ya son varios los casos en que un alumno reprobado considera como algo inicuo ser condenado con justicia y atenta contra el que considera responsable de su fracaso.

Y los principales responsables de estos incidentes oprobiosos con los profesores que por su cobardía y su falta de orientación habitúan al alumno a pasar por las aulas en una especie de excursión que no les deja en el espíritu ninguna huella. Ellos son los que han creado en los estudiantes una conciencia errada o mejor dicho una falta absoluta de conciencia, que repercute sobre la moral actual del alumno, repercutirá mañana sobre su porvenir y repercute y repercutirá sobre la sociedad entera.

Y debemos decir que aquellos elementos deben eliminarse porque están en vías de ser eliminados. La Universidad no quiere profesores que consulten su hora de digestión o el estado higrométrico del aire para dar sus clases; no quiere profesores que se conformen con tomar lecciones ni vayan a los exámenes a aprobar a todos los estudiantes por cobardía

o porque le importa muy poco el porvenir de la juventud y de la sociedad.

La Universidad quiere hombres, hombres en el sentido no sólo sexual de la palabra sino sobre todo hombres en el sentido moral.

Y como decimos antes, esos elementos indeseables están condenados implacablemente a adaptarse a las nuevas tendencias o a desaparecer.



### Doctor Joaquín Llambías

Ha muerto en ¿Sueños Aires el sabio Maestro don Joaquín Llambías, distinguido Médico que dedicó toda su vida a la ciencia de Hipócrates, especializándose en Anatomía Patológica, cuya cátedra adquirió por oposición y en la que sustituyó al fundador de

puede ser realizada "antes del 5° días del derrame". Del 5° al 10° día parece establecerse en el organismo una fase negativa, humoral, idéntica a la descrita por Wright en el curso de las infecciones vacunales.

Ellos establecen el siguiente principio: "En toda infección gonocócica aguda el tratamiento vacunal deberá ser comenzado ya antes del quinto día, ya **después** del décimo día del **derrame**".

Aconsejan, púas, en este período, a **más** de los **tratamientos** locales y generales, una cura vacunal adyuvante, que deberá ser comenzada antes del 5° día o después de 10° del derrame.

La primera inyección será de dos o tres gotas de vacuna; tres días después, segunda inyección intradérmica de tres o cuatro gotas, y después cada 4 o 5 días hacer una serie de seis o diez inyecciones subcutáneas a la dosis progresivamente crecientes de un cuarto, a uno o dos centímetros cúbicos, según la tolerancia individual. No renovar una inyección hasta que todos los fenóme-

nos reaccionales hayan desaparecido. Si después de una inyección la temperatura sobrepasa de 38°, es necesario repetir la dosis sin **aumentarla** basta la tolerancia perfecta.

Practicada así y asociada a los tratamientos locales y generales, la **vacunoterapia de las infecciones** agudas gonocócicas parece poner al enfermo al abrigo de complicaciones.

En *período crónico*: En este período la vacunación se emprenderá en cualquier momento.

P. Ertzbischoff utiliza la siguiente técnica: se sirve de una **stoc-vacuna** o de una **autovacuna** mixta que encierra, no sólo las cepas microbianas aisladas de", enfermo, sino también numerosas cepas heterogéneas, así como una **stock-antitoxina** gonocócica. Se practica una serie de seis u ocho inyecciones preventivamente antes de toda intervención mecánica o antiséptica", produciéndose así una verdadera atenuación de la virulencia microbiana. Después tratamiento local conveniente.



asociado al tratamiento vacuna. La vacunoterapia será continuada, doce o diez y ocho inyecciones, según los casos. Una inyección cada 4° o 5° día.

Para ser eficiente esta vacunoterapia deberá ser espaciada y prolongada durante mucho tiempo. Ella será el coadyuvante a los tratamientos locales o generales.

*En complicaciones de la blemorragia:* Los autores consideran las complicaciones que evolucionan sin afectar seriamente el estado general del enfermo y las que presentan hipertermia. En el primer caso: las reglas de vacunoterapias son las mismas que las que han expuesto en el periodo crónico.

Es mi propósito, en esta breve comunicación, hacer resaltar la gran importancia que tiene, a mi juicio, la leche de mujer como elemento biológico e inmunizante en las infecciones graves y prolongadas, del aparato respiratorio del lactante.

Los casos a que haré mención

(\*) Comunicación presentada a la Conferencia de Médicos de la Primera Infancia, de la Asistencia Pública, en la sesión del 21 de septiembre de 1931, con representación de enfermo.

En las complicaciones con hipertermia. hacen excepción de la septicemia gonocócica, para la cual emplearían una cura vacunal semejante a la preconizada por los mismos, en período agudo.

En complicaciones localizadas, tales como prostatitis, vesiculitis o salpingitis supurada, los autores estiman que los métodos de choc o de derivación podrán ser combinados con la inmunoterapia.

En el reumatismo blenorragico, ellos añaden una cura salicilada al tratamiento vacunante rápido., ya que el germen reumatismal se puede encontrar asociado al diplococo de Neisser. *V. Díaz Orero.*

en esta comunicación, son niños que ya habían pasado el año y medio de edad, que se encontraban en alimentación artificial y que en esas condiciones contraen sus infecciones, todas ellas de carácter grave. En el primer caso se trata de un niño de trece meses, que había sido visto en el Dispensario que dirijo, cuando tenía diez meses, encontrándose en buenas condiciones de desarrollo y estado nutritivo; se le indicó régimen dietético y concurrió por espacio de un mes, aumentando

nervioso o no, capaces de dar lugar propios del ataque epiléptico, que a ataques epilépticos, nos los que le acompañan u ocupan su saldríamos en primer lugar de los intervalo. Los últimos tres casos límites que queremos asignar a este de **epilepsia sistemática** es-trabajo, y en segundo, por mucho tuidadas por nosotros, han sido que detalláramos, no seríamos debidas a nefritis aguda, parálisis completos. Baste saber, en general y esclerosis múltiple; basta términos generales, que la solución mencionarlos para **comprender** de este problema diagnóstico que no había de ser tan **difícil** diferente entre los dos ti- d pos encontrar la etiología acertada, de epilepsia no es tan difícil y confirmándose así lo antes dicho, complicada como a primera vista de la relativa facilidad en clínica pudiera parecer. Hace un de hacer ese diagnóstico momento entrecomillamos lo que a diferencial.

nuestro juicio tiene más valor para Si conociéramos la patogenia hacer ese diagnóstico, que de la epilepsia, se podría seguir repetiremos: los ataques de un tratamiento, que a falta de epilepsia sintomática forman en etiológico, tratara de llenar el todo momento una parte tan sólo mínimun de condiciones exigidas del cuadro clínico; es decir, nunca das a toda terapéutica que pre- van solos; y una exploración tenda ser científica; por desgra- superficial (no hace falca que sea cia, son más hipótesis que he- detenida) revela al momento chos lo que poseemos en este sen- modificaciones, las más de las tido. Sin embargo, en lo que pe- veces neurológicas (trastornos del damos, necesariamente tenemos movimiento, de los reflejos, del que apelar a la patogenia para tono, de la sensibilidad, de la explicar o justificar el tratamiento. palabra, del psiquis-mi etc.), y A nuestro juicio, no se puede otras de otros aparatos y sistemas, prescindir de dar reglas precisa no que acompañan "obligatoriamente" sólo en lo referente a tratamiento a los ataques, siendo las únicas medicamentoso, sino a género de manifestaciones vida y alimentación más interparoxísticas. Para hacer ese adecuados para los epilépticos. diagnóstico, en resumen y dicho de En un enfermo nuestro de otra manera, nos sirven mucho menos los elementos

treinta y nueve años, que le venían dando doce o quince ataques al año desde los doce hasta medio año antes de verle nosotros, en que ya le daban cada ocho o diez días, a pesar de estar bien tratado medicamentosamente con 20 cg. de gardenal diarios, logramos al principio distanciar los ataques y más tarde reducirle a uno cada cuarenta o sesenta días, sin más que aconsejarte que se proporcionara un permiso de descanso durante un mes y que permutara su puesto en la oficina en que trabajaba por otro de menor responsabilidad. Por la manera de hablar, el tono ampuloso de sus palabras, por el orgullo y la hipervaloración de su yo que en él descubrimos, justamente con una gran susceptibilidad e irritabilidad que constituían elementos fundamentales de su carácter, pudimos suponer que la enfermedad originaba en él un complejo de inferioridad, que teníamos que valorar debidamente para comprender en totalidad al enfermo, y por consiguiente, para tratarle.

El empirismo viene adoptando desde hace tiempo, la supresión en el régimen alimenticio de los epilépticos de substancias y condimentos excitantes, salsas fuertes, carnes, etc. ¿Es acertado este proceder? A nuestro juicio, aparte la supresión del alcohol, café y tabaco, cuyo poder convulsivamente nadie pone hoy en duda en sujetos con rebajado nivel de excitación para las convulsiones, todo lo demás, no tie-

ne tanta importancia, a no ser que descubramos que algún alimento particular actúa como elemento anafiláctico en la aparición del ataque, o que el régimen rico en proteínas favorece o acentúa el estreñimiento.

La primera eventualidad, por rara que sea (en nuestra práctica no hemos encontrado ningún caso, y los que se citan, lo son a título de excepción), no requiere menos el ser investigada; recordemos a este propósito, el caso Pagniez, en que pudo demostrar que la ingestión de chocolate iba seguida -siempre de un ataque, bastando la supresión de ese alimento para curar la manifestación convulsiva.

La pereza intestinal como causa ocasionadora de la aparición y repetición de los ataques, tiene, a nuestra manera de pensar, más importancia que la que corrientemente se le da; es una función que no dejamos nunca de vigilar en nuestros epilépticos, por estar muchas veces convencidos del papel que ejerce el estreñimiento en la repetición de los ataques. A veces, no basta el régimen vegetariano para luchar contra el mismo, siendo necesario apelar a laxantes, y aun añadiríamos, basándonos en nuestra experiencia, que el estreñimiento, acompañando a la epilepsia, es frecuente en sujetos cuyos ataques aparecieron en los primeros años de la vida como consecuencia de procesos encefalíticos que ocasionan, además de los ataques, un evidente y a veces intenso déficit intelectual;

clínica de la misma a partir desde el momento que se inicia un tratamiento en consonancia con esos mismos motivos. Porque ocurre con la epilepsia lo que con las restantes enfermedades cuyas causas se desconocen: que son ellas precisamente las que obligan al médico a indagar con todo detalle las condiciones biológicas de aparición del mal, completamente distintas de un sujeto a otro en la mayoría de los casos. Y no se diga que desde el momento que en un caso determinado se conocen alguna o algunas de sus condiciones etiológicas, ya no estamos ante un caso de epilepsia esencial, sino secundaria o sintomática, porque lo que define a aquélla (y por lo tanto, a éstas) no es tan sólo el desconocimiento de sus causas, sino un conjunto sintomático tan variado, proteiforme y heterogéneo, y una evolución y terminación tan particular en relación con tan numerosos factores, que **no** deben ser ignorados por el médico que trate a enfermos epilépticos.

No creo que exista un sólo caso de la epilepsia esencial más típica, en que un análisis metódico del mismo no revele alguna o varias particularidades etiológicas. Lo que complica el pro-

blema no es esto: es que en esta neuropatía, como en otras muchas de etiología conocida, no es una sola la causa que la produce, si no más bien "una constelación causal" en el sentido de Minor. Dos **ejemplos** de nuestra experiencia aclararán **nuestro** pensamiento. Uno se refiere a un hombre de treinta y dos **años**, en cuyos **antecedentes** hay; jaqueca en su madre, sonambulismo en un hermano, y **enuresis** y terrores nocturnos en su niñez; la adolescencia y los primeros años de su pubertad transcurren sin novedad neuropática alguna: a los treinta y dos años presenta un proceso tifoideo, cuya sintomatología neurológica a juzgar por sus manifestaciones, no fueron más intensas que lo corriente y habitual en esos procesos; en la convalecencia, veinte días después de quedarse **sin** fiebre, desenvuelve **el** primer ataque típico de epilepsia esencial, que repite cada dos o tres semanas durante medio año, estando en la actualidad sin ataques desde hace diez meses, aunque -sometidos todavía a dosis refractas (5 cg. cada tres días) de gardenal.

El segundo, **es** otro hombre que a los treinta años sufrió un grave traumatismo en la cabeza con

fractura del parietal derecho; cura de este accidente sin haber tenido, durante su evolución, ninguna manifestación convulsiva y, diez años después, viene a nosotros quejándose de vértigos de tipo epiléptico y de movimientos convulsivos localizados a la mitad izquierda del cuerpo típicamente jasonnianos; hallamos en este enfermo, además, una moderada hipertensión arterial no nefrógena: su padre murió en demencia epiléptica.

Sintetizando la etiología del primer caso, diríamos que un enfermo de "**constitución** epiléptica", no tuvo ataques hasta que una enfermedad adquirida — el proceso tifoideo —, puso de manifiesto la latencia epiléptica, que en el terreno patogénico se describe, siguiendo a Foerster, como caracterizada por la disminución del dintel de excitación convulsiva. Y en el segundo, diríamos asimismo, que no bastó el trauma para que la constitución epiléptica se manifestara, sino que fueron precisos otros factores — los que condicionan la hipertensión — para que, todos juntos, desencadenaran la latencia convulsiva.

Estos casos demuestran que el problema etiológico de las epilepsias no es tan sencillo como pudiera parecer a un examen superficial, pero nos demuestran también que un análisis metódico de los motivos generadores, debe ser de una utilidad grande para el tratamiento adecuado de cada caso que se nos presente. Este trabajo, que no pretende

ser más que un resumen de cuestión tan debatida como el título que le encabeza, está basado en el estudio concienzudo de 63 casos de epilepsia, que siguiendo el uso de la terminología **actual**, se incluyen en la denominada *i* genuina, *con* las limitaciones o aclaraciones que los ejemplos arriba mencionados hacen fácilmente concebir.

No necesitaremos mencionar más que de pasada, que puesto que el ataque epiléptico no es más que un síntoma capaz de formar parte de múltiples enfermedades, lo primero que de realizar el médico es una exploración adecuada de su enfermo. por si los ataques epilépticos no fueran más que "una parte" del cuadro clínico de **conjunto**. **Nuestra** experiencia nos ha el **postrado** que el conjunto de todos los casos de epilepsia sintomática, forma la cuarta parte aproximadamente del conjunto de los de epilepsia esencial; así, de 79 casos de epilepsia estudiados *en* cuatro años, 16 son de epilepsia sintomática y 63 de epilepsia esencial; éstos *se* dividen así: 22 de epilepsia esencial y 6 de epilepsia secundaria, vistos en la consulta privada, y 41 y 10 **respectivamente** en el Manicomio provincial. (En este estudio **no** hacemos referencia a los enfermos vistos por primera vez en **los** últimos diez meses y **eliminamos** a los que, por cualquier motivo no han sido debidamente estudiados).

Si fuéramos a describir todas las enfermedades, de sistema

siempre el peso sin ninguna alteración, salvo un estado gripal ligero que curó rápidamente.

Este niño dejó de concurrir a pesar de haber sido inspeccionado e instado a hacerlo en varias oportunidades.

