

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Salvador Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Camilo Figueroa

Dr. Manuel Larios Córdova

Dr. Manuel Cáceres Vijil

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Tito López Pineda

ADMINISTRADOR:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año I Tegucigalpa, Honduras, C. A., Noviembre de 1930. Número 7

Página de la Dirección

La nueva Junta Directiva de la Asociación Médica Hondureña que tomó posesión de su cargo el 15 de noviembre, resolvió en ese mismo día entrar de lleno al desarrollo de sus planes, después de un primer año de organización.

Unánime es la opinión de discutir un proyecto de reformas al plan de estudios médicos que armonice con las necesidades modernas, para dar a la carrera un impulso más fuerte, haciendo la enseñanza más simplificada y más rigurosa los estudios. Habrá de crearse algunas asignaturas indispensables y exigencias perentorias en las prácticas de Hospital reglamentarse con severidad.

La Escuela de Medicina es algo muy digno y acreedor a la ofrenda de las capacidades y entusiasmos del gremio médico. AHÍ están los capullos de hombres que mañana repartirán las bondades de la ciencia; las mentes en cinta de luminosidades que darán lustre a la nación; los discípulos continuadores del maestro en las enseñanzas de optimismo, fé en nosotros mismos, amor entrañable a la Patria y a los seres

dolientes; odio y guerra a la farsa, al charlatanismo, a la ignorancia, a la pereza, a la calumnia.

Pongamos todos en ella los más vivos anhelos; las energías dormidas que despierten a su influjo; los que piensan que en Honduras no puede haber Escuela de Medicina, tendrán en no lejano día que convencerse de su error cuando tengan necesidad de alternar con nuestros jóvenes médicos.

La Asociación Médica Hondureña y la Facultad de Medicina llevan nota de quienes son los profesores que cumplen con el sagrado deber de enseñar; para ellos el estímulo, la recompensa de gratitud.

En el seno de la Asociación no faltará valor para denunciar las faltas de cumplimiento de los encargados de la enseñanza.

Las pruebas de este fin de año servirán para calificar la labor de cada uno. Se piensa introducir la reforma escolar, bajo el estatuto de adquisición de cátedras a base de un riguroso concurso de oposición. Ya no solo los alumnos serán obligados a probar su competencia. También los profesores darán el ejemplo llegando al honroso puesto de tales al triunfar en esos certámenes.

Lo mismo se intenta en cuanto a las clínicas del Hospital.

Si la Asociación Médica Hondureña logra su intento estará más que pagada de sus esfuerzos.

Ella está decidida a demostrar al pueblo en general y en particular a los que nos auguran un fracaso, que el gremio médico de Honduras es apto para sostener con firmeza y brillo la alta misión educativa y de socorro al prójimo en sus momentos de dolor y angustias de muerte, con el mismo ánimo fuerte y alma grande y noble y cerebro preparado que pudiera encontrarse en países de circunstancias análogas al nuestro.

En los campos bellísimos de la paz que disfrutamos, iluminados por ese inmenso Sol de la Libertad, los hondureños tenemos que uncirnos a la carreta del progreso por ley fatal. Y así será.

Tegucigalpa, Noviembre de 1930.

De los análisis del Journal de Chirurgie de Paris

Tratamiento al principio de las quemaduras graves extendidas, sin curación.—Patel y Ponthus (Lyón).

La aplicación de curación sobre **las quemaduras** extendidas ofrece graves inconvenientes: 1^o favorece la infección secundaria de la herida; 2^o bajo la curación espesa e impermeable, los líquidos que trasudan no se evaporan, pero favorecen la maceración y el desarrollo microbiano; 3^o contribuye a la reabsorción de las albúminas tóxicas agentes del choc; 4^o es muy **dolorosa**, se forman adherencias entre el aposito y la herida; cuando se quita aquel se producen dolores muy vivos y se asiste a un **verdadero** suplicio del quemado quitándole gran parte de sus tejidos en superficie; se presentan hemorragias en mantel y una destrucción de la cinta epidérmica en vía de formación; a cada curación los mismos hechos se repiten y la quemada dura meses, evolucionando con una lentitud desesperante, hasta terminar por la formación de cicatrices atormentadas.—Sólo el tul grasoso no adhiere, pero no impide los **accidentes** de infección de reabsorción.

El método de tratamiento de las quemaduras sin curación no ofrece ninguno de estos inconvenientes. He aquí como lo comprenden los

autores. Comporta dos bases: 1^o se deja la herida evolucionar espontáneamente sin curación ni tópico; 2^o mientras que la desecación de la herida es completa, se aplican en algunos sitios de la quemada, tópicos, pero siempre, sin aposito.

En la primera fase el limpiado de la herida se efectúa, como de ordinario, a la benzina, agua jabonosa; se practica el yodaje de las partes periféricas sanas; la flictenas son puncionadas en su base, pero esta limpieza se verifica sin anestesia, sin inyección de morfina; los heridos estando muy chocados y predispuestos a las complicaciones renales.

Después la quemada se deja al aire sin ninguna aplicación de gaza, sin pincelar con alguna substancia antiséptica o tópico alguno.—Para impedir la llegada del polvo o el contacto de ropa, se puede proteger, cuando la región se presta, por un cuadro de hilo de hierro tendido de paja o de tela.

Un hecho notable es la desaparición rápida **del** dolor que cesa desde las primeras horas, además cuando el herido no está muy chocado se lo puede hacer una inyec-

ción de morfina, para que pase mejor este periodo **inicial**.

La quemada evoluciona espontáneamente hacia la **disecación**, las capas superficiales de los **tejidos** se **coagulan**, las albuminas, precipitadas por la **coagulación**, forman en la superficie de la herida, en zonas de extensión variable, **algunas** veces¹ muy grandes, una envoltura sólida, dura, que aparece en 3 o 4 días y protege la región quemada contra la infección y los dolores. Las costras, de aspecto negrusco, hendidas en partes, adhieren **fuertemente** a los tejidos que reabren.

En la 2^o fase se asiste a la **caída** de este barniz protector, espontáneamente si la quemada no interiere sino la **epidermis**, favorecida por **aplicaciones calientes** o provocada **quirúrgicamente**. La desaparición de las costras descubre una superficie regularmente epitelializada sin retracción de tejidos. Tal es la evolución espontánea de las lesiones: el tratamiento no hace más que **dirigirlo**. Diversas modalidades pueden ser empleadas, todas **rechazan** el uso de aposito. En la primera fase se puede favorecer la disecación por el empleo de aire caliente o

la aplicación de ácido tánico. En la 2^o fase se puede acelerar la desaparición de las costras por aplicación de cataplasmas de féculas; si la desecación no es **uniforme** Hí existen zonas menos evolucionadas cruentas, entre las costras, se puede aplicar sobre i regiones muy limitadas, tópicos probados tales como el ácido picro o tulgraso; en fin, en los casos de costras muy adherentes a los tejidos subyacentes, los americanos preconizan, la exicición seguida inmediata de injerto, de modo a prevenir la retracción de los tejidos y evita las infecciones secundarias.

En las quemadas de la cara interviene un factor predominante: es el factor estético. Por **eso se** puede ver el tratamiento por LA ambrina que aquí recupera todos sus derechos. Una aplicación de este producto permite realizar la producción de una capa uniforme adherente, que desde su desaparición revela una epidermis subyacente completamente renovada: ninguna cicatriz se observa. La ambrina respeta también el principio del método, ningún aposito es aplicado, el dolor mínimo al menos en la regla.

J. DUMONT,

Las causas de muerte después de una operación

Por H. Neuhoj y A. H. Anses de Nvew York

Este trabajo está basado sobre 800 autopsias practicadas en individuos muertos después de una operación en tres diferentes hospitales, (os casos de muerte en las primeras 48 horas han sido eliminadas de este estudio para evitar de tener muertes por choc, hemorragia, etc.

Los casos estudiados pueden ser repartidos en 7 grupos según la causa ríe la muerte:

- 1° Afección original que ha motivarlo la operación 42 por 100
- 2° Supuración 25.5 por 100
- 3° Supuración combinada con alguna o I r; i afección tal como arterivesclerosis, diabetes, legión cardíaca o renal; 1.5 por 100
- 4° Supuración y neumonía... 4 por 100
- 5° Neumonía 8 por 100
- 6° Neumonía combinada con otra afección 3. 5 por 100
- 7° Afecciones diversas 15. 5 por 100

Si se considera el estado infectado o no de la lesión que ha necesitado la operación, la supuración aprenda se revela como causa de muerte en 39 por 100 de los casos no infectados; la neumonía es una causa de muerte más frecuente en casos no infectados (11 por 100;

que en los casos infectados 1.5 por 100).

Parece que la infección en la vecindad del foco operatorio no sea tomada a menudo en consideración *en* el post-operatorio y que la causa de la muerte sea atribuida a otras complicaciones.