Un buen día, cuando el niño contaba diez y ocho meses de edad, otra concurrente me informa que el niño estaba sumamente grave, desahuciado, y me pide autorización para traerlo a la consulta nuestra por tener interés para que fuera examinado allí.

El niño es retirado la tarde anterior del hospital donde se asiste y me es dado examinarlo a la mañana siguiente.

Me encuentro con un niño sumamente grave, con gran enflaquecimiento, piel seca, disnea en tenéis mayos seca, temperatura elevada; presentaba una bronconeumonía gripal con otitis supurada del lado derecho. Había sido llevado a la clínica donde se asistía por una quemadura extendida sobre el cuero cabelludo, región frontal y ojo izquierdo, y estando en asistencia contrajo la bronconeumonía.

Presentaba, también, una herida gangrenosa en el muslo, donde posiblemente se le había

hecho una inyección de suero, y cuanto inyección se le hacía se le "echaba" a perder, según decían sus allegados.

Ante este cuadro, hice el pronóstico de circunstancias e indiqué terapéutica clásica sin medicación específica ni inyecciones, tratamiento a que, por otra parte, ya había sido sometido. Agregué a las prescripciones terapéuticas medio litro de leche de mujer proporcionada por otra concurrente, en condiciones absolutamente asépticas.

En estas condiciones el enfermo evolucionó lenta, pero favorablemente, curando totalmente su proceso bronconeumónico, de su quemadura infectada y aumentó su resistencia y su inmunidad.

He tenido otras observaciones por el estilo: una pleuresía purulenta con bronconeumonía a los diez y nueve meses y otra bronconeumonía a los catorce meses, post-coqueluchosa, todos ellos curaron con el agregado de leche de mujer.

Como parece que en los momentos actuales no es frecuentemente usada la leche de mujer en las infecciones prolongadas que no son de orden alimenticio, me ha parecido oportuno apor-

## REVISTA MEDICA HONDUREÑA

tar estos conceptos a esta reimón por tratarse de un elemento clásico para el tratamiento de las infecciones, reconocidas por los pediatras de todos los tiempos.

¿Cómo actúa? Aumentando la inmunidad, exagerando las defensas orgánicas, curando los trastornos nutritivos, como estimulante biológico, no está claramente establecido aún; posiblemente hay que hacer notar, como dice Schweizer, que su presencia en el tubo digestivo constituye un estímulo fisiológico y

que su acción sobre la resistencia orgánica resulta favorable, al conservar todo el intercambio nutritivo en estado normal.

Creo, pues, en conclusión, que la leche de mujer es un recurso preciosísimo en todas las infecciones graves y prolongadas en general, y del aparato respiratorio en particular, y no debe ser olvidado este precioso recurso clásico de la medicina infantil de antaño y que aun hoy conserva todo su valor en la alimentación y terapéutica del lactante infectado.

---

No conociéndose completamente cuáles son los factores etiológicos y patogénicos de la llamada epilepsia esencial, idiopática o genuina, el problema terapéutico de un síndrome de tal naturaleza; "tiene que adolecer necesariamente en la actualidad de las dificultades inherentes a **todo** tratamiento dirigido contra enfermedades cuyas causas ríos son desconocidas. De otro lado, es capaz la enfermedad de conducir a tales trastornos psíquicos y de tal gravedad, y en el mejor de los casos, suele ir acompañada de tales limitaciones en el ejercicio profesional y en las demás actividades individuales y sociales de los individuos que la padecen, amén del inmediato pe-

ligro que supone en muchos casos la brusquedad del comienzo del ataque, con su inconsciencia característica, que constituye el tratamiento adecuado y oportuno de esta dolencia, una de las tareas más engorrosas y -desagradables de la medicina actual. Podrá parecer exagerada esta última afirmación a quien de la epilepsia tenga un concepto tan simplista, que desde el punto de vista terapéutico la resuma en la ecuación;

"epilepsia-bromuros-régimen vegetariano", **pero** no para aquel que se enfrente a diario con enfermos de esta naturaleza, persiguiendo meticulosamente lo que podríamos llamar "motivos generadores" de la enfermedad, y la evolución

## REVISTA MEDICA HONDUREÑA

sabida es la frecuencia que en estos casos aparecen afectados también diversos órganos endocrinos, tiroides y genitales principalmente, y conocida es asimismo la constancia con que el estreñimiento acompaña a los estados de hipofunción de esas glándulas, del tiroides sobre todo, y la tenacidad con que resiste al tratamiento alimenticio y por laxantes mejor dirigidos. En estos casos, hemos de apelar a la terapéutica **harmónica** correspondiente, que si deja sin efecto muchos **síntomas** dependientes de la insuficiencia glandular (ejemplo: la somnolencia), es **muy** eficaz, y a veces la única eficaz, contra el estreñimiento, y de una manera indirecta, contra los ataques.

inútil decir que debe impedirse sistemáticamente al epiléptico el ejercicio de profesiones **que** por las circunstancias en que se desenvuelven, pueden ocasionar un peligro evidente para su

vida (el oficio de albañil, por ejemplo), y para la suya y la de los demás (el chofer); los citamos porque a dos epilépticos nuestros (por cierto no con ataques, sino sólo con ausencias, que no debieron ser diagnosticadas), nadie les había hablado de ese posible peligro.

Como **regímenes** especiales, aparte la hipocloruración que comentaremos al tratar de los bromuros, se han propuesto en estos últimos tiempos, tres, en razón del concepto patogénico de la epilepsia en general y del ataque convulsivo en particular. Estos tres regímenes, que vamos ahora a estudiar, son el régimen **cetógeno**, hipohidrato y azucarado.

*Régimen cetógeno.*— Consiste, como su nombre indica, en someter a los enfermos a un régimen alimenticio que de lugar, en su desintegración metabólica, a la formación de grandes cantidades de cuerpos ce tónicos cuyo pa-



so a la orina será el testigo de que se consigue el fin propuesto. Es, sin disputa, el que más entusiasmos ha originado y el que ha sido puesto en práctica por un gran número de autores, sobre todo norteamericanos. Está basado en una hipótesis patogénica del ataque epiléptico, que ha gozado de gran boga hace unos años, y que aun sigue siendo mantenida por muchos investigadores; la resumiremos lo más brevemente que podamos.

A consecuencia de los trabajos de Bigwood publicados en... 1924, se admitió como modificación humoral propia de la epilepsia esencial, una perturbación del equilibrio acidobásico de la sangre caracterizada por la tendencia a la alcalosis e hipercalcalinidad del plasma que sería sobre todo frecuente inmediatamente antes del de; encadenamiento de la crisis; ésta no sería debida a la alcalosis misma, sino que ésta favorecería la acción de una substancia tóxica o de un producto convulsivo. Si, pues, la alcalosis favorece la presentación *de* las crisis, su estado opuesto, la acidosis, dificultará el ataque convulsivo.

En realidad, cuando se habla de resultados de este régimen, no se tiene en cuenta más que el comportamiento que a consecuencia del mismo sufren los fenómenos críticos de la epilepsia, bien formen parte del gran mal como del pequeño mal, sin que pretenda modificar el substratum biológico, por otra parte desconocido de la enfermedad. Pe-

ro aun así concebido, si realmente éste como cualquier otro tratamiento, disminuye la presentación de las crisis, además de este efecto inmediato, tendría otro sobre la evolución de la enfermedad, desde el momento que se admite que un ataque sensibiliza en cierto punto al sujeto para sufrir el siguiente.

En estos estudios de Bigwood, que fueron después seguidos por otros muchos autores, se encontró la explicación de los beneficiosos resultados que desde 1921 venía obteniendo Geyelin con su cura por el ayuno, puesto que éste conduce a la acidosis. Retengamos, sin embargo, desde ahora, que el efecto acidótico del ayuno por sí sólo, no le admiten todos los autores, sin que ello quiera decir que neguemos los resultados de Geyelin. La explicación de hecho al parecer tan paradójica. la vamos a encontrar luego cuando comentemos los resultados del régimen cetógeno más comúnmente empleado.

Se sabe de hace tiempo, que el metabolismo completo de grasas y proteínas requiere por parte del organismo que le realiza, que disponga de una cantidad determinada de hidratos de carbono que debe ser moralmente metabolizada. Cuando el metabolismo hidrocarbonado se verifica defectuosamente, el resultado es la acidosis y la presencia consiguiente de cuerpos cetónicos en la orina aun con régimen alimenticio ordinario (por ejemplo, la acidosis diabética). El mismo

resultado se consigue, aun con metabolismo en potencia normal, si con el régimen alimenticio alteramos en alto grado la proporción de los distintos principios inmediatos, dando al sujeto una alimentación muy rica en grasas y pobre en hidrato de carbono y en proteínas. Este régimen puede ser el de Petermann, que proporciona al sujeto diariamente 15 g. de hidratos de carbono, 25 de proteínas y 180 de grasas; la ración de vitaminas se asegura con jugo de naranja y al enfermo se le da la cantidad de sal suficiente.

Nosotros no hemos intentado hacer este tratamiento en una decena de epilépticos jóvenes, sin haber conseguido otra cosa que proporcionar al sujeto una gran repugnancia e intolerancia por la comida. Aun reducida a los términos en que la aconseja nuestro compatriota Pardo, nos hemos visto en la imposibilidad de mantenerla el tiempo preciso para juzgar de sus resultados, pues no hemos alcanzado ese "hábito" de que nos hablan los autores norteamericanos.

Los resultados del régimen cetógeno son muy distintos según los autores: al lado de los que le dan importancia capitalísima en

el tratamiento de la epilepsia, hay otros muchos que no le dan más que un mediocre valor, no faltando quien se lo niega del todo. A juzgar por la no escasa literatura publicada, los inconvenientes de orden práctico para imponer y mantener la cura no compensan los beneficios obtenidos salvo en rarísimos casos. Nosotros lo reservamos para cuando fracasen todos los demás medios y hemos de confesar que no hemos necesitado todavía apelar a él.

En el adulto, los resultados que ha proporcionado este método, son menos satisfactorios que en el niño.

Todavía los partidarios del mismo encuentran en él otra ventaja, como es la de que los resultados obtenidos se mantienen muchos meses, aunque se modifique el régimen, aumentando progresivamente las proteínas e hidratos de carbono y disminuyendo las grasas.

Sin hacer otra crítica de este procedimiento, nos vamos a detener un instante todavía para ganar exactitud a la hipótesis de la alcalinidad preaccional que le fundamenta.

Con Andreu Arra fuimos los primeros que en España hicimos

investigaciones en este sentido, y los resultados en 66 casos fueron publicados en *La Medicina Ibero*, en abril de 1928. **Nosotros**, por el contrario, encontramos más veces en el epiléptico acidosis que alcalosis, y el estudio de la sangre tomada antes del acceso, durante el estado de mal, después del acceso y en el estadio interparoxístico nos llevó al convencimiento que lo que se venía diciendo sobre la perturbación del equilibrio acidobásico en estos enfermos, no se ajustaba en todo a la realidad de los hechos. Posteriormente, son ya muchos los autores que encuentran resultados más en consonancia con los nuestros que con los de Bigwood. Así, por ejemplo, Torres López de Granada, confirma nuestros hallazgos investigando la reserva alcalina del plasma en 17 epilépticos.

A la misma conclusión ha **He-gado** muy recientemente Dautrebande, para el que la acidosis producida por el régimen **cetógeno** no es la condición de la supresión de los paroxismos. El mismo Petermann, tan ardiente defensor de este régimen, ha observado en un epiléptico sometido al mismo, que no se le producían ataques aun provocándole una fuerte alcalosis. Todo esto viene a confirmar una de las conclusiones de nuestro primer trabajo, cuando sosteníamos que sin negar los buenos resultados de la alimentación cetógena, el mecanismo no debía ser el de oponerse a la alcalosis. ¿A qué, son, debidos, **pues**, los

beneficiosos resultados obtenidos? Hoy se les cree originados por la deshidratación del organismo como consecuencia de la eliminación considerable de bases fijas, producida por la tendencia del organismo a neutralizar la gran cantidad de elementos ácidos a que tal régimen da lugar. Así ha nacido un nuevo tratamiento dietético ríe la epilepsia, del que ahora brevemente vamos a ocuparnos.

*Régimen hipohidrato.* — Consiste en restringir la cantidad a ingerir de bebidas, hasta darle no más que 300 a 400 cm<sup>3</sup> de líquidos al día; en la práctica de cada caso se tiene en cuenta la cantidad de orina emitida y se le dan unos pocos centímetros cúbicos más *de* líquido, teniendo en cuenta que el peso debe quejar estacionario.

Los resultados de este método son buenos a juzgar por lo que nos dicen Quarrie y Fay, los cuales han conseguido hacer desaparecer las crisis o transformarlas en accidentes de pequeño mal de corta duración. Nosotros tenemos en la actualidad sometidos a este tratamiento a seis epilépticos, que no comentamos por el escaso tiempo que llevan en tratamiento.

Lo que no parece ya tan exacto es el **mecanismo** de acción que le atribuyen los dos autores mencionados: para éstos, la deshidratación del organismo tiene por efecto hacer descender mucho la presión del líquido cefalorraquídeo. En efecto, nada hay tan variable como el estado de

la presión del líquido cefalorraquídeo durante el ataque y *en* sus intervalos; la literatura es ya enorme en este sentido y los resultados no pueden ser más dispares. En repetidas punciones lumbares hechas en epilépticos, hemos encontrado valores que entran dentro de la normalidad casi siempre, y en raros casos, moderada o gran hipertensión (manómetro de Claude). Lo que sí es más cierto es que ni las punciones lumbares repetidas tienen un influjo evidente sobre la frecuencia e intensidad de todos los ataques, ni se logra producirles aumentando la presión del líquido cefalorraquídeo. A consecuencia de las investigaciones de Wladyczko sobre el metabolismo hidrocarbonado en la epilepsia, surgió el *régimen azucarado* como tratamiento de la misma. La producción de ataques convulsivos por dosis altas de insulina y el hallazgo reiterado de hipoglucemia en sujetos epilépticos le llevaron a proponer un régimen de unos 200 g. de azúcar sobre el habitual, con resultados que este autor juzgó favorables.

También con Andreu Urra estudiamos este asunto en 87 epilépticos, investigando a la vez la curva de glucemia, de mayor valor para juzgar el estado del metabolismo hidrocarbonado que la glucemia en ayunas solamente. En el 64 por 100 de los casos los resultados fueron normales, curva alta en 23,8 por 100 y baja en 12 por 100. Nuestra experiencia sobre es-

te régimen azucarado .se resume así: 12 casos tratados, de los que 6 poseen curvas bajas, 3 normales y 3 altas; el período de tratamiento dura tres meses. Disminución en 50 por 100 del número de los ataques en uno de los primeros y dos d2 los segundos; se modifican en mucha menor proporción en cuatro más, dos de los primeros y dos de los últimos, y queda sin efecto en los cinco casos restantes; ninguno se agrava.

---

### La Peritonitis biliar con integridad aparente de las vías biliares

Tiberio en el Policlínico comunica esta observación: una mujer de 33 años después de haber sufrido por 2 meses de dolores vagos en el epigastrio con punto intermitente sobre la vesícula es repentinamente atacada de accidentes graves de peritonitis.