La neumonía, en particular, es considerada, como una causa frecuente de muerte. Sobre 84 casos donde el diagnóstico se había hecho no se ha encontrado a la autopsia sino en 51 o sea 60 por 100; en los otros 33, la causa de muerte era diferente (5 veces) se trataba de peritonitis supurada difusa.

En resumen, la supuración es la causa principal de muertes operatorias. Pero esto no quiere decir que se pueda atribuir las a falta de técnica, la técnica moderna perfeccionada presenta grandes garantías. Es necesario, sobre todo, tener en cuenta el estado de resistencia del paciente; la prueba es que, en la simple laparotomía exploradora por lesión no infectada, la supuración ha sido reconocida como causa de la muerte en 21 por 100 de los casos autopsiados.

M. GUINBE1X0T.

Indicaciones y resultados de la frenicectomía en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar

Por Laurel, Charrier y Canssimon. de Burdeos

Los autores han reunido 33 observaciones personales de frenicectomía por tuberculosis pulmonar la más reciente datando 4 meses la más vieja de dos años.

La mortalidad operatoria ha sido de 10 casos, mortalidad elevada que debe ser puesta en la cuenta de indicaciones operatorias sentadas de modo incierto; *en* todos esos casos, el neumotorax era imposible por sínfisis pleural. En 2 casos, a pesar de la unilateralidad, las lesiones presentaban un carácter activo y evolutivo, intenso y rápido, en casos de este género, se tienen pocas probabilidades de ver la frenicectomía, cuya acción es forzosamente lenta, atenuar la actividad (le las lesiones. En 3 casos se trataba de tuberculosis bilateral a fuerte predominancia de un lado; la operación se ha mostrado francamente ineficaz. En (in en 5 casos, los enfermos presentaban de un lado, en el vértice, una caverna muy extendida: estas observaciones dan la convicción que sobre las cavernas del vértice, vastas, antiguas, rodeadas de una solida concha-fibrosa, la frenicectomía no tiene ninguna acción.

Los 23 casos que no han sido seguidos de muerte", pueden ser clasificados y claramente favorables, mediocres, inciertos.

Ha habido 2 resultados mediocres. En el uno se trataba de una tuberculosis extremada méate activa unilateral y sinfisada. En el otro a pesar de una ablación importante de nervio frénico y la inmovilidad del diafragma, el levantamiento de este músculo Ha sido casi nulo.

Otros 4 casos presentar: un pronóstico incierto, a pesar .le un levantamiento apreciable del diafragma", las lesiones ulcerosas extendidas del vértice, presentadas por estos enfermos son todavía ampliamente abiertas y activa».

La esclerosis retráctil nos establece sino con una lentitud extrema que no pone estos enfermos al abrigo de una bilateralización.

Quedan 17 casos en los cuales los resultados han sido favorables. En 3 casos la frenoectomia ha sido hecha como operación complementaria de un antiguo hidro-neumotórax reabsorbidos y secado.es el tipo de la frenicectomía en frío.

La consolidación obtenida en estas condiciones parece debe ser perfecta, y los autores piensan que todo antiguo hidro-neumotórax sinfisado e inactivo debe sistemáticamente ser completado de una frenicectomía.

Los otros casos favorables, en número de 14, se refieren todos a

tuberculosis pulmonares activas, pero poco evolutivas, netamente unilaterales, y por las cuales la Sinfisis peural contraindicaba el neumatorax; 4 casos se refieren a lesiones de la base, 10 al vértice. Sin embargo cuando se ven los resultados alejados, no se podría hacer diferencia clara entre los resultados obtenidos. Así mismo, no se ha hecho diferencia apreciable entre los resultados de las frenicectomías derechas y de las izquierdas.

En todos los rasos favorables, los resultados alejados han sido caracterizados por el síndrome siguiente: disminución y a veces desaparición de los signos funcionales, mejora parcial o total de los fenomenos generales, desarrollo del carácter torpido, escleroso de las lesiones. A la radioscopia, levantamiento progresivo, importante del diafragma, desaparición de los movimientos activos, disminución de la ampliación del hemotórax, constitución de una esclerosis retráctil progresiva con escoliosis atracción de la pared y del corazón.

Esto explica porqué la frenicectomía, que obra más luego mejor, en muchos casos de lesiones de la

base, obra sin embargo a distancia y algunas veces muy lejos sobre lesiones de la parte media de la región superior.

En resumen, la frenicectomía debe ser practicada en frío en los casos de tuberculosis pulmonar poco evolutiva. Necesita la misma unilateralidad de lesiones que el neumotórax. Lomas habitualmente, y salvo casos excepcionales, no podría reemplazarlo, pero puede completarlo felizmente. Como el neumotórax, la frenicectomía debe ser precoz, es, necesario no esperar, para realizarla, la formación de vastas cavernas del vértice sinfizado a la pared sobre las cuales la frenicectomía parece sin acción. La frenicectomía obra no solamente sobre las lesiones de la base, sino también sobre las del vértice, gracias a la constitución de una esclerosis pleuro pulmonar que es la consecuencia, no de la ascensión del diafragma, sino de su inmovilidad.

J DUMONT.

La trasplatación ovárica estudio, de 31 casos

Por Ch. Norris y Ch. Betmey de Filadelfia

Desde hace algunos años los autores practican la **trasplatación** ovárica después de sal pino-o varietomías bilaterales en que un ovario no se ha podido dejar en su lugar.

Su técnica es la **siguiente**. Desde que el ovario se quita se le pasa un hilo y se pone sea *en d* Douglas, sea entre las ansas intestinales. Al fin de la operación, **gracias** al hilo, el ovario se extrae del abdomen; decorticado con un bisturí con mucho filo, dividido en fragmentos de 6 a 8 **mms, de diámetro** y 3 a 4 de espesor. Se **disocian** entonces las fibras del **músculo gran recto**, evitando una **hemorragia** y **K injerta un** fragmento en la **casi-ta que** se cierra con un punto de catgut. Se repite la operación **tantas** veces cuantos fragmentos haya que injertar.

re de la pared completamente. Babini concluye que la colecistectomía ideal debe ser preferida toda vez que sea posible, porque elimina la posibilidad de transtornos postoperatorios y abrevia la convalecencia, lo que, además de su interés inmediato, aumenta la confianza de los médicos y del público en el acto operatorio. Sin embargo, para no presentar una audacia inútil o un grave peligro

Las **complicaciones son raras un** abceso sobre 31 casos. Si el **injerto tuviera necesidad** de ser extirpado es más fácil y menos peligroso que cuando el injerto es intraperitorial. Los **injertos pegan** bien.

Se oponen a la aparición brusca de la menopausa. Sobre **los 31 casos** operados, 25 suben a más de seis meses y hasta 3 años y medio, Se trataba en todos los casos de enfermas todavía jóvenes, entre 21 y 39 años. 0» todos los casos había extirpación bilateral de los anexos por inflamación pélvica extendida. En 6 casos oí útero fue conservado; en **todos** los casos la menstruación **persiste** regular desde 9 a 17 meses. Hay generalmente después de la operación un período de amenorea de **7 meses**, siguiéndola periodos menstruales regulares y normales, pero

para los pacientes la colecistectomía ideal debe ser sometida a ciertas reglas precisas: ausencia de toda infección grave al nivel de la vesícula, doble ligadura de la vesícula, doble ligadura de la arteria cística, hemostasis perfecta, peritonización completa.

Un cuadro resumiendo 20 casos ilustra lo expuesto.

A. GUIBAL.

La trasplatación ovarica estudio, de 31 casos

Por Ch. Norris y Ch. Betmey de Filadelfia

Desde hace algunos años los autores practican la trasplatación ovarica después de salpingo-ovariectomías bilaterales en que un ovario no se ha podido dejar en su lugar.

Su técnica es la siguiente. Desde que el ovario se quita se le pasa un hilo y se pone sea en el Douglas, sea entre las ansas intestinales. Al fin de la operación, gracias al hilo, el ovario se extrae del abdomen; decorticado con un bisturí con mucho filo, dividido en fragmentos de 6 a 8 cms. de diámetro y 3 a 4 de espesor. Se disocian entonces las fibras del músculo gran recto, evitando una hemorragia y se injerta un fragmento en la casita que se cierra con un punto de catgut. Se repite la operación tantas veces cuantos fragmentos haya que injertar.

Las complicaciones son raras un absceso sobre 31 casos. Si el injerto tuviera necesidad de ser extirpado es más fácil y menos peligroso que cuando el injerto es intra-peritoneal. Los injertos pegan bien. Se oponen a la aparición brusca de la menopausa. Sobre los 31 casos operados, 25 suben a más de seis meses y hasta 3 años y medio. Se trataba en todos los casos de enfermas todavía jóvenes, entre 21 y 39 años. En todos los casos había extirpación bilateral de los anexos por inflamación pélvica extendida. En 6 casos el útero fue conservado; en todos los casos la menstruación persiste regular desde 9 a 17 meses. Hay generalmente después de la operación un período de amenorea de 7 meses, siguiéndola períodos menstruales regulares y normales, pero

re de la pared completamente. Babini concluye que la colecistectomía ideal debe ser preferida toda vez que sea posible, porque elimina la posibilidad de trastornos postoperatorios y abrevia la convalecencia, lo que, además de su interés inmediato, aumenta la confianza de los médicos y del público en el acto operatorio. Sin embargo, para no presentar una audacia inútil o un grave peligro

para los pacientes la colecistectomía ideal debe ser sometida a ciertas reglas precisas: ausencia de toda infección grave-al nivel de la vesícula, doble ligadura del cístico, ligadura aislada de la arteria cística, hemostasis perfecta, peritonización completa.

Un cuadro resumiendo 20 casos ilustra lo expuesto.

A. GUIBAL.

Contribución al cierre completo del abdomen en la colecistectomía según la técnica del Prof. Ortali

Por G. Babini de Rábena

En la tendencia actual a la supresión, en los límites posibles, del drenaje, la cirugía de las vías biliares está retardada; y por tanto; no es al drenaje que cabe atribuir las obstrucciones y hernias postlaparotómicas, las fístulas biliares los síndromos dolorosos. Las objeciones al drenaje son: 1o. La dificultad técnica de la colecistectomía subserosa correcta; 2o. el peligro de la hemorragia secundaria viniendo del lecho hepático de la vesícula; 3o. la posibilidad de peritonitis por escurrimiento de bilis séptica.

En Francia y en Italia, donde se es fiel al drenaje Desmarest y Pototschnig, combaten por la supresión. Pototschnig sienta las condiciones siguientes: colecistectomía subserosa; ligadura exacta del cístico; hemostasis perfecta; peritonización completa del campo operatorio. Babini expone la técnica clásica de la colecistectomía ideal y le hace las objeciones siguientes: la preparación de los colgajos peritoneales es larga y difícil y expone al peligro de ruptura de la vesícula; no se está al abrigo de los peligros comunes de la colecistectomía. Expone la técnica siguiente, que es la del Profesor Ortali.

Incisión de Mayo Robson. Incisión del peritoneo vesicular al nivel de su reflexión sobre el hígado; la incisión lastima el fondo del órgano y va hasta la unión de su tercio superior con sus dos tercios inferiores. Un colgajo peritoneal derecho es desprendido y echado hacia abajo. La vesícula es entonces desprendida no de fondo hacia el cuello o inversamente, sino transversalmente, de derecha a izquierda hasta su borderecha a izquierda hasta su borde izquierdo lo que procura las ventajas siguientes: desprendimiento más rápido del colgajo peritoneal; menores riesgos de ruptura de la vesícula (recubierta todavía de una gran parte de su peritoneo, resiste mejor); acortamiento del tiempo operatorio, La ligadura del cístico es entonces fácil y segura, doble ligadura; ligade la arteria cística, la ven que resulta es que, la vesícula unida parcialmente al hígado, se evitan las angulaciones y peligros que pueden correr la arteria hepática y la vía biliar principal. El cístico es entonces seccionado y la vesícula tendida, se desprende por sección, al ras de su borde izquierdo, de su envolvimiento peritoneal. Peritonización por abajamiento del colgajo peritoneal sobre el hepático y sobre el cístico.

Análisis de los resultados operatorios en 1.066 casos de salpingitis

Por A. H. Aldridge de New York

Estos 1066 casos de salpingitis han sido operados en el Hospital de Mujeres de 1920 a 1927 por 29 diferentes cirujanos.

El diagnóstico fue controlado por el examen histológico de tejidos quitados en la operación.

Aldridge **distinguió** los casos crónicos en número de 878 y los casos agudos 188.

La histología revelaba aún una **inflamación** activa en gran número de casos que parecían clínicamente enfriados.

La mortalidad ha sido de ... 13.1 por 100 en los casos clínicos y microscópicamente agudos (99); 13.3 en los casos microscópicamente agudos y clínicamente fríos (89) y de 2.8 en los casos crónicos (878).

He aquí las conclusiones del autor. La laparotomía en el tratamiento de las salpingitis debe ser evitada absolutamente en tanto que hay infecciones activas.

Peligrosas infecciones pueden incubarse en la pelvis, que escapan al examen bimanual y no se acompañan de leucocitosis ni de fiebre.

Las operaciones abdominales

por salpingitis cuando existe todavía infección se acompañan de una mortalidad inexcusable de una morbilidad excesiva, de un gran porcentaje de cirugía radical y de resultados lejanos decepcionante.

Los pacientes atacados de infecciones pélvicas deben estar sometidos a un largo período de convalecencia y de tratamiento paliativo. Si después del fracaso de un **tal** tratamiento, (a curación espontánea no se obtiene los resultados serán un mínimo de mortalidad y de morbilidad, un porcentaje **elevado** de cirugía conservadora y resultados lejanos satisfactorios.

Si la operación parece inevitable después de una convalecencia prolongada la cura por laparotomía no será intentada antes que el exudado que rodea el foco de infección no haya sido reabsorbido y que el número de leucocitos, la temperatura y el tiempo de sedimentación no hayan vuelto a lo normal.

El drenaje de la cavidad **peritoneal** por la vía vaginal es superior a los otros métodos de drenaje
M. CHIFOLIEU.

el primer período es prolongado y profuso.

En 13 casos hubo histerectomía. También existe un período de varios meses de trastornos de la menopausa que pueden desaparecer enseguida. Los trastornos observados han sido severos en 2 **casos**, moderados en 5, mínimos en 4 y nulos en 8. Después de histerectomía con extirpación de ane-

xos, los trastornos de la menopausa, faltan solamente en 1 i 28 por 100 en lugar de 12 por 100 con injerto, de 100 por 100 cuando el útero no se ha quitado, observaciones no datan, sino i años y medio, les es difícil decir cual es el término de sobrevivencia del injerto.

M. GUIBE.

Tratamientos locales del lupus tuberculoso

Por el DOCTOR GOUGEROT.

Profesor de Clínica de *Enfermedades Cutáneas y Sifilíticas de la Facultad de Medicina de Paris* Médico del Hospital St. Louis

El tratamiento local del lupus, es **uno de los más difíciles** y más largos de la **dermatología**.

I

Es necesario ante todo, precisar la *patogenia de un lupus* para poder efectuar el tratamiento.

—Es esa **una** regla que por ser evidente, es demasiado a menudo, **olvidada**:

- Tan pronto, y como con la mayor frecuencia, el lupus comienza por las fosas nasales **que** son un filtro que detienen los polvos inspirados; los polvos bacilíferos pueden fijarse, los bacilos se desarrollan, creando una tuberculosis **endonasal**, que lentamente va a invadir el tegumento (lupus de la nariz), ascender a lo largo de los canales lagrimales y aparecer **bajo** forma de lupus del ojo, **ganar el** velo del paladar y la buco-faringe.. y aun mismo la epiglotis y la laringe. Ahora, que se descuide **ese Foco** inicial, que no se trate más que el lupus "visible", es decir el lupus cutáneo y *so* lo curará **más** órmenos lentamente, pero **después** de la curación, la recidiva se producira, pues el foco en donasal persiste y resiembra la piel. Yo he visto numerosos ejemplos, aún después de la ablación de la nariz

lúpica y reemplazamiento auto-plástico por un colgajo de piel sana proveniente del brazo.

—Tan pronto el lupus resulta de una inoculación cutánea, en la mejilla, por ejemplo; basta entonces tratar la lesión cutánea. Sin embargo es necesario tener una linfangitis profunda partiendo del lupus y yendo a los ganglios, o proveniente de las fosas nasales, por ejemplo, y conduciendo al lupus cutáneo, y sobre todo, hay que temer la tuberculosis del hueso malar subyacente, que inocula la piel bajo forma de lupus.

—Tan pronto el lupus asienta en la oreja y sigue a una de esas supuraciones tórpidas "insignificantes" de otitis medias crónicas, **tan frecuentemente** bacilares; en este caso, también, la recidiva es constante si no se suprime la **otorre**a tuberculosa.

—Tan pronto el lupus se ha desarrollado en la piel que recubre a **ganglios escrofulosos** o alrededor de fistulas tuberculosas en actividad o cicatrizadas, en **estos casos** no tendremos la certeza de la curación sí no **curamos** al mismo tiempo-el foco ganglinar u ósea que siembra la piel.