Se opera, 27 horas después. La abertura del peritoneo da salida a un abundante líquido verdoso; el apéndice es normal. El colédoco lo mismo. La vesícula tendida, muy congestionada y humedecida continuamente de líquido bilioso. No se encuentra solución de continuidad. Se aspira el líquido con una aguja fina; no hay cálculos. La operación se termina por drenaje en la parte inferior de la herida. Un colgajo epiploico se coloca bajo la vesícula y se termina la protección por medio de compresas.

El postoperatorio *es* normal. La curación se hace en dos meses y dos meses después se ve la enferma en muy buen estado de salud.

---

## Amigdalectomía por Sluder

Dr. Alfonso Versara.

---

En el año de 1924 vi hacer por primera vez la amigdalectomía por Sluder, al Sr. Dr. Juan C. Sánchez en su sanatorio particular y la he seguido practicando hasta la fecha de un modo sistemático, teniendo actualmente una estadística muy grande y totalmente favorable. Más tarde el Sr. Dr. Fernando Meléndez, adoptó la técnica más o menos modificada, teniendo también a estas fechas, una magnífica estadística. Yo, en tiempo más reciente la llevé a la práctica y la he seguido empleando por las razones que más adelante indicaré.

La amigdalectomía es una operación que es indispensable verificar estando el enfermo anestesiado, ya sea localmente, que es la anestesia que más se emplea en personas adultas o general, que siempre se debe aplicar a los niños.

Por ser esta última la más frecuente, voy a describir la técnica empleando la anestesia general.

Con el objeto de hacerlo lo más ordenado posible, consideraré desde el personal necesario, su situación con relación al enfermo, la posición de éste, el instrumental y la técnica quirúrgica propiamente dicha.

Es necesario en este caso, que el cirujano sea auxiliado por un anestesista, de preferencia adiestrado en esta clase de intervenciones, y tanto éste como el pro-

pío cirujano deberán estar cubiertos con material estéril como si ambos fueran a operar.

El anestesista se colocará sentado ocupando la cabecera y se encargará, además de administrar el anestésico, de fijar la cabeza del enfermo en la posición que más convenga al cirujano en el momento de intervenir.

El operador estará situado a un lado de la mesa de operaciones, provisto de un explorador frontal para iluminar el campo operatorio.

El enfermo se coloca sistemáticamente en decúbito dorsal, sin almohada y sin que cuelgue la cabeza fuera de la mesa, siguiendo la técnica del Dr. Sánchez y semejanza de los americanos, prescindiendo de la posición sentada de los especialistas franceses y de la clásica posición de Ross que se emplea tanto en esta clase de intervenciones, con el objeto de que la sangre que mane escurra por los orificios naturales, boca y nariz y no caiga en la laringe, dando lugar a accidentes inmediatos como la asfixia o tardíos entre los que se señalan las neumonías y bronco neumonías. Estos peligros quedan eliminados en nuestra técnica o por lo menos muy reducidos, empleando oportunamente un aspirador, el que en operaciones de la garganta considero tan

útil como el mismo alumbrador frontal.

El enfermo en esa posición estará cubierto con compresas estériles o mejor con una sábana como lo que emplea en estos casos el Dr. Sánchez, que tiene una abertura triangular como de 10 un. de alto semejante a una toca de monja, con la que se limita el campo operatorio.

Como instrumental se tendrá el amigdalótomo de Sluder, que está formado de un vástago como de 12 cm. de extensión, sujeto en uno de sus extremos a un mango en escuadra, a la manera de pistola y en el otro tiene un ojal en el que desliza, gracias a una mecánica especial, una lámina fuerte de borde delgado pero no cortante; además un abreboza de tipo Henning o mejor el de Seeman, que está provisto de "un resorte en uno de sus extremos y gracias a él las dos ramas del abreboza están siempre perfectamente adaptadas a los dientes y no se muerde el enfermo los labios aunque mueva el maxilar, ni tampoco podrá desalojarlo fácilmente; también deberá tenerse lo siguiente: un abatidor de lengua, una pinza-tira lengua, un gancho para separar los pilares, una hoz de Rault, unas pinzas largas y fuertes como las de Segond, provistas de torundas.

**TÉCNICA.**—Una vez dispuesto todo más o menos como acabo de indicar, empieza a desarrollarse la técnica.

Para mayor claridad voy a dividirla en tres tiempos principales:

*Primer tiempo.*—Tan pronto el anestesista anuncia que el enfermo está dormido, se procede a colocar el abreboza y en seguida se empieza a despegar el pilar anterior de las amígdalas, haciendo uso de la hoz de Rault. la que se lleva de arriba abajo y se tira de ella hacia adelante; esto se hará las veces que sea necesario hasta que el pilar anterior quede bien despegado, maniobra que se hará en ambos lados.

En una mayoría de casos se puede prescindir de este tiempo pero no he podido hacerlo como los autores franceses nos cuentan, que sistemáticamente se puede empezar la técnica por el segundo tiempo que a continuación voy a describir, es decir, sin despegar los pilares, pues la práctica nos ha enseñado que en ciertas ocasiones es indispensable despegar, principalmente cuando se trata de amígdalas encasquilladas, envueltas por el pliegue de Hiss que puede estar muy desarrollado.

Es por esta eventualidad por lo que considero esta maniobra como primer tiempo de la técnica., a sabiendas de que muchas son las veces 'en que se puede empezar por el segundo tiempo.

*Segundo tiempo.*—Está constituido por la toma de la amígdala que puede iniciarse por cualquiera de los dos lados: Tomando el cirujano el amigdalótomo con la mano derecha y el abatidor con la izquierda, empieza por abatir la lengua haciendo ligera presión y tracción al mismo tiem-

po, para poder de esta manera, despejar más ampliamente el campo, que en este caso son las fauces; en seguida, se coloca el arco del amigdalótomo entre la amígdala y el pilar posterior, apoyándolo enérgicamente sobre la rama ascendente del maxilar inferior dándole una inclinación de tal manera que el vastago deslice sobre la comisura de la boca del lado opuesto, al mismo tiempo con el dedo índice o con una pinza provista de una torunda y a través del pilar anterior, se tratará de hacer entrar la amígdala en el anillo del instrumento, lo que se consigue mediante un ligero masaje con relativa facilidad cuando el órgano está bien pediculado. Con una rápida inspección se dará una cuenta de que solo la amígdala está en el anillo, es decir que libra el pilar anterior y la úvula; se baja en seguida la lámina y se aprieta con fuerza.

*Tercer tiempo.*—En este momento, con una pinza provista de torunda o también con el dedo índice como elemento más inteligente, se fija el lecho amigdaliano. al mismo tiempo que se tira de la pinza de Sluder, que bien se le puede llamar así supuesto que en la técnica que describo obra más bien como pinza que como amigdalótomo. Con esta última maniobra se desprende la amígdala por arrancamiento.

En el segundo tiempo se nos puede presentar una variante, a saber: lo ideal sería que siempre pudiéramos hacer deslizar la lámina precisamente en el plano

de unión de la amígdala con su lecho, lo que se consigue muchas veces, principalmente cuando la amígdala está bien **pediculada**, pero en algunos casos únicamente se logra que la lámina caiga muy cerca de este plano, pero no obstante la amígdala se puede quitar entera en una sola toma; para esto se tira del **amigdalótomo** como ya indiqué, con una fuerza regular dándole un ligero movimiento de rotación hacia dentro con el objeto de facilitar la enucleación del polo superior que precisamente en estos casos no se puede introducir entero en el anillo y gracias a esta pequeña maniobra se va presentando, primero haciendo hernia a través del pilar anterior y después completamente luxado; *es* ahora cuando se apoya el dedo contra el lecho colocándolo exactamente entre éste y el polo superior enucleado y se tira de la amígdala para desprenderla.

Una vez que se ha quitado una amígdala, inmediatamente se pasa a hacer lo mismo con la otra sin cambiar o cambiando el amigdalótomo de mano.

Como complemento de la operación y si se desea que el enfermo pierda la menor cantidad posible de sangre, se coloca en seguida una pinza con torunda en cada lóculo, ejerciendo ligera presión durante algunos segundos, aspirando después la sangre que se hubiere derramado; en el caso contrario, se puede abandonar al enfermo con la

(Concluye en la pág. 65)

---

## Diagnóstico de la tuberculosis en la primera infancia

Por el Dr. Emilio Castañeda.

---

En los Centros de Higiene Infantil, en donde concurren niños enfermos en proporción todavía muy alta, se ha aprovechado este alto contingente de enfermos para estudiar y conocer el grado, proporción y modalidades de muchos de los males que padecen. De tiempo atrás se han hecho estudios y publicado artículos relativos a la heredo-sífilis, a trastornos endocrínicos, a la bronconeumonía, la colitis mucosa hemorrágica, las diarreas en sus distintas formas, al raquitismo, los hidróceles congénitos, la enfermedad celíaca, etc. etc.

La tuberculosis en la primera infancia es un problema sobre el cual tanto en los Centros de Higiene como fuera de ellos muy poco se ha estudiado o por lo menos poco se ha escrito o publicado en nuestro medio. ¿Qué conocemos de H) tuberculosis en nuestros niños de la primera infancia? ¿En qué proporción son infectados? ¿Qué formas clínicas predominan? ¿No hay alguna particularidad en la tuberculosis de nuestros niños? ¿Qué medidas profilácticas instituirnos? ¿Qué colaboración tienen los servicios de higiene infantil y fisiología? ¿Qué terapéutica instituímos y con qué resultado? ¿Qué porcentaje de mortalidad determina? Son estos unos cuantos de los

muchos problemas que: iniciados unos y otros y aun no abordados, "debemos y podemos resolver" si se estudia, conoce y comprende «el mal en cuestión, en todas sus fases.

El primer problema es saber reconocer el mal, identificarlo, diagnosticarlo, y este primer problema debe ser resuelto en todas las clases sociales. Es natural que la táctica diagnóstica sea distinta en los diferentes medios sociales y es por esto que en la presente nota me limitaré tan solo a indicar el programa de acción que inicié con este propósito, en el Centro de Higiene Infantil de Guadalupe Hidalgo y que he seguido en el "Juan María Rodríguez" y a hacer algunas, muy ligeras consideraciones, acerca de la importancia del diagnóstico y del valor de los diversos recursos con que podemos contar, y que, dadas nuestras posibilidades y elementos creo factible de poner en juego en los demás Centros de Higiene,

### ¿Por que debe diagnosticarse?

Porqué para conocer las diferentes fases del mal se necesita primero afirmar su existencia; porque se acepta casi universalmente que es un padecimiento que se contrae en los primeros años de la vida, tan es así que se



le ha considerado como una enfermedad de la infancia; porque es en esta edad donde mejor puede estudiarse su etiología y patogenia y donde más eficaces son las medidas profilácticas; porque en el niño de la primera infancia este mal debe presentarse con caracteres clínicos más puros ya que la superposición de males en esta edad es mucho menos frecuente que en el adulto; porque diagnosticadas las formas iniciales o floridas del mal, pueden prevenirse las formas avanzadas: porque diagnosticado el mal y conocido el foco de contagio puede evitarse la infección de los demás niños que viven en el mismo medio; porque conocido el mal y separado el enfermo del medio bacilífero o tuberculígeno, se evitarán para él, el papel tan agravante en este mal, de las reinfecciones sostenidas y porque se ha afirmado que la tuberculosis no es un problema en la morbilidad y mortalidad infantil en nuestro medio. Ojalá y así sea, sólo que siendo esto un juicio a priori, so-

lo el conocimiento y estudio del mal en todas sus modalidades y con todos los recursos **diagnósticos**, nos conducirán a una conclusión cierta a este respecto.

La conducta que he seguido con este fin ha sido diferente según que se trate de niños de primer ingreso o de aquellos que ya han sido atendidos y vigilados con anterioridad.

Niños de **primer ingreso**.—Comienzo por recomendar a la enfermera que hace los interrogatorios, dar una importancia **mayor** que la concedida de ordinario a los antecedentes tuberculosos de los padres y hacer extensiva esta investigación a toda persona que habite con el niño; tío?; **hermanos**, abuelos y criados, y no reducir la búsqueda a la localización pulmonar del mal sino ampliarla a la ósea, articular y ganglionar, formas las más factibles de descubrir por interrogatorio. Si los datos recogidos dan motivo a sospechar la existencia del mal en alguna o en algunas de las personas en contacto permanente o fre-

cuenta con el niño, ordeno a la Enfermera Visitadora una investigación más detenida y ya en el medio familiar y doméstico, conocer las condiciones del presunto enfermo; saber si ha sido atendido médicamente y si es así, qué diagnóstico se le ha hecho, qué terapéutica ha seguido; si se le ha practicado examen de esputo y con qué resultado o si concurre a algún Dispensario Antituberculoso. Si el resultado de esta visita refuerza o confirma la sospecha, procuro que ya sea solo o mejor acompañado por la Visitadora; concurra el paciente o sospechoso a un Dispensario Antituberculoso y en uno y otro caso, obtener si es posible por escrito, del Médico que lo estudie, el resultado de la exploración. El valer que doy a la comprobación de un foco de contagio es de primer orden. Siguiendo el estudio del niño conforme a los datos de las hojas clínicas que se llevan en los Centros, concedo importancia a los padecimientos anteriores y en especial al sarampión, coqueluche, difteria, bronquitis de repetición y a la gripa epidémica. Quiero hacer notar, que en las hojas que empleamos, no existe, claramente marcado este capítulo: ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. En cuanto a las consideraciones derivadas del **interrogatorio del estado actual y del examen físico, las expondré al tratar del caso de niños ya inscritos, estudiados, vigilados y tratados.**

Cualquiera que sea el resultado del total de estas investigaciones, sistemáticamente práctico la **cutireacción** en los niños de primer ingreso y anoto en la hoja clínica la fecha en que se practicó y el resultado de **la prueba subrayando** con lápiz rojo cuando el **resultado** es positivo.

Si con antecedentes **negativos**, la prueba es también negativa, abandono toda otra investigación en tanto que el niño no presente otro estado nuevo que lo haga sospechoso.

Si confirmada la existencia de *un* foco de contagio, el resultado de la cutireacción es negativa, además de recomendar y procurar la separación del niño del foco de contagio, cosa por otra parte casi imposible de realizar es el medio social *que* considero cuando es la madre infectada y el niño menor de un **año**; practico cutireacciones en serie, cada mes.

En niños con antecedentes positivos o negativos, pero con **cutireacción** positiva, o con **culireacción** negativa pero con confirmación plena de foco de contagio en su ambiente, mando practicar un examen radiológico del tórax. Este **examen** para que tenga valor, debe ser practicado según reglas precisas, con una técnica perfecta y una moderación constante en la interpretación. **Debe** comprender el examen radioscópico y el **cuché radiográfico**: de aquí deriva **una** nueva necesidad de cooperación entre los servicios

de higiene infantil y de fisiología.

La investigación del bacilo es otra de las investigaciones que puede practicarse y debe comprender: primero el examen directo, segundo la homogeneización y tercero la inoculación al cuyo. En lo relativo a este último punto, hay que recordar que la inoculación puede determinar una forma especial de tuberculosis, atendida, sin nódulo de inoculación, solamente ganglionar. En el diagnóstico de primo-infección, que es la que corresponde a los niños de la primera infancia, estas últimas investigaciones no son una necesidad.

Hay otros recursos diagnósticos, que no he empleado y en los que, como la reacción de fijación de! complemento de Besredka, la reacción de floculación de Vernes, la del antígeno metílico de Boquet y Negre, etc. por dar unos resultados equívocos, otras por no ser

específica?, otras por ser de técnica delicada o por su gran sensibilidad a influencias que no son siempre conocidas, constituyen obstáculos grandes a su empleo por lo menos en nuestro-medio y en el grupo social que considero.

Niños ya inscritos. - En cuanto a los que ya han sido inscritos y estudiados, son aplicables en general los mismos métodos de diagnósticos que en los de primera consulta, sólo que conociendo ya más o menos la evolución de sus condiciones físicas y patológicas, se tiene ya una orientación para saber en quienes hay justificación clínica de búsqueda física.

El diagnóstico clínico de la tuberculosis en la primera infancia es difícil y su dificultad deriva especialmente de que muy a menudo su sintomatología se reduce a un solo síntoma que, por otra parte, no le pertenece en propiedad; es por esto que solo señalaré

los datos orientadores del diagnóstico que más tarde, la cuti-reacción, la radiografía y los exámenes de laboratorio se encargarán de marcar su valor.

¿En quiénes debe sospecharse? Fuera de los casos sospechosos por los datos recogidos por el interrogatorio y que son en todo iguales a los señalados al tratar de los niños de primer ingreso, debe pensarse en la posibilidad de tuberculosis en los casos de hipotrofia fin etiología clara y rebelde al tratamiento, y en especial si este estado se presenta algo tardíamente, al fin del primer año o a principios del segundo; más sospechoso será el caso cuando a este estado de hipotrofia se añade la rubincundez cianótica de los labios, encías y uñas, el pelo sedoso, graso y brillante, cejas y pestañas largas y abundantes; lanudo abundante cubriendo la frente, región temporal, brazos y región lumbar, piel húmeda y sudores profusos.

Deben considerarse igualmente sospechosos los niños con ataques frecuentes y duraderos de bronquitis y en especial cuando se advierta una progresiva intensidad y una manifiesta gravitación en cada ataque, cuando estas bronquitis se localicen sistemáticamente a un pulmón o a un lobo pulmonar y cuando la *tos* tenga carácter metálico, denotante o cuqueluchoide; en todo estado febril de repetición sin causa aparente; en los casos de supurado-

nes crónicas del oído medio con perforaciones múltiples del tímpano, granulaciones en la mucosa y fístulas óseas del conducto; en las evoluciones atípicas de los cuadros infecciosos pulmonares, especialmente las neumonías y bronconeumonías, en las complicaciones de la coqueluche, del sarampión, difteria y gripa; en los niños con vientre meteorizado crónicamente y con sangre en las evacuaciones; en los niños con meningitis, especialmente sub-aguda o con eritema nodoso; hay en fin, síntomas que, cuando se . presentan dan un valor grandísimo a la sospecha, casi la afirman, son: la tos bitonal, el cornaje ex-piratorio, la queratitis flictenular recidivante, la espina ventosa y las tuberculides pápulo necróticas Una vez despertada la sospecha por la existencia de alguno o algunos de los datos anteriores, la cuti-reacción nos ayudará de manera casi decisiva a resolver el problema.

La cuti-reacción es el recurso más seguro de diagnóstico de la tuberculosis en la primera infancia; su valor diagnóstico, que está en razón inversa *de* la edad del sujeto, es de importancia indiscutible en la primera infancia y en ella suple a la pobreza del cuadro clínico, permitiendo afirmar o negar la existencia de la infección. La cuti-reacción es el único recurso que nos permitirá re-conocer, cuando su práctica sea sistemática, los casos de tuberculosis florida, sin algún síntoma

clínico. Ahora bien, hay que tener en consideración que según las estadísticas de Debré y Joan-non, estos casos se presentan un 15.38% de los casos de tuberculosis en la primera edad. La cuti-reacción es el recurso diagnóstico más seguro, más económico, más sencillo, más inocente y más práctico de realizar.

Una cuti-reacción positiva revela la existencia de infección tuberculosa en el sujeto que la presenta, en un niño menor de un año no hay tuberculosis en reposo y por tanto positiva, significa tuberculosis evolutiva; de uno a dos años, pueden observarse formas no evolutivas, pero son muy raras y la cuti-reacción sigue teniendo un valor considerable; después de dos años, la tuberculosis en reposo es tanto mayor cuanto la edad del niño es más grande y su valor diagnóstico, mediocre después de dos años, es nula en el adulto, por lo menos en lo relativo a la evolución del mal.

La cuti-reacción positiva es común a la tuberculosis y a la va-

**cu nación** por el B. C. G. y esta circunstancia, que en otras partes motivo de dudas, deja de serlo en nuestro medio, en que, por circunstancias varias, pero muy **deplorables** todas, no se ha practicado, por lo menos que yo sepa este interesante medio profiláctico en caso alguno.

Si la **cutirreacción** es negativa, podrá afirmarse la no existencia de la tuberculosis, siempre que, practicada con técnica correcta, el niño que la presente no esté bajo la influencia de alguna causa de energía. En la primera infancia el más importante factor de energía es el del período **anti-alérgico** del mal que puede durar hasta cuatro meses; en estado preagónico la cuti-reacción puede **mostrarse** negativa aún existiendo la infección al igual que en el período agudo de algunas enfermedades como la gripa, la coqueluche, la neumonía y especialmente el sarampión. En los casos de tratamiento sostenido e intenso por la tuberculina, la cuti-reacción

puede ser negativa aún en presencia del mal.

En niños sospechosos con cuti-reacción negativa, debe practicarse una nueva prueba y eliminar los factores de anergia antes de afirmar la no existencia del **mal**. En los niños sospechosos y **con** cuti-reacción positiva deben continuarse las investigaciones radiológicas y de laboratorio como en los casos de primer ingreso.

En todo caso comprobado o sospechoso deberá buscarse el foco de contagio, que servirá, en el primer caso a la profilaxis y en el segundo al diagnóstico.

El examen físico del niño en lo que respecta al aparato respiratorio no da dato alguno de verdadera importancia. La percusión y la auscultación no son fáciles de practicar y dan a menudo resultados equívocos como consecuencia de la conformación especial del tórax del niño, de su poco espesor, y de la dificultad de lograr una respiración amplia y **regular**. Los ganglios traqueo-bronquitis son en la mayoría de los casos, demasiado pequeños, profundos y blandos para dar algún trastorno funcional o signo acústico que se pueda, de manera indudable, interpretar por la percusión o auscultación. En la primera infancia se impone una gran reserva en la interpretación de las anormalidades encontradas especialmente por la auscultación.

El diagnóstico de la tuberculosis en la primera infancia debe ser el resultado de la conjunción

proporcionada de los datos de la **cuti-reacción**, de la investigación del foco de contagio de la radiología, de la exploración física y del laboratorio. No se deberá sacrificar jamás el interés primario del enfermo a la suficiencia más o menos vanidosa del oído como tampoco anular el juicio crítico ante el **gereoglífico** de una película.

Ya diagnosticada la tuberculosis en el niño, cabe y debe resolverse qué forma clínica reviste. Todos los medios que he señalado así como la evolución del padecimiento nos suministran datos más o menos valiosos, pero todos útiles, para establecer su forma clínica y por ende, una fase del pronóstico.

Para la clasificación de estas formas clínicas he adoptado la del Doctor Genoso **Lchiavone** por **parecerme** más cerca de la clínica que de la patología.

Ya sobre esta base, la afirmación del diagnóstico, podremos ir resolviendo, con mayores o menores dificultades, la multitud de problemas que sobre este mal y en esta edad, en nuestro medio, ignoramos.

No dudo que en este programa de acción haya omisiones y defectos, no importa, ya serán llenadas unas y corregidos los otros, lo que interesa es tener un camino de acción y sobre él trabajar, estudiar y aprender,

#### CONCLUSIONES

I\*<sup>1</sup>—Desconocemos muchos problemas de la tuberculosis en

los niños de la primera infancia.

II.—En los Centros de Higiene podemos y debemos estudiar la tuberculosis infantil.

III.—Necesitamos una colaboración más estrecha y efectiva entre los servicios de Higiene Infantil y de "Fisiología. IV.—La cuti-reacción debe ser

practicada sistemáticamente en todo niño de primer ingreso y en todo sospechoso ya inscrito.

V. — En el diagnóstico de la tuberculosis infantil, el conocimiento de un foco de contagio, es de capital importancia.

---

### La vacunoterapia preoperatoria de los fibromas uterinos infectados

---

Los doctores Enrique Molin y Francisco Condamín, de Lyon (*Lyon Medical*, 15 marzo 1931) creen que la vacunoterapia preventiva ejerce una influencia evidente sobre las consecuencias operatorias, pareciendo éstas ser más sencillas, más benignas, con menos complicaciones en las enfermas que van a la intervención casi siempre en los límites de su resistencia física. Los autores citados han visto la cifra de la mortalidad, en estos fibromas infectados, de pronóstico grave, disminuir muchísimo. En tanto que la mortalidad es de 5 por 100 en los fibromas simples, sube hasta 18 por 100 para el conjunto de los fibromas infectados y a 33 por 100 de los fibromas esfacelados y supurados (cifra que llega hasta 61 por 100 en algunas estadísticas), Muy estrictos en las indicaciones operatorias de los fibromas, Molin y Condamín encuen-

tran en su estadística una elevada proporción de fibromas complicados: 159 (con 27 defunciones) contra 246 fibromas simples (con 13 defunciones). En una serie de 37 fibromas que fueron sometidos a la vacunación preoperatoria, de los cuales 25 estaban complicados con infección y en los que la intervención parecía deber ser grave, con todas las complicaciones habituales posibles, los autores no han tenido más que una sola defunción, lo cual reduce la mortalidad para el conjunto a menos de 3 por 100 y para las formas complicadas (25) a 4 por 100. La morbilidad ha sido muy escasa (una flebitis, una parotiditis y una complicación pulmonar grave).

Es por ello, y datos estos resultados tan alentadores, que Molin y Condamín recomiendan cada vez más la vacunoterapia preven-

---

# HIGIENE PUBLICA

La faz científica del problema de la leche (\*)

Por el Dr. Mariano Etchegaray

---

. La confusión y desorientación que existe entre los encargados de enseñar y asesorar a los poderes públicos, sobre la forma de solucionar el problema de la leche higiénica, agravado con los proyectos auspiciados recientemente por la Administración Sanitaria y la aparición de libros plagados de errores técnicos y científicos, me han decidido a presentar a este Congreso, el presente trabajo, para dejar, de una vez por todas, establecidas las bases científicas de este importante problema de salubridad pública.

El complejo problema de abastecer a los pueblos y ciudades con leche higiénica presenta dos fases inseparables e irremplazables: *la científica y la económica*. Esta última, cuya finalidad debe ser arbitrar los medios para que los vaqueros puedan ordeñar de vacas sanas, este alimento en perfectas condiciones de higiene, refrescándolo y filtrándolo inmediatamente, para ser conducido por buenos caminos a las Estaciones, donde trenes rápidos y adecuados lo transporten a los centros de población para su pasteurización, no es de incumbencia de este Congreso, por lo que no voy a tratarlo.

I\*) Presentado al Congreso Nacional de Medicina.

Sólo diré que mientras los vaqueros no sean dueños de los campos donde trabajan, para poder invertir en ellos el capital necesario para efectuar las siembras de forrajes e instalaciones requeridas, para poseer vacas sanas, bien alimentadas y poder ordenar a éstas en condiciones higiénicas, no dispondremos de leche apta para la alimentación del pueblo.

Todos estos problemas ya los, he tratado en detalle de un proyecto de ley sobre Fomentos de Tambos y abastecimiento de leche higiénica a la Capital (1), que la Sociedad de Nipiología de la Asociación Médica Argentina elevó al H. Congreso de la Nación en el año de 1928.

Pasemos pues, a lo que verdaderamente interesa a los médicos higienistas, que es la faz científica del problema de la leche.

Científicamente, la leche que ha de proveerle al pueblo para su alimentación, especialmente para los niños, debe de reunir dos condiciones indispensables, sin las cuales este producto deja de ser un alimento apto.

19 Ante todo, debe ser *sana*, es decir, que su ingestión por los niños y adultos, pueda realizarse siempre sin peligro para la salud.

(1) «La Nación, diciembre 9 de 1927.



2° Debe ser *pura*, es decir, que contenga cualitativa y cuantitativamente, todos los principios nutritivos característicos de este producto, con las solas variaciones biológicas para que sea un verdadero alimento.

Establecidas estas dos conclusiones, que nadie puede desconocer, no cabe duda, que la faz científica, constituye la primordial finalidad que deben perseguir las autoridades sanitarias y el cuerpo médico, desde el momento que nada puede haber más importante para ellos, que velar por la salud del pueblo, suprema ley, en toda nación civilizada.

¿Quiénes son los que deben establecer las garantías y la calidad de un alimento que el hombre utiliza en el comienzo y al final de la vida y al que tiene que re-

currir cada vez que sufre cualquier trastorno, que rompa el equilibrio funcional de su organismo?

A pesar de la contestación a esta pregunta cae por\* su propio peso, es indispensable decirlo, porque en estos problemas científicos de higiene pública, existen también muchos curanderos, que fácilmente hacen prosélitos.

El problema científico de la leche como alimento humano debe ser resuelto, sin duda alguna, por los hombres de ciencia y médicos especializados en el estudio de este precioso alimento, porque no es suficiente, desgraciadamente, ser médico y recetar leche, para saber lo que es la leche.

La especializado:) sobre este alimento, como todas las especializaciones, no se adquieren leyen-

do únicamente, toda la bibliografía al respecto; la erudición en las ciencias experimentales es un gran edificio, muy bonito, pero sin cimientos sólidos en cuanto se escarba la base, tambalea.

De ahí que, para sostener hasta el simple detalle de la reacción que tiene la leche, se tenga que recurrir a citar lo que dicen los autores nacionales y extranjeros.

En nuestras Facultades existen costosísimos y completos laboratorios para la experimentación; lo mismo ocurre en todas las reparticiones sanitarias. Es allí donde debe recurrirse para estudiar y enseñar ¡as condiciones científicas de la leche.

Lo mismo que las autopsias ratifican o rectifican el diagnóstico clínico, los laboratorios de experimentación comprueban o desaprueban las conclusiones de muchos autores.

Hay que tener en cuenta que, como ya lo he dicho, el problema de la leche tiene una faz económica y que su solución perjudicará cuantiosos intereses, modificará hábitos y costumbres y hasta provocará la protesta del pueblo, al tener que tomar una leche pura y sana, después de haber acostumbrado el paladar a saborear, durante toda su vida, una pésima leche,

No se me quiera tomar este último párrafo para sostener que la leche que se consume no ha de ser tan mala, desde el momento que mucha gente se muere

de vieja, después de haber estado tomando esa leche durante toda su vida. Recuérdese, que la leche se comienza' a suministrar por cucharaditas, aumentando después la dosis, lenta y progresivamente. En esas condiciones cualquier veneno se puede suministrar.

Es lógico, que todos aquellos que se perjudicarán con la solución de este problema, traten en toda forma de provocar la mayor confusión al respecto para impedir o demorar su solución, presentando proyectos absurdo-, publicando teorías contradictorias y sobre todo, apoyándose en los errores publicados por médico?, que a pesar de desempeñar cátedras y cargos públicos, carecen de la preparación científica necesaria sobre este alimento.