La regla práctica es por lo tanto

absoluta: es necesario reconstituir la patogenia de todo lupus, buscar su punto de partida, explorar las cavidades nasales, bucales, auriculares, las regiones ganglionares; y si existe alguna **lesión en** estos puntos, tratarlas lo mas enérgicamente posible, al mismo tiempo que el lupus cutáneo, del cual ellas son el origen.

II

El tratamiento local debe *adaptarse a aula ano* y las *alianzas terapéuticas* son indispensables.

—Los "buenos tratamientos" del lupus son numerosos, todos tienen sus ventajas e inconvenientes (1), es necesario por lo tanto, saber elegir según los casos y sobre todo es necesario saber asociar los métodos con el fin de ir más rápidamente. Se debe tomar de cada método lo que este tenga de bueno y combinarlos en **lugar** de oponerlos.

--La elección variará: 1º según el asiento del lupus en región estética o "iestética"; 2º según el tamaño-de las lesiones; 3º según la forma anatómica, según que el lupus esté o no ulcerado, limpio o supurante, fibroso, elefantiásico, mucoso En cada caso será necesario tener en cuenta los recursos instrumen-

tales del médico: el tratamiento en el campo, en un enfermo aislado, está lejos de ser tan fácil como en un centro hospitalario, provisto de todos los perfeccionamientos.

*V Tratamiento de los lupus de las regiones cutáneas por el método de elección. Finsenterapia. 1º) El método de Finsen- (2) es el tratamiento ideal de los lupus de la cara y de los espacios interdigitales, pues es él el que da las cicatrices más finas y más blancas; se debería a menudo aun **decir** ausencia de cicatriz, pues con frecuencia la piel se transforma en una piel normal, perfecta desde el punto de vista estético. La **finsenterapia** tiene, además, la ventaja de ser indolente lo que permite aplicarla fácilmente a los niños y de no tener ninguna contraindicación. Pero al lado de estas ventajas **indiscutibles**, presenta los siguientes inconvenientes: 1º) necesidad de una instalación costosa y gastos elevados de la marcha del aparato, limitando en general su empleo a los medios hospitalarios; 2º) pérdida de tiempo y de dinero impuestos a los enfermos por lo largo de las sesiones y la necesidad de **repetirlas**. Estos inconvenientes,*

en realidad, no deben ser tenidos en cuenta cuando se trata de un lupus de la cara, en el cual es necesario obtener una buena cicatriz.

En efecto: 1° el enfermo **será** tratado en el hospital y si no lo puede hacer será fácil improvisar un finsen con la luz solar, como lo incurriremos: 2° el tratamiento es evidentemente muy largo, pero no lo es más que otros tratamientos llamados estéticos, siendo incomparablemente superior en sus resultados.

—Para atenuar los inconvenientes de la lentitud de la cura, es necesario reservar la finsenterapia a los lupus de la cara y, si es posible, asociarla a otros métodos. Es por esto, por lo que nosotros tenemos el hábito: 1) de hacer escarificaciones lineares sobre todo el lupus; 2° inmediatamente después, sesiones de finsenterapia sobre la mayor superficie posible; 3° después de las sesiones de finsenterapia, cauterizaciones con permanganato o cloruro de zinc al 1/20. Para permitir a todos beneficiar de las ventajas de finsenterapia; es necesario saber improvisar un aparato cuando el enfermo no puede concurrir a un hospital.

Un "**Finsen**" improvisado utiliza la luz solar y se compone: 1°) de una lente biconvexa o planaconvexa de 25 centímetros de diámetro, montada sobre un pie y **móvil** sobre su eje horizontal; esta lente está formada de dos enormes vidrios de reloj convexos, reunidos en un anillo metálico de 5 centí-

metros de ancho, con un agujero en su parte superior. Existe pues un espacio vacío entre estas dos láminas de vidrio; se lo llena de agua destilada que se colorea a menudo con un poro de azul de metileno.

—2°) De un "compresor" en cuarzo formado de dos láminas de cuarzo separadas por un espacio vacío en el que circulará una corriente de agua fría.

—3°) De un recipiente de agua para esta circulación en el compresor.

4°) De una cama o silla para el enfermo.

5°) De un soporte para la lente.

El tratamiento no es posible sino cuando brilla el sol. El enfermo es inmovilizado en un sillón o mejor se le coloca acostado, la cabeza bien inmovilizada por un almohadón; la región irradiada es limpiada con alcohol y limitada por un círculo de emplastro adherido a la piel; el resto de la cara es protegido por una o varias capas de franela roja, perforadas por un agujero en el lugar de la aplicación. La lente, llena de su agua destilada azulada, se coloca de manera que el fascículo luminoso converja sobre el punto hípico formando una mancha de alrededor de 16 a 15 milímetros de diámetro; se apoyan sobre el punto lúpico, el compresor de cuarzo en el cual el agua corriente debe circular; el enfermo y el compresor deben quedar inmóvil durante la sesión salvo en los desplazamientos de la lente cuando el sol gira. ¿Cómo hacer

en la práctica para mantener el compresor? Lo mejor es hacerlo mantener por un ayudante cuyos ojos serán protegidos por vidrios oscuros; a falta de ayudante se tratará de fijarlo por una tela elástica, o el enfermo lo tendrá guiándose por un pequeño espejo. Cada **sesión** dura 30 a 60 minutos, según la **intensidad** de la luz y la delicadeza de la piel; es necesario obtener una ampolla de quemadura sin ulceración. Se comenzara **por** lo tanto por sesiones cortas de 15 a 20 minutos con el fin de evitar toda molestia; cada sesión **abarcará** un **círculo** de 10 a 15 minutos de diámetro. En las limas que siguen se forma una ampolla que se deja al aire en verano y que se cubre en invierno, tanto como sea posible. Si es dolorosa se la pinza y se aplica una compresa húmeda o linimento oleocalcáreo. Se abarca el lupus entero en estas sesiones y se renuevan las aplicaciones sobre el mismo punto más o menos cada 7 a 12 días. Basta **por** lo tanto, para un lupus pequeño, un día o dos medios días **de** tratamiento por semana.

—En resumen, todo lupus de la cara debe ser tratado por la Fisioterapia y este método es fácil de asociar a los otros procedimientos terapéuticos.

Radioterapia al comienzo para disminuir un lupus infiltrado o fibroso;

- luego escarificaciones y cauterizaciones con permanganato de potasio en el período de estado;

-- por último galvanocauterío al final del tratamiento, etc.

La finsenterapia fracasa a veces, siendo necesaria entonces no obstinarse y recurrir a la electrocoagulación o a la aerotermocauterización. (Ver más abajo).

2" *Tratamiento de los lupus á regiones estéticas por las escarificaciones lineares y las cauterizaciones con permanganato de potasio.*

Este tratamiento que tiene el inconveniente de ser doloroso y de necesitar sesiones repetidas como el Finsen, es un método excelente, que combinamos lo más a menudo posible con la finsenterapia y **que** se debe emplear aisladamente

cuando la fisioterapia no puede efectuarse.

Las escarificaciones son el tratamiento de elección:

—En los lupus **hipertróficos, suculentos, salientes**, Mandos.

En los lupus **fungosos, vegetantes, húmedos**, exulcerados.

—En los lupus **ulcerosos, tórpido**,

- En los lupus **terebrantes** voraces, fagedénicos.

—En los lupus **fibrosos**, esclerosos, **queloideos**.

Las escarificaciones dan muy **buenos resultados**, y cicatrices hermosas, blandas y **finas**; la **cicatriz queloidea es completamente excepcional**,

Pueden ser empleados en todas las regiones; no exigiendo ningún instrumental costoso, están al alcance del práctico más aislado.

El instrumental es muy simple; son **necesarias agujas planas especiales, denominadas "escarificadoras para el lupus"**, es conveniente tenerlas de distintos **tamaños**, grande-; **para escarificar bis superficies extensas, estrechos para dislacerar los módulos pequeños y aislados. Es necesario además algodón hidrófilo**, corlado en cuadros, **alcohol para aseptisar la región**, agua oxigenada **para detener el derrame sanguíneo**, una solución acuosa **de permanganato al 1 | 20 0 en alúmina**.

El enfermo debe **más bien estar sentado que acostado**, salvo en caso de *que* sea demasiado pusilánime, con el cuello rodeado por una servilleta.

Se opera sin anestesia (3), se aseptica con alcohol iodado y se seca; el médico se coloca frente al enfermo, o detrás de él, inclinado **sobre** su cara. El escarificador es mantenido entre los dedos como un lápiz. Se comienza por la parte declive con el fin de no ser **molestado por la salida de la sangre**.