Muy ingrato y mortificante resulta el tener que poner en evidencia estos errores, pero ¿qué otro remedio queda a quien está bregando por la solución de un problema de salud pública?

La salud del pueblo y miles de madres, cuyos hijos mueren por suministrarles como alimento, un tóxico, lo exigen.

¿Quién podrá mañana decirle a un legislador que es una enormidad, el que sostenga que mejor que pasteurizar la leche es agregarle a cada litro 20 gotas de formol, o sea un gramo, si éste se apoya en lo que aconseja un Profesor Suplente de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de

Buenos Aires en su tesis de profesorado?

Para resolver el problema de la leche - aun los que publican errores lo sostienen es indispensable asesorar a las autoridades y sobre todo educar al pueblo. La única forma eficaz de asesorar y educar, es combatiendo, ¡sin cuartel, los errores y prejuicios y enseñando la verdad.

**Paso** pues a cumplir este deber.

Hace algunos años fracasó el proyecto de la Asistencia Pública, de construir usinas municipales, para pasteurizar toda la leche que llegara a la Capital, sin preocuparse para nada de su calidad higiénica anterior a la pasteurización. Se pretendió convertir a la pasteurización en una panacea, que transformaba en alimento apto, a una leche pésima y hasta nociva.

Ahora pretende la Asistencia Pública, dejar en segundo término a la pasteurización y proyecta el expendio de leche cruda, especial, certificada, etc., con el agravante que también auspicia y fomenta que ésta se consuma

cruda, es decir, sin cometeria previamente a la ebullición.

Este es un asunto grave, que no es posible silenciar, pues **constituye** un peligro para **la salud pública**, **sobre** todo para la de los niños.

No hay tambos en el país, **que** estén en condiciones de **expender** leche para ser ingerida cruda. Pero aceptamos que haya algunos. ¿Quién es capaz de garantizar que esa leche no contendrá gérmenes patógenos provenientes de la vaca, ordenador o de los que manipulan su envase?

¿Qué médico que sepa lo que esta leche **y** conozca sus **peligros**, puede aconsejar a una madre que suministre leche cruda a su hijo?

¿Cómo va a garantizar la Asistencia Pública la salud de las vacas, ordenadores y **embotelladores**?

Las ciencias veterinarias **están** mucho, muchísimo más atrasadas que las ciencias médicas y si a un médico le es material y **científicamente** imposible garantizar el estado de salud de una persona en **un** momento determinado, es

absurdo pensar que un veterinario pueda garantizar la salud de una vaca. ¿Cómo pretender que garantice la salud de todas las vacas de un tambo, antes de BU ordeño?

¿A los ordeñadores y embotelladores de la leche, la Asistencia Pública, les otorgará los certificados de salud cada seis meses y con las mismas exigencias, con que hoy entrega los certificados de salud a los obreros de substancias alimenticias?

Estos elementales argumentos bastan y sobran para dejar establecido, que el consumo de la leche cruda, por más nombre de certificada o controlada que lleve, no sólo no debe aconsejarse sino que debe prohibirse terminantemente su expendio. La salud pública lo exige y la Asistencia Pública está en obligación de difundir estos conocimientos, por todos los medios posibles de propaganda, para que toda la población sepa que ingerir leche cruda, sin someterla previamente a la ebullición, constituye un enorme peligro para la salud, sobre todo en los niños.

Está probado que la inmensa mayoría de las tuberculosis primitivas del intestino, peritoneo, etc. del niño, son ocasionadas por el bacilo de la tuberculosis bovina.

El Profesor Suplente de Higiene, en su tesis de profesorado publicada recientemente sobre «Abastecimiento de la leche para la ciudad de Buenos Aires,» también aconseja el expendio de leche

cruda certificada, agravando el problema con el expendio de leche cruda conveniente de los tambos urbanos.

Aconsejar la utilización de la leche producida en tambos urbanos, es desconocer muchas cuestiones sobre ese alimento. En un trabajo que presenté a la Sociedad de Nipiología (2) demostré, que la leche de los tambos urbanos es la peor de todas las leches, por lo que no me voy a ocupar de ella.

Por toda garantía para la leche cruda el Suplente de Higiene establece en el artículo 54, pág. 1(54, que los empleados de los tambos serán examinados por un médico cada tres meses, quien investigará «si son portadores de gérmenes de difteria, *escarlatina*, tifoidea, rinitis crónicas, otorreas, afecciones venéreas u otras que puedan *simularse* en estado de salud.

El autor debía haber explicado cómo va a proceder el médico para investigar en los tambos, si son portadores de gérmenes los ordeñadores, estando en estado aparente de salud. Además, examinar cada 3 meses y no examinar es exactamente igual en este caso.

Pronto tendremos otro proyecto para abastecer de leche a la Capital. La Junta Nacional de

(2) El problema de la leche en alimentación **infantil**. (Sesión del 8 de mayo de 1925).

Abastecimiento, creada por el Gobierno Provisional, para abocarse el estudio del problema de la leche, prescindiendo de la comisión organizada por la Asistencia Pública, ha nombrado una nueva comisión que aún no se ha expedido.

La constitución de esta comisión es curiosa; es ella figuran, 1 representante de los ferrocarriles, 2 de los tamberos ordeñadores a máquina, 2 de los tamberos ordeñadores a mano, 2 representantes de los distribuidores y 2 de los consumidores.

¿Cómo es posible resolver un problema de salud pública, con una comisión compuesta de diez y seis miembros, donde 9 no solamente no entienden sino que muchos tienen intereses creados?

Es lo mismo que si para resolver el problema sanitario de la construcción de las cloacas de Buenos Aires se hubiera nombrado entonces una comisión, donde figuraran, constituyendo mayoría, representantes de las empresas de carros atmosféricos, de los conductores de estos carros,

de los poceros que hacían las letrinas y representantes de los habitantes que utilizaban estas últimas.

Si pasamos en revista la colección de errores que se han publicado, de un tiempo, a esta parte, veremos que es enorme.

En el boletín N° 727 del Ministerio de Agricultura, se ha publicado que el bacilo de la tuberculosis, soporta sin morir, una exposición de 2 o 3 horas a 100 grados.

Los errores que sobre la leche y su pasteurización, se enseñaban a los alumnos, en la cátedra de Pediatría, los puse en evidencia, en forma clara, en publicaciones anteriores (3)

Imaginaos el peligro que este error representa para toda la población, niños y adultos, porque la inmensa mayoría compra una sola leche para toda la familia, si los tamberos y lecheros lo leyeron y resolvieran este verano

---

(3) Alimentación artificial del lactante y el problema de la leche. («La Semana Medica N° 42 y 44, 1928).

aplicarlo, aun sin autorización del D. E.

En su reciente tesis del profesorado un Profesor Suplente de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, aconseja como el mejor procedimiento para sanear un alimento, el agregarle un antiséptico, en dosis evidentemente tóxicas, cuando hace poco más de un mes la Academia Nacional de Medicina, evacuando una consulta de las autoridades de Mendoza, sobre si se podría permitir, bajo el punto de vista higiénico, el agregarle ácido bórico a la manteca, declaró terminantemente que debe prohibirse el agregarle antisépticos a los alimentos, por ser todos estos, siempre nocivos.

¿Se quiere mayor contradicción entre autoridades médicas de la misma Facultad. Esto es lo que trae la confusión y la desorientación en los cuerpos legislativos, dificultando e impidiendo la solución de un problema urgente de higiene pública.

Vuelvo a repetir que lamento tener que portar estas cosas en evidencia. Un deber de conciencia y de patriotismo me lo imponen.

La pasteurización de la leche a 63° durante 30 minutos es un procedimiento que llena todos los requisitos que puede exigir la ciencia y la higiene para convertir este producto en alimento sano y apto para la alimentación.

Para ser claro y evitar más

confusiones, dejo establecido que la única leche que se puede y debe pasteurizarse por este procedimiento, para convertirla en un alimento sano, es la leche obtenida desde su origen en perfectas condiciones de higiene.

La aplicación de la pasteurización, a la leche, tuvo por finalidad el resolver el problema económico de alargar el tiempo de conservación de este producto, destruyéndole la flora láctica, que es la que hace cortar la leche, por el ácido láctico que produce. Como al mismo tiempo esta pasteurización destruía los gérmenes patógenos que contenía la leche, se pretendió que este procedimiento resolvía también un problema higiénico.

Estudios posteriores, comprobaron en forma concluyente que esto no era exacto. Pasa a demostrarlo.

¿Qué se entiende científicamente por higienizar un producto alimenticio? Es ponerlo en condiciones de que su ingestión no pueda ser nociva a quien lo ingiera, conservándole todas las propiedades y cualidades propias de ese alimento, e impidiendo, al mismo tiempo, su pronto deterioro, para permitir y facilitar su consumo.

La leche, producto orgánico, es infaliblemente contaminada desde que sale de la ubre, por más cuidados que *pe* tenga, por dos clases principales de gérmenes antagónicos entre sí. Los *sacarolíticos* que para vivir descomponen la

lactosa, produciendo ácido láctico y los *proteolíticos* que descomponen las albúminas para su alimentación, produciendo toxinas, A éstos, hay que agregar los gérmenes patógenos provenientes de la vaca, ordeñador, etc.

Conociendo estos hechos, ¿qué requisitos tiene que exigir la ciencia para higienizar una leche y **convertirla** en un alimento sano?

1° Destruir la flora patógena que pueda contener.

2° Impedir el desarrollo de toxinas, por descomposición de las albúminas.

3° Conservar sus cualidades físicas, químicas y organolépticas.

¿La pasteurización a alta temperatura, es decir, por arriba de 70° llena estas finalidades? No; paso demostrarlo. Esta temperatura destruye casi

la totalidad de la flora microbiana de la leche, respetando siempre los esporos de la putrefacción. Por consecuencia esta leche no se corta, por ausencia total de fermentos *lácticos*, pero en *cam-bio entra rápidamente en putrefacción*, pues los esporos, encontrando el medio libre de bacterias lácticas, se desarrollan en inmejorables condiciones, modificando las albúminas y produciendo toxina?, que no son después destruidas por la ebullición.

Esta es la causa por la cual el Profesor Suplente de Higiene ha sentido olor a podrido en las usinas que pasteurizan a alta temperatura, - .

Científicamente una leche que sea un caldo de cultivos de putrefacción, no es apta para la alimentación, porque puede llegar

a ser tóxica, por las toxinas que contenga.

El aumento enorme de la morbilidad y mortalidad infantil, por trastornos gastrointestinales, que se observa en cuanto comienzan los primeros calores del verano, favorece la proliferación microbiana, no tiene otro origen y nadie podrá demostrar lo contrario.

Por esto ha sido prohibido este procedimiento en los Estados Unidos, que marcha a la cabeza del mundo, por la excelente calidad de la leche que consume su población y como consecuencia, con el mínimo de mortalidad infantil por afecciones gastrointestinales.

Es lógico que los industriales la defiendan, porque es un procedimiento económico y porque la leche así pasteurizada dura más tiempo con el aspecto de leche vendible.

El nuevo procedimiento de Stassanización, que consiste en calentar la leche a 75°, tiene los mismos inconvenientes que el procedimiento anterior, por lo cual tampoco sirve para la higienización de la leche.

¿La pasteurización de la leche a 63° durante 30 minutos llena las finalidades exigidas por la ciencia y la higiene?

I<sup>1-1</sup> Que esta pasteurización destruye la flora patógena de la leche, inclusive al más resistente de ella, el bacilo de la tuberculosis, hace muchos años que está demostrado y probado, y no se refuta este hecho, citando algunos

autores que sostienen lo contrario, cuando no se puede comprobar la técnica empleada en todos y cada uno de los tiempos que exigen estas comprobaciones.

La ciencia experimental, que está al alcance de cualquier técnico, no puede ser sostenida o combatida con opiniones de algunos autores, es elemental.

2? Está también probado, y una simple siembra lo comprueba que las bacterias lácticas, no son destruidas sino en parte por esta pasteurización. ¿Quién puede sostener hoy día que, donde hay bacilos lácticos en actividad se desarrollen los esporos de la putrefacción?

Esta leche conservando las bacterias lácticas, se corta por el ácido láctico que desarrollan éstas y no puede podrirse, ni contener por consecuencia toxinas.

El ácido láctico, que éstas desarrollan, va aumentando a medida que pasa el tiempo, pero como toda leche pasteurizada debe consumirse dentro de las 24 horas de esta operación, debiendo ser conservada en frigoríficos o heladeras a fin de retardar el desarrollo del ácido láctico, éste no alcanza a cortar la leche durante ese tiempo.

Pero supongamos que la leche sea ingerida cuando su acidez elevada la haría cortar si se hirviera. ¿Es esta leche nociva aun para niños? No, puesto que las leches acidófilas y ésta sería una natural, no sólo no son nocivas, sino que son sumamente benefi-



ciosas porque modifican la flora intestinal impidiendo, por consecuencia, las fermentaciones anormales y putrefacciones, tan nocivas al organismo.

3? La leche **así** pasteurizada conserva todos los caracteres de la leche cruda, al punto que, es científicamente imposible **establecer** su **diferencia**. Esto tampoco se discute hoy.

Queda demostrado que esta pasteurización llena todos los requisitos que exige la ciencia para convertir a la leche en un alimento sano, por consecuencia es absurdo el sostener que una reglamentación no la pueda **imponer como obligatoria**, *porque mañana* se puede *descubrir otro* procedimiento mejor.

Científicamente no se puede encontrar otro procedimiento mejor, desde el momento que éste llena todas las finalidades que exige la ciencia. Se podrá encontrar otro medio industrial de hacer el mismo procedimiento en forma más económica y en ese caso estaría dentro de lo reglamentado.

En defensa de la salud del pue-

blo y para que las autoridades sanitarias sepan a qué atenerse el día que se resuelva la faz económica de este problema de la leche, pido a los señores congresales presten su apoyo a los siguientes votos:

#### PRIMER VOTO

El Cuarta Congreso Nacional de Medicina, reunido en Buenos Aires en octubre de 1931 hace votos: porque las futuras autoridades nacionales y municipales se aboquen de inmediato el estudio del urgente problema sanitario de proveer al pueblo de la República de leche higiénica para su *alimentación y que, cuando se pueda disponer de leche pura e higiénica, desde su origen, se establezca con carácter obligatorio* en todo el país, la **pasteurización** de esta leche a 63° durante 30 minutos, seguida de su **envasamiento** inmediato, por conceptuar, sin tugará duda, que este procedimiento es el único que llena todos los requisitos científicos requeridos, para trasformarla en una leche sana y apta para la alimentación del pueblo.

SEGUNDO VOTO El Cuarto Congreso Nacional de Medicina, convencido, de que la solución de los problemas de higiene pública no son posibles si el cuerpo médico, asesor de las autoridades y educador del pueblo, no está capacitado científicamente para su realización, hace

votos: para que las Facultades de Ciencias Médicas de la República-intensifique el estudio y enseñanza sobre la leche, a fin de que, ' los futuros médicos, posean la preparación necesaria sobre esta indispensable e irremplazable alimento de niños, enfermos y ancianos, tan malo y peligroso en la actualidad.

*ir*

Clínica Pediátrica

## La neumonía en el niño

Lección Clínica del Dr. H. Grenet

La bronconeumonía y la neumonía franca, son las dos grandes enfermedades respiratorias del niño; la primera es siempre muy grave, la segunda casi siempre benigna; la neumonía es siempre producida por el neumoco, en la bronconeumonía se encuentra el neumococo, solo o asociado a otros gérmenes; la primera es desde un principio alveolar, mientras que la bronconeumonía parece ser primitivamente bronquial; la neumonía ataca desde el principio todo el lóbulo, mientras que la bronconeumonía es lobulillar o por lo menos se presenta en focos múltiples,

En la bronconeumonía se observan en uno o en los dos lados, lesiones diseminadas y de importancia desigual; son nódulos duros, algo prominentes, rojos unos, otros violáceos y finalmente algunos amarillos, en estado de supuración. Al corte mismo as-

pecto, pero cuando se comprime la superficie de sección sale pus por los pequeños bronquios. Histológicamente se encuentran, además de congestión, infiltración leucocitaria de los pequeños bronquios que están rodeados de una zona de alveolitis fibrinosa y supurada: es el nódulo peribronquial que corresponde según el concepto clásico a una infección lobular.

A veces las lesiones parecen localizadas a un sólo lóbulo, pero en realidad no son homogéneas; es la formaseudolobar.

En la neumonía el lóbulo está alterado completamente en el mismo grado: es rojo, duro, homogéneo, de aspecto y consistencia semejante. Al corte presenta una superficie roja regular que se ha comparado a un corte de hígado: hepatización. La presión no hace salir pus por los pequeños bronquios. Histológicamen-

te existe una alveolitis fibrinosa y los bronquíolos están poco lesionados.

La neumonía afecta sobre todo los niños de más ríe tres años; es frecuente a partir de los cuatro años; en el lactante de menos de un año es excepcional. Entre 170 casos dé neumonía franca, Comby no ha encontrado más que 6 casos en niños de 6 meses a un año. Morquino, sobre 591 casos, no relata más que 3.

Sin embargo, algunos autores no admiten esta rareza de la neumonía franca en el lactante; Weill y Mouriquand la considera tan frecuente como la bronconeumonía, como lo demuestra el examen radiográfico; parece demostrado, sin embargo, que una bronconeumonia seudoloboar produce a veces en la pantalla una imagen semejante al triángulo neumónico.

La neumonía del niño asienta casi siempre en el vértice derecho o en la base izquierda. Hay que hacer destacar la frecuencia de la neumonía del vértice y su

benignidad casi constante en el niño en oposición a lo que sucede en el adulto; las complicaciones grave?, por lo demás bastante raras, no se observan más que en la neumonía de la base.

En el adulto, los signos clásicos de invasión de la neumonía son: comienzo brusco, escalofrío intenso, dolor de costado, disnea, fiebre que alcanza a 4(K>. En el niño el comienzo es igualmente brusco, pero no es raro que existan pródromos: algunos días de malestar o una bronquitis ligera.

El escalofrío no es siempre tan típico como en el adulto; en el niño pequeño, sobre todo, puede faltar por completo, siendo substituido por vómitos: vómito único, alimenticio o vómitos repetidos durante uno o dos días y que se hacen biliosos. Un modo muy frecuente de comienzo de la neumonía está representado por un brusco ascenso de la temperatura acompañado de vómitos en un sujeto en plena salud o resfriado.

La disnea, sí bien bastante frecuente, no es muy intensa; contrariamente a lo que se dice, la I

gran dificultad respiratoria con que a veces con fórmula movimientos de las alas de la nariz y linfocitaria.

cianosis no es frecuente; esto se El pulso es rápido y lleno; la observa sobre todo en las lengua algo saburral; los trastor-bronconeumonías o en las neu-mos digestivos no son raros, **exis-nías** intensas que afectan la to- **tiendo estreñimiento o diarrea;** a talidad del pulmón o en las neu-; veces, duran te el período de inva-monías dobles. En general, el niño sión se presentan epistaxis; no respira sin dificultad, llegan, -do el hay esplenomegalia.

número de sus movimientos

-respiratorios a 50 o 60 por minuto.

La tos falta con frecuencia y y casi siempre los vómitos, los muchos niños neumónicos no to-. signos meníngeos en algunos casos sen durante toda la evolución de suson los síntomas que deben hacer enfermedad.

El dolor de costado, si bien frecuente, es inconstante y difícil de apreciar en los niños pequeños. Hay que buscarlo no solo por medio del interrogatorio sino también por la palpación. El asiento del dolor es variable: por regla general está situado en el mismo lado de la neumonía, pero a veces reside en el lado opuesto y con frecuencia en el abdomen. El dolor de costado abdominal, cuando ocupa la fosa ilíaca derecha, es un síntoma bastante frecuente y que debe conocerse para evitar errores de diagnóstico.

Hay otros signos raros en el adulto y que son frecuentes en el niño. Son las reacciones meníngeas: la enfermedad puede iniciarse con una crisis convulsiva o con rigidez de la nuca. Estos accidentes aparecen desde el comienzo y se atenúan al cabo de pocos días. La punción lumbar permite extraer líquido transparente, casi siempre normal, **aun-**

La fiebre brusca, el escalofrío

La fiebre brusca, el escalofrío y casi siempre los vómitos, los muchos niños neumónicos no to-. signos meníngeos en algunos casos sen durante toda la evolución de suson los síntomas que deben hacer enfermedad. pensar en la existencia de una neumonía; cuando existe el dolor de costado afirma aún más esta presunción.

Para confirmarlo hay que investigar los signos físicos.

El herpes, cuando existe, tiene gran valor; aparece alrededor de los labios o de las alas de la nariz; es inconstante.

La expectoración falta en los niños; se presenta solo después de los doce años y no siempre.

Cadet de Gassicourt distingue las neumonías según que presenten o no signos físicos. Cuando existen desde el comienzo—y esto se observa sobre todo en las neumonías de la base - son semejantes a los del adulto: submatitez, repercusión de la voz y de la tos; los rales crepitantes faltan a menudo.

El diagnóstico es más difícil cuando los signos físicos no son evidentes-, lo que ocurre a menudo y es la regla en las neumonías de) vértice.

A veces se encuentra **una** lige-

ra submatitez en la fosa supraespinosa o en la axila, pero lo importante es la percusión de las zonas infraclaviculares que permite oír un sonido de tonalidad más elevada debajo de la clavícula del lado enfermo y esto tanto en las neumonías del vértice como de la base: la existencia de skodismo infraclavicular indica la existencia de un foco en el pulmón correspondiente. La percusión será efectuada colocando al niño en buena posición y haciéndola ligera; Variot aconseja colocar debajo de la nuca una almohada.

A la auscultación se oye, a veces, un soplo en la axila y sobre todo en el vértice de la axila, pero que falta muchas veces; hay que tener en cuenta entonces la repercusión de la voz o de la tos.

Todos los signos mencionados son inconstantes en este período, de manera que se han buscado otros datos para llegar al diagnóstico.

Woillez ha indicado la falta de expansión de la región infraclavicular en el lado enfermo, la que según Lesné es debida a la con-

tractura de los músculos inspiradores, aconsejando buscar la con-tractura unilateral de los escalenos,

Renault insiste sobre la asinergia de los movimientos respiratorios, efectuándose la elevación del hueco infraclavicular antes en el lado enfermo que en el sano.

Simoni ha indicado como signo de comienzo el dolor a la presión por debajo del conducto auditivo, entre la apófisis mastoideas y la rama ascendente del maxilar.

Todos estos signos descriptos, pueden faltar hasta el quinto día de la enfermedad, de aquí que los errores sean frecuentes, especialmente con la fiebre tifoidea, la meningitis y la apendicitis.

La fiebre tifoidea comienza muchas veces de un modo brusco en el niño; no siempre hay esplenomegalia.

La meningitis será fácilmente eliminada gracias a la punción lumbar.

El dolor en la fosa ilíaca derecha, que es raro en la neumonía, puede conducir al diagnóstico de apendicitis; la contractura es me-

nos pronunciada y el dolor más difuso en la neumonía.

El examen radiológico puede prestar grandes servicios poniendo en evidencia la neumonía cuando nada la hacía sospechar; desgraciadamente es un procedimiento al que no siempre se puede recurrir.

Weill y sus colaboradores han precisado sus caracteres: en la neumonía del vértice se encuentra una sombra triangular homogénea y regular, de bordes bien marcados con vértice hiliar y base externa; el triángulo neumónico aparece casi siempre al cuarto día y no tarda en extenderse hasta la axila; entonces, casi siempre se perciben los signos de auscultación, según Weill y Thevenot.

Este triángulo neumónico tiene primeramente contornos bien marcados; los días siguientes, la sombra se extiende más o menos hacia el vértice y la base; después, durante la defervescencia o el principio de la convalecencia, la opacidad recupera sus caracteres *iniciales*, triángulo de *retorno que Weill y Dufour consideran* como patognomónico.

Weill considera que toda hepafización determina una imagen opaca; Grenet con otros autores opina que se puede hacer el diagnóstico de neumonía aun en ausencia de dicha imagen.

Los autores lioneses creen que cuando la imagen es típica es patognomónica. Lemaire y Les-

tocquoc han demostrado, sin embargo, que en algunos casos de bronconeumonía podía observarse la imagen triangular homogénea.

En algunos casos de neumonía tuberculosa curable o de condensación perituberculosa la imagen radiológica puede presentar el carácter triangular.

Si bien se pueden hacer algunas reservas al valor de la sombra descrita no se puede desconocer su gran importancia.

Durante la evolución de la neumonía la temperatura se mantiene en meseta, con pequeñas remisiones matutinas; persiste — dice Cadet de Gassicourt — cinco días como mínimo y doce días como máximo; término medio de cinco a nueve días.

La defervescencia se produce bruscamente, casi siempre durante la noche; la temperatura que llegaba a 40° y que hasta podía haber sufrido una ligera exacerbación en relación a los días anteriores, no llega a la mañana siguiente a 37° y el enfermo se encuentra bien; muchas veces se producen *falsas defervescencias*, la temperatura de 40° desciende a 37°, para luego volver a ascender durante la noche y desaparecer definitivamente al día siguiente.

Otras veces la defervescencia no es brusca sino que se produce en dos o tres días.

Una vez producida la apirexia total la curación es completa; el

pulso es más lento que normalmente y aparece la crisis urinaria. Los signos físicos persisten y a veces se presentan en este momento, auscultándose el soplo y los rales durante dos a diez días.

Esta es la evolución clásica de la neumonía. Hay formas abortivas que duran tres a cuatro días y formas prolongadas que duran hasta veinte días; son raras; se trata de neumonías dobles sucesivas, de neumonías migratorias, neumonías de forma intermitente o más bien remitente, neumonías con recaídas.

Las formas cerebrales (delirio intenso, agitación), meníngeas, tifoideas, guardan relación con la

mayor o menor intensidad de los signos generales o nerviosos.

La evolución de la neumonía franca en el niño es casi siempre simple y benigna; a veces, **sin embargo**, pueden **presentarse algunos incidentes**: accesos de laringitis **estridulosa** que marca la invasión de la **neumonía, angina** banal, síntomas meníngeos.

Entre las complicaciones que pueden observarse hay que citar la muerte brusca, que es excepcional; las otitis neumocócicas, bastante frecuentes; la parotiditis excepcional; las supuraciones cutáneas, las artritis, las **osteítis**, las parálisis transitorias, la peritonitis **neumocócica**, que es **rara**;

las hemorragias intestinales la meningitis supurada neumocócica, poco frecuente, que se presenta al final de la enfermedad o después de la defervescencia y se traduce por cefalea, rigidez acentuada de la nuca y del tronco, signo de Kernig, vómitos; la punción lumbar da salida a un líquido purulento rico en neumococos; la muerte es casi siempre rápida, a veces fulminante, aunque se han visto casos de curación.

La gran complicación de la neumonía, aquella en la cual hay que pensar siempre, es la pleuresía purulenta; es casi exclusiva de de las neumonías de la base. Unas veces se presenta durante el curso de la enfermedad, constituyendo la pleuresía paraneumónica; el estado general se a-grava. la disnea se acentúa, el enfermo tiene una tos seca que aparece al cambiar de posición y, sobre todo la submatitez es reemplazada por una matitez absoluta; la defervescencia no se produce o solo se esboza en el séptimo día.

Con mayor frecuencia quizás, la pleuresía es metaneumónica: la defervescencia ha sido completa, pero no ha habido crisis urinaria; después de algunos días la temperatura asciende nuevamente; otras veces la apirexia no es completa y se observa un nuevo brote febril.

Cuando se trata de una pleuresía de la gran cavidad, el diagnóstico es fácil, pero la pleuresía puede estar enquistada y la pleu-

resía interlobar no es excepcional en el niño.

A veces la pleuresía se acompaña de una pericarditis purulenta.

A pesar de esta eventualidad, el pronóstico de la neumonía franca es casi siempre favorable; la cifra de mortalidad es inferior al 5%.

---

La benignidad del pronóstico de la neumonía en relación al de la bronconeumonía, nos señala la importancia de su diagnóstico.

Debemos pensar sistemáticamente en ella en todo niño que presente una fiebre brusca, aun cuando falte la disnea, la tos y los signos físicos.

Su diagnóstico diferencial, como ya ha sido dicho, debe hacerse con la fiebre tifoidea, la meningitis y la apendicitis.

En algunos casos presenta grandes dificultades. Por ejemplo: una tuberculosis latente puede ser despertada o agriada por un proceso neumónico; la persistencia de los signos físicos después del octavo día, el enflaquecimiento, una ligera temperatura deberán hacer pensar en la tuberculosis. Las hepatizaciones de la base son la causa más frecuente de errores. Una bronconeumonía seudolobar no presenta signos físicos muy distintos de los de una neumonía franca; para diferenciarla hay que tener en cuenta que en la primera el estado general está más alterado, la disnea es más acentuada, la invasión es



menos bruta, realizándose en varios días; existe una bronquitis difusa en los demás territorios pulmonares y a veces hay focos más o menos móviles en otras regiones; hay que recordar, además, que la neumonía franca es rara en los niños menores de dos años.

Existen otras lesiones que pueden conducir a error: las esplenomonías gripales o tuberculosas, las corticopleuritis tuberculosas, cuyo comienzo puede ser brutal, pero en las cuales la defervescencia no se presenta al quinto o noveno día.

En lo que se refiere al tratamiento, poco se puede decir: es

una enfermedad que cura sola y que DO reclama un tratamiento enérgico. Hay que colocar a los niños en una habitación de temperatura moderada en la que el aire se renueve continuamente; se alimentarán suficientemente a los enfermos; se hará la desinfección de la nariz y de la garganta; se aplicarán envolturas templadas en el tórax y en caso necesario se harán inyecciones de aceite alcanforado. Los casos graves de neumonías dobles o intensas indican la emisión de sangre por medio de ventosas escarificadas,

( "ül;ni<iiiie et Labriratoire", ]y:il)

R. C. B.

## Tratamiento de la tuberculosis renal

(Tratamiento Médico)

Tratamiento general. —a) Higiénico. El enfermo deberá vivir al aire libre en un clima caliente y seco haciendo curas de aire y de sol. La colina o la montaña de altura mediana son preferibles al mar. Este último puede aconsejarse a los enfermos que no presenten fenómenos de cistitis. Deben evitarse los cambios bruscos de temperatura, lo mismo que las fatigas, las sacudidas repetidas, los viajes largos en coche o automóvil que pueden ser origen de congestión renal.