- Sobre **las placas** lupicas, poniendo tensa la **piel**, se **trazan incisiones paralelas de 2 en 2 milímetros**, en un mismo sentido; **luego se recomiendan en otro sentido las mismas incisiones paralelas, entrecruzándolas con las primeras formando pequeños losanjes**. Se (Míe hundir el escarificador, **hasta el momento en que sienta la resistencia del dermis**; es el único tiempo delicado de **esta pequeña operación** y que exige un cierto hábito. Es necesario, **en efecto**, dislacerar todo el tejido "blando", es decir, el **tejido fungoso**. Se respeta el tejido **sano profundo**, pero se **debe, sobre el borde**, escarificar **2 milímetros** de los tejidos vecinos, no **invadidos** aún. No hay que temer transformar el **tejido hípico en una papilla** y hundir hasta el **dermis resistente**: es ésta la única condición **para el éxito (Brocq)**. Estos destrozos curan muy rápidamente, **pero es necesario prevenir al enfermo** para el ala de la **nariz o los párpados**, por ejemplo), que todo **tejido lupico** está destinado a **desaparecer** y será reemplazado por una **cicatriz**, sino **él podría acusar al médico de esta mutilación**.

En los nodulos aislados, se hun-

de la aguja perpendicularmente y se la da vuelta con el fin de dislocar el nódulo lúpico.

—Poco o poco, comprimiendo con algodón la superficie escarificada que sangra, y ascendiendo, se escarifica todo el lupus.

— El derrame sanguíneo se detiene rápidamente; si fuese muy abundante, se embebería el algodón con agua oxigenada o **solución** concentrada de antipirina. Con paciencia y apoyando suavemente, es raro fracasar. En caso de fracaso se ensayarán los toques con percloruro de hierro, con **lápiz** de nitrato de plata y sobre todo el termo o galvano cauterios llevados al rojo oscuro.

—A menos de negativa formal de los enfermos, es necesario inmediatamente, efectuar el tratamiento fototerapico o tocar toda la superficie con un algodón embebido con permanganato de potasio al 1 | 20 o hacer una aplicación de:

Silicato de soda o alúmina gelatinosa 20 gramos.

Permanganato de potasio, 1 gramo. (*Butte*).

Los días siguientes el enfermo alternará estas aplicaciones de alúmina permanganatada con cura-

ciones hechas con compresas embebidas de una solución de permanganato al 1 | 100, 1 ' 50 durante 10 a 20 minutos.

—Si el toque con permanganato es rechazado, porque tiñe la piel de color pardo, se indicarán curaciones húmedas con compresas embebidas de cianuro de mercurio al 1 | 1000 y curaciones al emplastro rojo. Nicolás y Pillou, una vez obtenida la hemostasia, **aplican** sobre el lupus escarificado algodones embebidos en cloruro de zinc al 30 por ciento en alcohol a 80°, durante 3 a 10 minutos renovándolos si fuera necesario hasta que el cuadrillado de las escarificaciones se haga blanquizco y terminan con un toque de tintura **de iodo** diluida en 4 partes de alcohol a 60°

—Si el lupus es intolerante, **esta** inflamado, hay que contentarse con pulverizaciones o lociones con agua hervida, mejor con débil proporción de cianuro; luego se espolvorea con yodoformo, que es excelente, pero cuyo olor es tan desagradable, o con sus sucedáneos: diodoformo, aristol; subcarbonato de hierro, dermatol, etc.

Las sesiones de escarificaciones son hebdomadarias o bihebdoma-

darias si el lupus es demasiado extenso para ser escarificado en su totalidad, en una vez. Las sesiones serán repetidas pacientemente; los lupus de más feo aspecto, los más fungosos, y lo más ulcerados son los que curan más rápidamente en quince a veinte sesiones. Al contrario, los lupus "limpios", planos, no ulcerados, a **nódulos** aislados, son a menudo de una tenacidad desesperante, exigiendo cuarenta, cincuenta sesiones y a aun a menudo resistiendo a todos nuestros esfuerzos.

Se ha acusado a las **escarificaciones** de abrir los pequeños vasos y favorecer la generalización tuberculosa a los ganglios y a las vísceras (Bosnier). Si el peligro existe, debe ser excepcional. Se vigiará a los enfermos; si se asiste a una pousée anglionar, M se observa manifestarse o agravarse una tuberculosis pulmonar, se suspenderán las escarificaciones para recurrir a la fototerapia o al termocauterización.

3°. *Tratamiento tic los nódulos aislados residuales por la galvanocauterización.*

Cuando los nódulos hípicos se muestran tenaces y resisten al tratamiento arriba mencionado, hay que asegurarse que no hasta un foco profundo oculto, que los mantenga esta circunstancia es frecuente en la nariz.

Estos nódulos aislados serán destruidos con la punta fina del gálvanocauterio. El enfermo estará sentado y bien sostenido para evitar los movimientos debidos

al dolor; se aseptica la epidermis con iodo y se le seca prolijamente (pues el alcohol se inflamaria), se pone tensa la piel y se hunde **perpendicularmente** al gálvanocauterio llevado al rojo obscuro, y no al rojo vivo, hasta que la punta encuentre el dermis **sano** resistente; se lo deja 3 segundos o mas si es necesario moviéndolo y dando vuelta la punta sobre su eje **con** el fin de destruir todo el tejido blando y atacando los bordes del tejido sano.

Es útil cauterizar la pequeña herida producida, sea con nitrado de plata al 1 10, y luego con un lapiz de zinc, sea aplicando una gota de permanganato al 1 20.

4p. *Tratamiento de las regiones elefantiasicas del lupus.*

El lupus o más bien, ciertos segmentos de él toman la forma "elefantiásica".

Esta complicación, **que** resulta de la invasión de la hipodermis y de la estasis linfática consecutiva es grave. pues indica la extensión en profundidad en **puntos difíciles** de alcanzar, y, además, la epidermis mal nutrida, frágil, oporta mal los tratamientos locales y se ulcera fácilmente. Esta complicación se observa sobre todo en los labios, mejillas y lóbulo de la oreja.

Mientras que sobre los otros puntos del lupus se continúan los tratamientos locales habituales, se ensayará sobre estos segmentos elefantiásicos, ante todo la radioterapia o radiumterapia filtradas, y luego, si éstas fracasan, o si es

imposible aplicarlas, las puntas de fuego profundas.

Se anestesia con la estovaina al 1/100 en inyecciones dérmicas, luego de antisepsia con tintura de yodo. Hay que hacer puntas de fuego muy profundas de 7 a 12 milímetros, perpendicularmente a la piel regularmente dispuestas y espaciadas de 4 a 8 milímetros. A menudo, aun casi atravieso el labio; es necesario evitar aproximar demasiado las cauterizaciones con el fin de no destruir el tejido entre las puntas de fuego, sino se producirían encaras; es necesario obtener la retracción de las zonas hipertrofiadas sin pérdida de substancia, el tejido no quemado sirve para la reparación y si él mismo lúpico se lo atacará más tarde por el mismo método o por otro.

Se hace curación con ambrina o con linimento oleocalcáreo opiado o con un polvo cocainizado, alternando con pulverizaciones de agua hervida.

Se recomienza cuando las primeras cauterizaciones empiezan a cicatrizar o se han cicatrizado ya.

5°. *Tratamiento de las regiones fibrosas y queloideas del lupus.* Si, espontáneamente a causa de

un mal tratamiento (puntas de fuego aplicadas desde el comienzo, cáusticos químicos o a continuación de un buen tratamiento mal vigilado (aire caliente), un segmento del lupus se espesa, se hace fibroso duro y aun queloideo, es necesario aplicar la radioterapia o radiumterapia o, en su defecto, la nieve carbónica.

Si persisten nódulos lúpicos en la zona esclerosa, es necesario destruirlos sea con la punta del **galvanocauterio**, sea con electroagulación. sea, con el aire caliente.

Si a pesar de todos estos métodos el lupus escleroso persiste, hay que tentar la ablación o la destrucción, teniendo el cuidado de hacer el día siguiente de la operación radioterapia preventiva para evitar la recidiva queloidea.

Las inyecciones en la región glútea de una solución acuosa de tiosinanimina al 1/25, 5 centímetros cúbicos diarios, durante 25 a 30 días, han dado resultados muy inconstantes.

6°. *Tratamiento de los lupus en segmentos lúpicos vegetantes, húmedos, ulcerados, infectados, supurantes*

Por falta de cuidados o **después** de tratamientos mal conducidos

...-

por el termocauterio o los cáusticos quimbos, los lupus pueden ulcerarse, infectarse y supurar (4).

En estos casos se hacen caer los costras por pulverizaciones y curaciones húmedas con agua hervida o cianuro de mercurio al 1/100 o permanganato de potasio al 1/2000.

El o los primeros días se cauterizan las ulceraciones con la solución de nitrato de plata al 10 por 100 y luego con el lápiz de zinc. En los días siguientes se aplica el permanganato de potasio, que es el medicamento de elección de estas formas, con o sin anestesia previa a la cocaína. Se toca el lupus una o dos veces por día con la solución concentrada al 1/16 y se deja secar sin colocar ninguna curación (salvo en invierno en que es útil poner una curación grasosa); o bien se aplica primero durante quince o veinte minutos compresas embebidas de solución de permanganato al 1/100, 1/50, 1/30, recubiertas por una tela impermeable y cambiadas cada cinco o diez minutos (Butte); luego cada dos días, después de un lavaje de cinco a diez minutos con permanganato al 1/100 se aplica una rapa de alúmina gelatinosa conteniendo 5/100 de permanganato (ver más arriba). Por fin, si fuera necesario, se podría emplear el permanganato puro en polvo fino (Kaczanowski. Auregan), muy doloroso; se forma una cascara que cae al cabo de 15 a 20 días. Bien pronto la epidermis se re-

constituye el lupus cesa de ulcerarse y se puede entonces recomenzar las aplicaciones de permanganato.

7°. *Lupus de las mucosas y de las semimucosas orificiales, nariz, labios, etc.*

Su tratamiento exige a menudo conocimientos de especialistas: no **daremos** más que las indicaciones generales.

1°. *Electrocoagulación o galvanocauterizaciones* después de anestesia a la estovaína, con la "punta gruesa", la grilla, el "cuchillo" o la punta fina según el tamaño del lupus; la grilla que comprende varias puntas conviene a las placas grandes, con el cuchillo se trazan líneas paralelas y entrecruzadas como con el escarificador; con la punta gruesa se destruyen los nódulos grandes; con la punta fina se tratan los nódulos pequeños aislados. El platino no debe ser llevado más que al rojo oscuro con el fin de evitar el derrame de sangre; si se produce una pequeña hemorragia, hasta insistir con el galvanocauterio llevado al rojo oscuro. Si la lesión es dolorosa después de la cauterización, se pueden hacer lavajes con agua salada isotónica caliente o instilar una solución de estovaína. Si las mucosas tienden a infectarse, se introducen algunas gotas de aceite alcanforado o gomenolado.

2o.) *Cáusticos químicos*: toques de las lesiones ulceradas con ácido láctico puro o mejor con permanganato de potasio al 1/20, **después** de anestesia local. Antes

de esto se puede curetear y gálvanocauterizar más bien que escarificar.

8° *Grandes lupus de las regiones no-estéticas y lupus rebeldes de las regiones estéticas.*

Para los lupus rebeldes de la cara, (después del fracaso de otros tratamientos), páralos lupus intolerantes de la cara que se ulceran hasta con el finisín, para los lupus *tU*- las regiones no estéticas, es decir, los lupus de los miembros [5] y del tronco, del cuello de las regiones submaxilares y subhioides, retro-auriculares, el método de elección es la *aerothermocauterización* o la *electrocoagulación*, combinada al curetaje y al permanganato de potasio, pues es rápido y da 'hermosas cicatrices. Parece superior a la técnica antigua del curetaje y de las cauterizaciones con el cloruro de zinc o el nitrato de plata.

Se anestesia al enfermo con cloroformo, a menos que el lupus muy limitado, permita la anestesia local con estovaina. Se antisepsifica con tintina de iodo. Con el aparato de aire caliente (6) dando 700, a 800;', se pasa una primera vez el chorro candente sobre la lesión que se carboniza, la piel ampolla y con la cureta ordinaria o fenestrada, se extirpa el tejido quemado; se vuelve a pasar el chorro de aire caliente que detiene la hemorragia y se curetea nuevamente los puntos infiltrados. Por aerothermocuración y curetaje sucesivos se llega a destruir toda la lesión.

La cureta no debe detenerse cuando encuentra el tejido sano, duro que cruje bajo su filo; es necesario, por lo tanto, con pequeñas curetas. abrir, vaciar, todas las cavidades-J fungosas. Se vuelve a pasar una vez más el chorro de aire caliente para hacer una última carbonización superficial (Marcelo Vignat), se antisepsifica con la solución de permanganato al 1/20 a aun con el permanganato de potasio pulverizado (Auregan), y se aplica una curación antiséptica seca, A falta de permanganato se aplica ambrina o una solución de mástic o de aceites aromáticos (plypcto) (aseptolix).

Para que al despertar los dolores de la quemadura sean menos intensos se puede hacer una inyección de morfina.

Se hará sistemáticamente en los 7 días siguientes radioterapia anti-queloides.

Se deja la primera curación el mayor tiempo posible, tres, cuatro o cinco días; se la renueva lavandola con agua salada isotónica, caliente; se vuelve a colocar una curación seca aséptica: ambrina, etc. Estas curaciones deben ser hechas muy asépticamente si se quiere obtener una cicatrización rápida sin espesamientos queloides. Las escaras de quemaduras deben caer lentamente; se puede apresurar su caída por baños locales con permanganato al 1 por 5.000. Si se observan puntos supurantes, se los localiza con permanganato al 1/16 o con cloruro de zinc al 1/100

Cuando la cicatrización es competente se revisa con un vidrio de reloj toda la superficie, y si es necesaria, se efectúa una segunda operación sobre los puntos que han recidivado. Se puede entonces recurrir al método siguiente si los puntos son limitados y aislados:

6°. *Lupus pequeños: ablación,*

Cuando el lupus de las regiones estéticas o no, es limitado, se puede ensayar el método precedente, y si éste no evita una repululación local, extirpar el foco lúpico con bisturí. Es preferible sin embargo hacer desde el principio la ablación. Según nuestra experiencia, para evitar la recidiva es necesario:

1°.) Destruir todo el lupus al termocauterío o con aire caliente por electroagulación, amplia y profundamente.

2°.) Cambiar el campo operativo, los instrumentos y asepticar con tintura de iodo; colocarse nuevos guantes esterilizados, precauciones destinadas todas, a evitar fina reinoculación; recién entonces se extirpa con bisturí el fragmento carbonizado y un trozo de asúmils milímetros *del* tejido sano so hacen luego suturas salidas y ni es posible suturas intradérmicas. colocando después una curación seca.

8y,) Por precaución, hacer en los días siguientes y a través de la curación una sesión de radioterapia para evitar la tendencia frecuentemente que loideia de estas cicatrices.

Este método que parece un poco complicado, "es en realidad fácil y rápido y da más seguridades que el procedimiento antiguo de la ablación pura y simple.

III

Duración prolongada y dificultades del trata miento; necesidad de un largo período de vigilancia.

Aun los tratamientos más rápidos son largos y exigen varios meses. Es necesaria una gran paciencia tanto de parte del enfermo como del médico: hay que tratar con constancia los localizadores hípicos de las fosas nasales, del canal lagrimal y destruirlas. A menudo la prosecución de este tratamiento es difícil por la inteligencia de los enfermos que se abandonan; muchos pacientes se conforman con una semicuración y cuando el lupus ha modificado algo su aspecto desagradable dejan la cura; otros abandonan el tratamiento desde el momento en que el lupus cutáneo ha curado sin preocuparse de las lesiones endónaseles. Es necesario por lo tanto contar con la mentalidad de los enfermos y tratar de persuadirse de las razones de la prudencia de nuestra conducta.

El tratamiento debe ser proseguido hasta la extinción de todos los nudillos lúpicos; se debe ver y volver a ver al enfermo varias veces, antes de asegurar la curación.

Para afirmar esta curación es necesario efectuar un examen clínico minucioso con un vidrio de

reloj y aun con la lupa si fuera necesario; desconfiaremos de lo que llamamos los "micro-puntos" son nódulos lúpicos muy pequeños del tamaño de una punta de alfiler o de aguja, poco visibles pero susceptibles de recidivar. Sí se duda entre un nódulo hipico y una mancha pigmentaria hay que explorar con la aguja y volver a **examinar** al enfermo 8 a 15 días más tarde. Se ha propuesto también la inyección subcutánea de tuberculina que, como se sabe, revelaría las lesiones locales sin aun existir; es un método excelente pero' de empleo delicado.

Después de la curación clínica completa aparente es necesario **instituir** una vigilancia periódica de varios meses y un tratamiento general que deberá continuarse durante varios años.

Es únicamente a este precio que se obtendrá una curación real y no como lo vemos tan frecuentemente las 'pretendidas curaciones seguidas de recidivas.

IV

Tratamiento local de los lupus eritematosos.

El tratamiento local de los lupus eritematosos es uno de los más decepcionantes: todo puede dar resultado, pues existen curaciones espontáneas paradójales, y al contrario, un método que ha tenido éxito puede fracasar y aun agravar el lupus en un caso aparentemente idéntico; es necesario por lo tanto no obstinarse en una táctica y cambiar cuando un método no da resultados.

En las formas congestivas e inflamatorias y durante los brotes agudos, se empleará la medicación calmante antiflogística de los eczemas: pulverizaciones o lociones al agua y en el intervalo, las curaciones húmedas o cold-cream ictiolados.