La hidroterapia y las fricciones secas o con alcohol sobre todo el cuerpo activan la nutrición y prestan grandes beneficios.

Cuando existan dolores lumbares o sensación de peso se aplicarán bolsas de agua caliente o ventosas secas.

b) Alimentación. Régimen nutritivo evitando los aumentos irritante para el riñón, como: salsas, mostaza, carnes conservadas, crustáceos, sesos, tomates, espárragos, quesos fermentados, licorres, vinos generosos, champagne, café, chocolate, etc.

El régimen lácteo está absolutamente contraindicado.

Medicamentos.—a) Reconstituyentes: arsénico, hierro, fósforo, calcio, aceite de hígado de bacalao, etc,

b) Medicamentos llamados específicos. Las tuberlicunas no se utilizan más.

Los que gozan de mayor prestigio actualmente son los sulfatos de tierras raras, las sales órgano-coloides de tierras raras, el antígeno metílico tuberculoso.

b) Medicamentos urinarios o antiséptico?, urinarios p. ó. Hay uno solo que es realmente útil: es el azul de metileno.

Se elimina por el filtro urinario ejerciendo una acción desinfectante y sedativa.

Se lo prescribe así:

Azul de metileno... 0.03 gramos  
Excipiente ..... 1 gramo

Tres píldoras al día durante 15 días, suspender 10 y recomenzar.

Los enfermos que padecen cistitis se sienten muy aliviados con este medicamento.

Una sustancia que debe eliminarse completamente de la terapéutica de la tuberculosis renal es la urotropina.

Terapéutica vesical. —Muchos medicamentos han sido aconsejados.

En primer término debe decirse que los preparados a base de sales de plata no deben utilizarse.

Como medicamentos útiles, tennos.

El aceite yodoformado al 5V en instilaciones vesicales de 10 c.c.

El aceite yodoformo guayaco\*

lado (aceite 10, guayacol 5), en inyecciones vesicales de 10 cc.

El aceite fenicado al 1-2% (10 c. c.)

Los grandes lavajes vesicales de ácido fénico al 5% en los casos graves y rebelde?, previa inyección de morfina,

Pero los medicamentos que el médico debe usar de preferencia son:

El aceite gomenolado al 10-20% que es un gran calmante y de acción casi constante; se instilan 10 a 20 c. c. por vez. repitiendo las instilaciones cada 2 días

El azul de metileno al 1% :  
Azul de metileno purísimo 1 gr.  
Suero artificial..... 100 gr.

La solución será filtrada y usada tibia en inyecciones de 10 15 c. c. cada 2 días.

En los casos de gran intolerancia vesical, se agregará a esa solución 2 gramos de novocaína.

Antes de instilarla lavar ja vejiga con una solución ligeramente antiséptica; ácido bórico, oxicianuro de Hg al 0.10%.

Las formas de tuberculosis renal en los que el tratamiento médico está justificado son: las formas iniciales (diagnóstico incierto pero probable), la T. R. bilateral, la T. R. unilateral con insuficiencia del riñón adelfo; T. R. unilateral inoperable por lesiones concomitantes de otros órganos; T. R. de! único riñón que queda.

Tratamiento quirúrgico. Las indicaciones quirúrgicas son:

1) T. R. unilateral con suficiencia del otro riñón, buenas condiciones generales: nefrectomía.

2) T. R. unilateral con suficiencia del otro riñón y tuberculosis pulmonar no grave: nefrectomía.

3) Pionefrosis T. unilateral con insuficiencia del riñón adelfo: nefrostomía.

4) T. R. unilateral con perinefritis por infección banal sobreagregada e insuficiencia del otro riñón: en un primer tiempo nefrostomia y luego nefrectomía

sub-capsular si el otro riñón mejora.

5) T. R. bilateral con un riñón destruido y el otro con T. inicial: nefrectomía.

6) T. R. bilateral o unilateral en la que está contraindicada la intervención sobre el riñón y cis-

titis intolerante: cistostomía definitiva.

7) En las formas de cistitis grave y rebelde en nefrectomizados y con riñón restante sano: ureterostomía con exclusión de la vejiga.

(M. Negro, ".Minerva Médica." 7 de abril de 1931.

## Vacunación Antidiftérica

### Ánatoxina de Ramón

Por el Dr. M. J. ECHEVERRÍA.

Escribimos este pequeño artículo más que todo a título de ilustración, ya que la difteria puede decirse que no existe entre nosotros en su forma epidémica sino por el contrario en su aspecto esporádico. En efecto, esta enfermedad puede aparecer sea bajo forma epidémica, sea bajo forma endemo-epidémica, como en algunos países europeos y americanos, sea en fin bajo forma esporádica. Forma esporádica, significa: casos aislados que no se observan sino muy rara vez.

Cuando una epidemia hace su aparición, no solo hay que tratar intensivamente a los enfermos, sino que también hay que proceder a la prevención contra la difteria de todas aquellas personas que de manera directa o indirecta tengan que estar en contacto con el paciente.

Para lograr este último fin nos valdremos de *algo* que procure una rápida inmunización. Este

"algo" no es otro más que el suero antidiftérico que todos conocemos por lo que concierne a su empleo, indicaciones y contra indicaciones.

Pero, cuando tengamos que actuar en un medio continuamente infectado—medio endemo-epidémico— recurriremos, aún cuando esto parezca paradójico, al método lento de inmunización, es decir., a la *vacunación antidiftérica*.

Para realizarla se utiliza la *Ánatoxina de Ramón*, repartía por el Instituto Pasteur de París, y ofrecida al cuerpo médico en cajas conteniendo, o bien tres ampollas de uno y medio centímetro cúbicos cada una, para vacunación individual, o bien una sola ampolla de diez centímetros cúbicos para vacunación colectiva.

La *Ánatoxina* no es más **que** el resultado de la siguiente operación: una toxina diftérica adicionada de formol es conservada

en la estufa a 37 grds. durante un mes. En estas condiciones pierde su poder tóxico conservando, sin embargo, su poder de flocculación en presencia de la Antitoxina, como cuando era activa. Es decir, que vuelta inofensiva, pero en posesión de sus propiedades de **antígeno**, se ha transformado en una sustancia nueva que no es sino la Anatoxina, cuya introducción en el organismo humano tiene por efecto conferir, al receptor, una inmunidad duradera, prolongada, contra la infección diftérica.

Y esta es la gran ventaja de la vacuna contra el suero. Este produce una inmunización rápida, es verdad, pero en cambio pasajera. Por el contrario, la vacuna, provoca una **inmunización** lenta, pero que se mantiene durante varios años.

Tiene otra ventaja el empleo de la Anatoxina: que no expone a los accidentes séricos ni a los fenómenos de anafilaxia. al-

gunas veces mortales, como puede ocurrir con el suero.

Una dosis previa de suero antidiftérico no contraindica de ninguna manera la vacunación por la anatoxina. Sin embargo, si llega el caso de servirse -de suero y de vacuna en la misma época, es aconsejable principiar por la vacuna y solo una o dos horas después practicar la inyección de suero. Esto último nos permite dejar constancia de que tampoco el empleo previo de la Anatoxina contraindica una dosis ulterior de suero.

La inmunidad conferida por el suero nunca se prolonga más allá de tres a cuatro semanas. La Anatoxina en cambio provoca una inmunidad de seis a ocho años de duración. Nos parece que la diferencia bien vale la pena de ser retenida.

El niño en general es poco receptivo a la infección diftérica antes de dos años -de edad. (En este período de la vida también

es menos fácilmente inmunizable.) A partir de este momento su receptividad aumenta hasta la época de la pubertad en que comienza a decrecer para atenuarse y casi desaparecer en la edad adulta. Esto nos indica claramente que el momento de elección para instituir el empleo de la Anatoxina es cuando el niño alcanza los dos años, según unos, los diez y ocho meses según otros. Es decir., que si un niño ha sido vacunado a los dos años, por ejemplo, este niño se hallará inmune contra la difteria hasta la edad de diez años, aproximadamente; si la vacunación se ha efectuado a los cuatro, será inmune hasta los ocho, etc., etc., de donde se deduce que el médico raramente tendrá necesidad de" vacunar dos veces a un mismo individuo contra la misma enfermedad, lo cual, con- vengamos, es ventajoso para ambos.

Y si una segunda vacunación se hiciese indispensable, el médico no tendrá ningún accidente que lamentar, i Que diferente se presenta el problema considerado desde el punto de vista sé- rico!

Veamos ahora como proceder al empleo de la Anatoxina de Ramón.

Ya digimos qua tres inyeccio- nes son necesarias. En el niño ya grande y en el adulto, dichas inyecciones serán practicadas en el tejido celular sub-cutáneo de uno cualquiera de los sitios ha- bituales (región glútea, reg. del-

tordea) En el niño muy pequeño es desaconsejable la región glútea por razones de limpieza y de vecindad que no es preciso recordar; la región deltoidea también es impropia pues en caso de reacción local el pequeño tendría tendencia a rascarse favoreciendo así una posible in- fección. Entonces ¿qué sitio elegir? Sin discusión la fosa sub-espinoza, 1° porque no se halla expuesta a peligros serios de contaminación como acontece con la región glútea y 2° porque es inaccesible a las manos y uñas de nuestro pequeño cliente.

Una vez llenados los indispen- sables requisitos de asepsia, des- infección de la piel, etc., se pro- cede de la siguiente manera:

- 1a. Inyección: medio centíme- tro cúbico (O.cc. 5);
- 2a. Inyección: un centímetro cúbico (1 ce.) tres sema- nas más tarde;
- 3a. Inyección: uno y medio centímetros cúbicos (1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ce), dos semanas después.

La experiencia ha demostrado que el 98% de los sujetos que han recibido estas tres dosis de vacuna, tal como acabamos de indicarlo, pueden ser considera- dos como poseedores de una só- lida inmunidad y, que un 2% so- lamente escapa al proceso de in- munización, lo cual ya representa un resultado harto satisfactorio.

Accidentes? Reacciones? Sí, pero insignificantes y de corta

duración. Ellos se traducen por fenómenos de orden local (rubundez en el sitio de la inyección, ligera edema) ó de orden general (temperatura a 38; ligera astenia etc.) pero que nunca duran más allá de 24 a 48 horas,— Dichas reacciones son tanto más raras cuanto más joven es la persona vacunada. En el niño menor de seis años puede decirse que no se observan sino de manera excepcional.

En fin, para terminar estas escasas anotaciones, insistamos una vez más sobre que la Anatoxina de Ramón inmuniza lentamente y que la inmunidad rápida, inmediata solo es posible obtenerla mediante el empleo del

siero. En consecuencia: en un ambiente continuamente infestado, no esperemos la aparición de un episodio epidémico para preconizar el uso de la Anatoxina. Retengamos que la epidemia una vez presente, solo podremos yugularla a base de suero, pero que en cambio el empleo sistemático de la Ana toxina nos evitará acaso para siempre, todos los disgustos y todas las penalidades que, como cortejo macabro, acompañan, desde su aparición, a este terrible flagelo de la humanidad que a menudo elige como víctimas a seres inocentes que apenas han despuntado al encanto de la vida.

*M. J. Echeverría h.*

---

Conferencia de Médicos del Instituto de Gastroenterología

### El tratamiento de la peritonitis tuberculosa por los rayos ultravioletas

Conferencia del Dr. J. C. Bidart Malbrán

---

Las peritonitis bacilares largo tiempo tratadas por la laparatomía con éxitos bastante buenos sobre los casos de forma ascítica, pero francamente malos en las formas fibrocáseas y úlcero-cáseas, ha entrado desde hace algunos años y sobre todo después de la exposición notable de colaboraciones presentadas al Congreso Internacional de Actinología de París, en la vía de la terapéutica actínica debido a los trabajos notables de Rollier, Bernhard, Brody, Ory, Amiard y Dausset, etc.

La influencia del clima con la helioterapia hechos con técnica? precisas, solos o asociados a los rayos ultravioletas (Brody), han dado resultados verdaderamente notables.

El descenso de la mortalidad de las formas ascíticas y fibrocáseas hasta 3 en 105 enfermos, según Brody o a 15% según Bernhard, porcentaje que acompaña a poca diferencia la opinión de Rollier en Suiza con helioterapia y clima de altura, llaman realmente la atención.

Al mismo tiempo nuestra desilusión de los medios quirúrgicos, en los que no hemos visto las mejorías esperadas después de laparatomías y pobre todo los enfermos muertos por fístula ileal después de operaciones con lesiones apendico-ileo-cecales, diagnosticadas como apendicitis y resultando de origen tuberculoso, nos llevaron al tratamiento de rayos ultravioleta?, única forma posible de aptinoterapia en nuestro clima.

Y decimos única forma posible, pues en nuestro clima, bajo y húmedo, la helioterapia en enfermos debilitados nos da a veces reacciones de todo punto de vista contraproducentes.

Pero, al mismo tiempo, habiendo podido constatar en todos estos enfermos la disminución de la tasa sanguínea da calcio y fosfatos así como de hemoglobina (tesis de escande, 1930). resolvimos hacer el tratamiento combinado de inyecciones de calcio endovenoso en dosis de 1 gr. simultáneamente con las aplicaciones de rayos ultravioletas.

Nos apoyamos en los experimentos alemanes, que demuestran que la célula pulmonar tuberculosa descalcificada es capaz de recalcificarse hasta 15 veces

más que la normal si se le provee del calcio necesario y su metabolismo se pone en condiciones de fijar la sal.

Por lo tanto, dándole al basiloso peritoneal calcio por vía endovenosa (cloruro de calcio) y exitando el metabolismo retardado de sus proteínas, demostrado ya en los tuberculosos, por medio de los rayos ultravioletas debíamos tener un porcentaje mayor de probabilidades para conseguir una mejoría o aún una curación.

En los dos casos cuyas historias relatamos, la calcemia había descendido hasta 0,07 ctgr. por mil en el suero sanguíneo.

No hemos considerado posible una recalcificación por vía gástrica porque el tuberculoso peritoneal no absorbe las sales de calcio por múltiples motivos.

1° Por ser hipertiroideo.

2° Porque los trastornos intestinales hacen muy difícil la asimilación de sales calcicas aun solubles y más aun en la dosis que requiere el tratamiento.

3° Porque calculando la dosis utiizable como el 1% de la sal ingerida para que la absorción sea útil, tenemos que dar una dosis tal que aumentaría los trastornos ya existentes.



Creemos, además, que la combinación de la hipercalcemia artificial con la excitación de la actinoterapia local y la biperhemia consecutiva al descenso de la presión arterial que produce ésta, deben ser de verdadero valor como tratamiento de las lesiones bacilares.

La casualidad nos puso frente a dos casos de verdadero interés para probar la acción del tratamiento ya ensayado con éxito frente a casos benignos.

Primer caso.-J. M, S. Consultorio externo. Argentino, 22 años, soltero.

Hace un año comienzan sus trastornos, con constipación, pérdida de peso, pesadez gástrica postprandial, pequeñas temperaturas y pérdida de fuerzas.