En las formas subagudas aun irritables se aplicarán pastas ni óxido de zinc-adicionadas de dosis progresivas de alquitrán, ácido salicílico, resorcina, naftol.

En las formas no irritables la *crioterapia*, con la nieve carbónica parece, en la actualidad, el método más eficaz. Se la aplicará desde el principio y si se puede se recurrirá a los otros métodos cuando la nieve haya fracasado.

Para obtener la nieve carbónica se utiliza un aparato especial, el criocauterio de Lortat Jacob o de Marcelo Vignat; el operador lo manejará con guantes de caucho y una compresa de algodón. Sobre la lesión bien descamada poruña pomada con ácido salicílico, se apoya perpendicularmente a la piel la extremidad lisa del cauterio, apretando fuertemente durante quince a veinte segundos veces **más** y se repite esta cauterización tantas veces sea necesaria para abocar el lupus, entero o un segmento de varios centímetros; después de la sesión, se produce una quemadura que se trata con ambrina o linimento oleocalcareo o ictiol vigilando su curación. Se recomienza en los mismos puntos quince a veinte días más tarde si fuera necesario. Si no se puede aplicar la crióte-

rapia o si esta fracasa, se ensayarán: o sesiones de dos a cinco minutos de corriente de alta frecuencia o de electrocoagulación; o la finsenterapia (con estos dos métodos se sacaría mayor beneficio haciendo previamente escarificaciones); o la radio y sobre todo radiumterapia filtradas que han dado a menudo hermosos éxitos; o la ducha filiforme de agua bajo presión.

En fin, si el médico está desprovisto de estos instrumentos, a falta de otra cosa empleará los cáusticos:

o ácido fénico 1 ácido láctico4; —o jabón negro purificado, diluí-do en alcohol, y extendido sobre redondeles de franela del tamaño **necesario** y aplicados durante toda la noche si es posible, durante varios días seguidos (**por** ejemplo una veintena de días). Durante el día se calma la irritación por pastas al óxido de zinc, agregando, si el estado de la piel lo permite: resorcina al 1 por 100;

o ácido salicílico y ácido **pirogálico** al 1 10 asociados a 1 | 10 de resorcina en pomada (lanolina, a a) o más bien en emplasto (preparado a baja temperatura). Se lo aplica después de desinfección cuidadosa de la piel con éter iodado al 1 por 100;

—o ácido acético y tintura de iodo apartes iguales (Gaucher);

o ácido fénico, hidrato de **doral**, tintura de iodo a partes iguales;

o glicerina iodo-iodurada 1 | 10 a í en toques todas las noches, pura o diluida con glicerina.

Se han elogiado también las pomadas exfoliantes;- el **permanaganato** de potasio;- las pastas **arsenicales** las pomadas mercuriales al biioduro de mercurio del I I **100** al 1 | 50 y los emplastos **mercuriales**;- el ácido **crisofánico**; **el percloruro** de hierro, cloruro de zinc, sulfato de **potasio**, nitrato de **plata**, amoníaco, —la potasa cáustica 1 | 20 en curaciones húmedas; **etcétera**.

Esta multiplicidad de medicamentos prueba su frecuente ineficacia.

Se recordará que todos estos cáusticos y exfoliantes son de empleo delicado. Es necesario obtener una irritación, pero irritando la lesión se corre el riesgo de agravar el lupus; es necesario por lo tanto vigilar día a día los enfermos y no confiarles un medicamento activo sin volverlos a ver. Cuando h inflamación es muy **intensa** (y este es el punto difícil de apreciar), debemos detenernos y calmarla con curaciones **húmedas**: cold-cream, pastas, etc.

El tratamiento local del lupus eritematoso no impide el tratamiento general por el bismuto, las sales de oro que son el tratamiento de elección del lupus eritematoso.

Lo mismo que para el lupus tuberculoso, es necesario después de la curación loca), hacer un tratamiento de consolidación para evitar las recidivas y vigilar periódicamente las cicatrices deformes con el fin de destruirlas desde su comienzo.

(De El DíaMédico,
BuenosAires)

EL PNEUMOTORAX

Conferencia del Prof. p. Bezancon

Señores:

Deseo aprovechar la presencia en nuestras salas de un enfermo con una afección bastante banal, un neumotórax espontáneo, para relataros esta observación y **hablaros de** esta enfermedad.

El interés de este caso reside en que no se trata de una de esas formas de neumotórax espontáneo fulminante, con síntomas que **pongan** la vida del enfermo en peligro, sino que, por el contrario, de una forma que, sin ser completamente latente, es de evolución moderada, benigna. Estas formas eran mal conocidas antes de la introducción de los Rayos X. En épocas anteriores se conocían sobre todo las formas fulminantes caracterizadas por una **disnea** brutal, una cianosis intensa y una temperatura muy elevada; las for-

mas mas o **menos** latentes pasaban desapercibidas en un gran **número** de casos y es por esto que, poco a poco, se superpuso en el espíritu médico a la palabra neumotórax espontáneo una noción de pravedad extrema, de enfermedad que conducía a la muerte en un gran número de casos. Hay que modificar este concepto; las observaciones que os relataré os **demonstrarán** la existencia de una forma completamente distinta.

Ha ocurrido con el neumotórax lo que tan frecuentemente pasa en medicina; el diagnóstico se efectuaba antes por los solos medios de la observación clínica y es por esto que toda una serie de enfermedades han sido descritas exclusivamente en sus grandes síntomas, en sus manifestaciones

ruidosas, pasando desapercibidas aquellas formas con exteriorizaciones menos visibles.

Más **tarde**, con la introducción de los métodos de laboratorio, han podido estudiarse toda una serie de formas diferentes en las cuales los síntomas eran menos evidentes y manifiestos. Os citaré un ejemplo muy demostrativo, y es lo que pasa con la fiebre tifoidea: antes no se hablaba de fiebre tifoidea sino **ruando** se encontraba con toda su sintomatología el síndrome tifoideo: temperatura en meseta, manchas rosadas, esplenomegalia, meteorismo abdominal, etc. Hoy día, después del descubrimiento del sero-diagnóstico y de su empleo habitual, nos encontramos constantemente en presencia de enfermos a quienes hacemos el diagnóstico de infección eberthiana, a pesar de faltar completamente el síndrome tifoideo. Lo mismo ocurre con el neumotorax. En un cierto número de casos se puede hacer el diagnóstico de neumotórax, a pesar de existir síntomas funcionales y generales muy discretos, gradas al examen radiológico.

En patología respiratoria la radiología ha transformado completamente nuestra manera de ver y ha introducido una serie de **tipos** clínicos nuevos.

El enfermo al que aludía es un hombre de 61 años, que no presenta nada digno de mención en sus antecedentes, salvo una tendencia, desde hace unos años, a padecer en todos los inviernos bronquitis, pero sin fiebre, ni adelgazamiento, que no hacían pensar para nada en la tuberculosis. Un colega que ha examinado al enfermo en distintas ocasiones, que ha hecho varios exámenes de esputos y un examen radiológico no ha encontrado ninguna lesión apreciable.

Su enfermedad actual se ha iniciado hacen 4 o 5 semanas con un pequeño episodio febril, acompañado de tos seca, tenaz, sin expectoración, episodio de aspecto banal y que podía interpretarse como de origen gripal. Luego recio un síntoma sobre el cual insisto mucho, porque tiene gran valor y que siempre debe buscarse: un dolor retro-esternal acom-

panado de un cierto grado de disnea. El dolor **retro esternal** y la disnea **han** sido lo bastante intensos para obligar al enfermo, en una noche en que tenía **ortopnea** y no podía permanecer **acostado**, a llamar al médico.

En consecuencia, no nos hemos encontrado en presencia de un **enfermo** que hay;) presentado el comienzo dramático caracterizado, como lo sabéis, **por** un dolor en general lateral, que reviste **H tipo** de dolor en puñalada, según la comparación clásica y que traduce habitualmente la ruptura de un órgano, comparable a los dolores abdominales que han sido descritos después de las perforaciones gástricas e intestinales. En él, el dolor no ha sido de este tipo y tan es así que no sabe pre-

cisar con exactitud cuándo **ha** comenzado; por otra parte, su localización ha sido anormal; experimentaba una sensación de constricción, de compresión del tórax más que un verdadero dolor. Al mismo tiempo acusaba opresión, opresión que ha sido lo suficientemente intensa como para provocar la ortopnea, pero que ha durado lineo; la temperatura ascendió **rápidamente** a 38°.

Debido a que la disnea y la temperatura persistieron fue enviado al Servicio.