Poco a poco y progresivamente, estos síntomas se acentúan, hasta parecer verdaderos ataques de oclusión que sólo ceden a drásti-

cos que dejan luego extenuado a enfermo.

Ha perdido ya 12 kilos de peso; aparecen vómitos y ataques de diarreas.

Estado actúa!: Sujeto enflaquecido, vientre dilatado, timpánico en el centro, mate en los flancos. Al tacto se encuentran masas ganglionares palpables en ambas fosas, y tumores fibrocáseos típicos en todo el abdomen, encontrando dos de mayor tamaño; uno en la región umbilical y otro en la fosa iliaca derecha.

Pulmones y corazón normales.

Cutirreacción, positiva.  
Calce-mía, 0.06 ctgr.

Anemia de 3 millones de glóbulos rojos.

Epididimitis de tipo tuberculoso típico con tendencia a la fistulización y una sinovitis fría también bacilosa de las vainas del antebrazo.

Se inició inmediatamente las inyecciones de cloruro de calcio

en solución al 10% por la vía endovenosa, en la dosis de 10 cc.

Al mismo tiempo se comienza el tratamiento de rayos ultravioletas en el abdomen únicamente a 50 cms. del foco, en dosis débilmente eritemizante y progresiva, tres sesiones por semana hasta 25.

A las primeras aplicaciones, el efecto sobre el estado local abdominal y sobre el estado general, se hace sentir con real mejoría.

Sin embargo, los focos sinoviales y epididimario se reagudizan y rápidamente hacen su fístula.

Se sigue el tratamiento, mejorando notablemente el enfermo.

Desaparecen los vómitos, aumenta el apetito. Sube de peso 7 kilos en 3 meses.

Desaparecen por reabsorción los tumores perifoneales. Desaparecen los trastornos intestinales.

Se le manda a Mar del Plata para seguir con helioterapia.

Visto 18 meses después, mantiene el estado general y el peso, aunque sus digestiones no son completamente normales.

Al examen de su abdomen, se palpa en la fosa ilíaca derecha ganglios grandes y muy duros.

Se comienza nuevamente el tratamiento.

No se ha vuelto a hacer examen de la calcemia, pero consideramos que existe una notable mejoría.

Segundo caso. - C. N., 19 años, argentina, estudiante.

Antecedentes sin importancia.

Hace 4 días, dolor generalizado

a su vientre, vómitos, temperatura, constipación absoluta. A las 48 horas mejoría, pulso 70, temperatura 37°. A los dos días se reagudiza el proceso. 88.8°, pulso 96, dolores intensos en el punto de Mac Burney.

Como no mejora con el tratamiento, ingresa al servicio, donde se opera de urgencia.

Estado actual: Local. Fosa ilíaca derecha. Defensa muscular, empastamiento profundo. Palpación dolorosa, con dolor mayor a la descompresión. Hay desviación del ombligo. Temperatura 37.6 axilar.

A3 examen de sus pulmones se encuentran síntomas de infiltración de ambos vértices. No hay mida más en todo su examen. Pulso, 122.

Los síntomas peritoneales agudos y la evolución de su enfermedad en cinco días nos hacen sostener el diagnóstico de apendicitis aguda pasando por encima de la advertencia que representa sus fenómenos pulmonares.

Operación: Anestesia local.

Incisión de Mac Burney, divulsión muscular, se abre peritoneo encontrando líquido claro, no purulento.

Apéndice posterior infiltrado corto rodeado de membranas de tipo crónico y presentando adherencias laxas de aspecto inflamatorio agudo. Extirpado se encuentra un tubérculo ulcerado que al parecer ha dado los síntomas agudos.

El ciego y el íleon en su parte

terminal están infiltrados y llenos de tubérculos pequeños blancos, que acreditan su naturaleza bacilar.

El peritoneo parietal permite ver multitud de tubérculos que se extienden hasta donde la herida permite la palpación.

Se cierra la herida según técnica común.

Durante el postoperatorio se inicia un tratamiento de cloruro de calcio endovenoso 10 c.c. de solución al 10%.

Al mismo tiempo se comienza un tratamiento abdominal de rayos ultravioletas con dosis no eritemizante inicial y lentamente progresiva.

Sale de alta a los 30 días con su herida en buenas condiciones y en pleno tratamiento antibacilar.

Vuelta a ver a los 8 meses, en estado general floreciente ha sido tratada por el mismo sistema 2 veces en dicho período. Cada ciclo ha durado 3 meses con 25 aplicaciones.

En la actualidad se trata con sales de oro por su lesión pulmonar.

Otros casos tratados con éxito han sido enfermos muy jóvenes y con lesiones de menor importancia.

Para el tratamiento de nuestros casos, hemos tratado en la mayoría de seguir las indicaciones de Ory, es decir, las dosis débilmente eritemizantes en todos aquellos casos en que la reacción de congestión pasajera de los focos pueda beneficiar sin provocar accidentes agudos de oclusión.

En los casos en que la reacción aguda hiciera temer algún accidente, se ha seguido una técnica más cautelosa y la progresión ha sido más lenta a pesar que debemos creer que los efectos generales y bacteriolíticos fueran menores.

Casi todos los autores están sin embargo de acuerdo en llegar al débil eritema cada dos o tres sesiones.

La pigmentación la hemos considerado de buen pronóstico y hemos tratado de conseguirla al final de cada ciclo.

Una vez conseguida la pigmentación, debe suspenderse el tratamiento, tanto porque supone una **desensibilización** a los rayos, cuanto porque la absorción de los pigmentos cutáneos, según los autores citados, contribuye al tratamiento de las lesiones.

No podríamos opinar sobre la duración del tratamiento por cuanto no creemos que ninguno de nuestros enfermos esté curado, a pesar de 18 meses de tratamiento y creemos que aún debe seguirse en ciclos de S meses, hasta que

su estado ofrezca verdaderas garantías de completa curación.

Hemos asociado al tratamiento seguido en un caso los rayos X, pero sobre sus resultados no podríamos aún abrir juicio sin peligro de hacerlo prematuramente.

Pero en cambio debemos prevenir contra las dosis demasiado largas e intensas, **pues** desensibilizan rápidamente el organismo y mantienen por largo tiempo la hiposensibilidad a los rayos, con lo que el tratamiento se atrasa o se anula definitivamente.

El calcio combinado a los rayos ultravioletas nos parece de verdadera utilidad y lo recomendamos con calor.

---

## Hormoglando tónico masculino

---

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos, puede ser restablecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales. Un tal órgano es también el testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas (glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza general, el tono normal del nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel

en la función sexual. (Experimentos en perros' de Biedl.) Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea., cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stiller, es la función sexual debilitada y la impotencia.

Al capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis (especialmente del lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. Zondek y Aschheim demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomizados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia,

las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un preparado que contenga las materias que ayudan la función de los testículos.

EL HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con **resultado** excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas (por onanía, coitus **interruptus** o **desperdicio**n del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo. El efecto del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se presenta ya en poco tiempo: las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyaculación precoz (que es uno de los síntomas más frecuentes de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente de timo y cerebro aumenta el torio muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, el cansancio, la somnolencia cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito y se regulariza la digestión.

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad de **origen** endógeno y de enagenación mental maniaca-depresiva. Así empleó **Schiff**, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que a pesar de la recepción dis-

minuida de calorías no presentaron **adelgazamiento**, es decir en los cuales la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 6 a 10 semanas y consistió en la administración de inyecciones y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 <sup>1</sup>/<sub>t</sub> y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material neteroproteínicas (**Protaven** "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta **Bakody**, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enagenación mental, observó la aclaración de la cara sin expresión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las alucinaciones y la vuelta de la movilidad y del buen humor.

La administración se hace durante largo tiempo, porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio normal se puede restablecer solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas se administran según posibilidad diariamente una (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas es-1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y tabletas combinadas.

HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con 3 a 6 ampollas.

(

## Procedimiento de Narcosis por el Éter rectal

Eduardo Fermeaud publica en la Prensa Médica de París del sábado 21 de noviembre de 1931 con el título que precede un trabajo hecho en el servicio del Profesor Robineau en el Hospital Neeker.

En dicho servicio, salvo rara excepción, toda la neuro-cirujía, la cirujía del cuello y del tórax son practicadas por este procedi-

miento, a exclusión de la cirujía abdominal.

La preparación del enfermo tiene una importancia considerable. El intestino debe estar completamente vacío para la absorción del éter. Para ello la víspera de la operación se da un purgante, en la mañana y en la tarde hacerle un gran lavado intestinal a doble corriente, en fin el día de la intervención otro gran lavado.

Después, una hora antes de la operación, al mismo tiempo que una inyección de morfina, se introduce a dosis fraccionadas, lentamente, el lavado, que es una emulsión de éter en aceite de oliva: la dosis media para un adulto de 60 a 70 Kilos es de 130 grs., cifra que puede aumentar o disminuir según las condiciones hasta 200 gr. No es necesario aplicar toda la dosis, mejor es tantear lo justo. La narcosis producida debe ser superficial de modo que el enfermo tenga un poco de conciencia. Al terminar y antes de extraer la sonda conviene hacer un nuevo lavado para evacuar el éter que pudo haber *quedado*. El despertar es fácil rápido.

La anestesia obtenida es excelente, siempre bien soportada y no ha provocado hasta ahora en más de 500 casos el menor accidente.

Si encuentra en la estadística de Rabineau 8.99% de mortalidad, de ninguna manera puede achacársele a la anestesia sino a razones de otro orden.

Puede durar varias horas sin inconveniente sin provocar rectitis.

En la estadística se mencionan narcosis perfectas, buenas, incompletas y malas. Las últimas requieren un aumento de la dosis o la aplicación por otra vía de pequeñas cantidades de éter o cloroformo.

Cuáles son las ventajas del método

1°—La posibilidad de operar enfermos que presentan una afección pulmonar crónica o subaguda pues el éter llega a los pulmones conducido por la sangre a la temperatura del cuerpo y no frío como cuando se inhala.

2° —Posibilidad de operar enfermos caquéticos o muy chocados, pues el que produce es nulo o mínimo. La dosis de 130 gr. es suficiente para dos o tres horas de trabajo. Durante la operación algunos enfermos pueden perfectamente platicar y no guardan ningún mal recuerdo de ella.

3° Es una anestesia aceptada por los enfermos con el mayor beneplácito puesto que se ahorran los suplicios de la asfixia y náuseas consiguientes de la inhalación.

- En fin una última ventaja es la de suprimir el anestésico y la mascarilla tan molesta en intervenciones de la cabeza y el cuello.

Qué inconvenientes presenta? Solo uno. El de larga preparación del enfermo pero eso nada importa cuando se trata de intervención de dos o tres horas en que la vida del enfermo corre serios peligros. Seguramente no tiene ningún valor en las intervenciones cortas. Las contraindicaciones se resumen en un estado inflamatorio del intestino o del recto.

La anestesia rectal parece por consiguiente prestar grandes servicios actualmente en cirugía nerviosa y sobre todo torácica.

### Amigdalectomía por Sluder (Viene da la pág. 23)

seguridad de que sangrará muy poco.

Considero esta técnica como un buen procedimiento para quitar las amígdalas, por parecer-me que es menos peligroso, menos hemorrágico y más rápido. Es menos peligroso porque el arco mismo del anillo, protege a las órganos cercanas, pues .solo aprisiona la lámina lo que el dedo mismo coloca dentro del anillo y lo más que se puede poner es precisamente la amígdala; es menos sangrante, porque el arrancamiento del pedículo es por sí **solo** hemostático, pues los vasos empiezan a romperse por sus túnicas interna y media que son las menos **resistentes** las que se enrollan formando un cono que obstruye la luz del vaso y después se rompe la túnica ex-terna que resiste más, sufriendo un estiramiento que le hace tomar la forma de otro cono que queda invertido por su base al anterior. Por la .simplicidad misma de la técnica se desprende que se emplea poco tiempo en desarrollarla necesitándose en los casos fáciles, tan solo medio minuto, tiempo indispensable para montar y desprender las dos amígdalas.

Para terminar dirá, que considero esta técnica *como* buena, pero no la mejor para todos, pues cada quien tiene la suya " con la que obtiene el éxito deseado; pero par mi sí lo es y la tomo porque con ella he obtenido los mejores resultados.

### Tratamiento quirúrgico de la Colitis ulcerosa

V. Sshenieden y H. Weltzer de Francfort aconsejan como la mejor intervención el ano cecal o ileal para el drenaje y lavado del intestino grueso haciéndose el último por sección completa del intestino.

Las entero anastomosis no pueden ser consideradas sino en los casos de sigmoides y recto normales o sea en el 30% de los casos. Siempre se debe ser prudente para cerrar estos anos, nunca antes de seis meses, tiempo suficiente para curar.

La resección está indicada cuando no hay esperanza alguna de curas las úlceras sobre todo las confluentes. Sí bien la colectomía es una operación grave da resultados notables.

Existe una gran inflamación mucosa con formación de úlceras de variado tamaño. Las formas antiguas **presentan** pseudo-pólipos o una esclerosidad completa de la pared intestinal!

Las tres grandes complicaciones son: alternativas de diarrea y constipación, **hemorragias** y toxemia de resorción, excepcionales, la perforación, los flemones de la **pared** intestinal y la degeneración neoplástica.

Siendo fácilmente accesible a los antisépticos el colón, descendente las intervenciones quirúrgicas tiene su mayor indicación en las colitis ascendentes y transversas.

---

## La Flebitis Postoperatoria

---

Shrvartz Fishy Shil en el París Medical recuerdan la comunicación de Gregoire a la Sociedad de Cirujía y exponen su concepción sobre las flebitis postoperatorias rebultado de diez años de estudios.

Dos elementos dominan: Origen microbiano de la flebitis, papel capital de una alteración venosa preexistente. Otras causas invariables; Estasis sanguínea, hipercoagulabilidad, aumento de las plaquetas.

El origen del microbio no está en el foco operatorio. Después de las operaciones más asépticas es que se ven aparecer la flebitis a distancia del foco. Casi nunca después de salpingitis supuradas. El microbio viene del intestino. El paso a través de la pared intestinal es algo patente: luego del torrente circulatorio pasará al riñón y se fija en un sitio cualquiera del organismo.

La naturaleza del microbio es difícil de conocer. Por orden de frecuencia el bacterium coli, el enterococo. el estafilococo. Se conoce el poder de este último de precipitar el fibrinógeno.

Pero Dará fijarse en una pared venosa necesita un estado de menor resistencia, Apuntan en su apoyo que es en los varicosos donde se desarrollan generalmente y no en el miembro superior y el cuello; se apoyan también en el examen histológico de 53 pedículos uterinos. En los correspondientes a fibromas había endoflebitis en los 2/3. En los de salpingitis sólo en un sexto.

No es en la histerectomía por fibroma donde más se presentan los flebitis?

Sobre 53 operaciones hubo flebitis en 4 casos y en los 4 había venas atacadas anteriormente de endoflebitis.

La bacteriología y la terapéutica corroboran estos hechos.

Se han encontrado dípcocos puros o asociados al bacterium coli o estafilococo.

La aplicación de vacunas de flora intestinal ha impedido flebitis en fibromatosis operadas con varices.

La conclusión es sencilla: las flebitis pueden evitarse vacunando.

S. P. P.