Al examen este enfermo presentaba un cierto número de síntomas que permitían llegar inmediatamente al diagnóstico de neumotórax. Uno de estos síntomas era un timpanismo extremadamente acentuado y sin matitez

en la parte inferior. Al mismo tiempo existía un silencio respiratorio e insisto sobre él porque es quizás el mejor síntoma de neumotorax. Los otros signos son contingentes. El timpanismo es un buen signo, pero muchos neumotorax, no lo presentan, y esto se comprueba muy a menudo en los neumotorax artificiales; la disminución generalizada del murmullo vesicular, por el contrario, es un síntoma de mucha importancia y que cuando se localiza a un solo lado presenta un valor considerable. Evidentemente, por sí solo no basta para hacer el diagnóstico, pero cuando se asocia al timpanismo o a la sonoridad normal autoriza a efectuarlo. Los otros signos faltan a menudo. En este caso hemos auscultado, durante algunos días, un soplo anfórico que luego ha desaparecido. Durante algún tiempo hemos oído el ruido de bronce de Trousseau, pero que nunca ha sido perfecto y que se presentó muy localizado. Este ruido, por interesante que sea, puede exponer al error en ciertos casos, pues ha sido encontrado en ciertas pleure-

sías; en consecuencia, no posee el valor que se le ha atribuido.

En resumen, encontramos en nuestro enfermo timpanismo, ruido de bronce, supresión del murmullo vesicular y soplo anfórico, signos indubitables de neumotorax, faltando un signo muy interesante: el tintineo metálico.

En presencia de este conjunto sintomático teníamos el derecho de hacer el diagnóstico de neumotórax y con él examinamos al enfermo en la pantalla, confirmando nuestra presunción clínica, encontrando al pulmón completamente rechazado contra la columna vertebra y el corazón desviado.

Al mismo tiempo que se hacía el examen de este enfermo, se observó el hecho siguiente: que si bien el enfermo tenía un neumotorax, no presentaba derrame. Estábamos en presencia, por lo tanto, de un neumotorax puro.

Con gran frecuencia se observa en esta enfermedad la existencia de una pequeña cantidad de líquido en el fondo de saco pleural, que se traduce por una línea horizontal; es un hidroneumotórax

que es, en general, el mejor signo de neumotórax.

El **diagnóstico** del neumotórax aún con ayuda de la radiología es a veces difícil, porque no es siempre fácil ver la **retracción** del **pulmón**, siendo **necesario a veces examinar al** enfermo en diversas **posiciones**. Así ocurre a menudo con el neumotórax **artificial**.

Por el contrario, cuando existe **una pequeña cantidad** de líquido en la pleura, el **diagnóstico**, es sencillo. Se tiene la presencia de un hidroneumotórax con la línea de nivel horizontal que se modifica con los cambios de posiciones y que necesita para producirse la presencia de aire por encima del líquido.

En consecuencia, el mejor signo de neumotórax es la presencia de esta línea de nivel que indica la existencia de líquido, el que se observa casi constantemente en **esta** enfermedad.

En ciertos casos el neumotórax es puro; se trata de eventualidades raras, pero que existen y nuestro enfermo es un ejemplo de ello.

Estamos en presencia de un

neumotórax simple, espontáneo y debemos buscar su causa.

Aquí no hay ninguna razón para hacer una discusión etiológica. No existía ninguna supuración pulmonar, no se trataba de un caso en que el neumotorax hubiese sobrevenido a causa de una entrada de aire en una pleura conteniendo ya pus. o a causa de un absceso del pulmón abierto en la cavidad pleural. No tenemos más que la **posibilidad** de que se tratase de un neumotórax espontáneo, debido a la ruptura probable de un tubérculo pleural, como se ve casi siempre.

Estamos en presencia, por lo tanto, de un neumotórax simple en un tuberculoso. No he podido aquí obtener la prueba de la tuberculosis, pues no se han encontrado bacilos de Koch, pero el examen radiológico ha mostrado lesiones importantes que hacen pensar en la existencia de esta infección.

En consecuencia el caso es banal, se trata de un neumotórax en un tuberculoso fibroso, habiendo sufrido bronquitis y no habien-

do presentado síntomas evolutivos.

El interés de esta observación reside por una parte en que se trata de un neumotórax simple, **Sin** líquido, lo que es muy raro, **y por otra parte** en su evolución benigna en lo que se refiere a los síntomas generales y funcionales y que merece ponerse en oposición con lo que vemos habitualmente en el neumotórax tuberculoso. En efecto, este neumotórax presenta casi siempre síntomas funcionales graves y signos generales importantes y además se acompaña casi constantemente de formación de líquido,

Podemos esquematizar así la evolución ríe un neumotórax: existe un período en el cual se observan fenómenos de choc a menudo dramáticos y que ponen a veces la vida del enfermo en peligro; luego aparecen los signos de un hidroneumotórax en general abundante; puede tratarse de un verdadero hidroneumotórax con líquido seroso o, por el contrario, de un pió neumotórax por transformación purulenta del lí-

quido seroso; el líquido purulento puede contener solamente bacilos de **Koch** o contener los gérmenes de la supuración, evolución ésta considerada durante mucho tiempo como grave-

Sin embargo, en estos últimos años, después del estudio radiológico del neumotórax y que se sabe **tratar mejor** sus derrames, se ha comprobado que el pronóstico tan grave que se asignaba al neumotórax era exagerado y se ve que enfermos que habían presentado un comienzo dramático, acompañado de fenómenos de insuficiencia cardíaca aguda, mejoran y curan.

Pero no es de estos casos graves de los que quiero hablaros, sino de los medianos o relativamente benignos. El enfermo que tenemos aquí ha presentado muy pocos síntomas funcionales y generales y ha faltado en él, por lo menos hasta ahora, toda reacción de la pleura. Estas observaciones no son excepcionales y en estos últimos tiempos se han señalado al lado el neumotórax grave, casos que a veces presen-

taban un comienzo grave, pero que tenían luego una evolución benigna.

Hace ya algunos años, en 1898, **Galliard** había insistido sobre **estos hechos al** estudiar las **observaciones** de neumotórax aparecidas en sujetos jóvenes y **descriptas** bajo el nombre de neumotórax **de** los conscriptos, pues se los veía en la época del servicio militar en jóvenes aparentemente **sanos** hasta entonces, sin **ningún antecedente** tuberculoso. Estos hechos han **sido recientemente** estudiados de nuevo y os señalo, a este respecto una lección muy interesante de Genevriér que he tenido el honor de presidir; este trabajo no refiere muchas observaciones, pero describe 3 que están verdaderamente calcadas una **sobre otra y que reproducen** perfectamente la fisonomía de esta **forma** particularmente benigna de **neumotórax**.

Estas formas las he observado **en la clientela particular y no en el hospital. Recuerdo** un ejemplo de un joven que estaba por terminar su bachillerato y que al salir de una clase se quejó de un

pequeño dolor lateral con ligera dificultad **respiratoria**. Una vez en su hogar se lo examina y se encuentra **signos** de insuficiencia respiratoria; observándolo en la pantalla se comprueba con gran sorpresa un neumotórax típico. La evolución ulterior **mostré la** ausencia de líquido. La curación se hizo sin ningún incidente.

Las observaciones de **Genevriér** son muy precisas y creo interesante relatarlas, pues ellas os dejarán este tipo de; neumotórax espontáneo benigno **al lado de** formas medianas y de las **formas graves, dramática»**.

La primera observación se refiere a un sujeto de 27 años, sin **antecedentes de interés, que presenta brutalmente** un dolor muy intenso asentado a nivel del **mamelon izquierdo**, dolor que se irradiaba en se mi-circuí o hasta la punta **del** omóplato. Es **interesante** insistir sobre el carácter **de** este dolor, puesto que es lo que se puede llamar el dolor en **echarse**. Este dolor ha **sido señalado hace** tiempo por un gran **clínico, Saborin**. Por la sola clínica, en una época en que no se tenía la

ayuda de los rayos X, él ha mostrado la frecuencia del neumotorax a forma relativamente benigna, que denominaba neumotorax mudo porque tenía pocos síntomas y porque era difícil de descubrir. De los síntomas que permitían a Sabourin diagnosticar a este neumotorax, tenía este enfermo el dolor en echarpe.

Este dolor aumentaba con las inspiraciones profundas y producía al enfermo una sensación de constricción tóraxica. Como vemos, estamos lejos del dolor dramático en **puñalada**. Por otra parte, este dolor cedió con la aplicación de algunas ventosas secas y el enfermo pudo levantarse y seguir su vida habitual. Laennec, que fue uno de los primeros que **estudio** el neumotórax, consideraba por el contrario al individuo portador de éste como un gran enfermo y decía que no conocía sujetos con este síndrome que no permaneciesen en cama. Ahora bien, como veis en ciertas condiciones, se puede tener un neumotorax y sin embargo como este

joven, levantarse y proseguir la vida común presentando solamente una dificultad respiratoria. No obstante como el dolor se prolongaba este enfermo consultó a un médico, quien no encontrando timpanismo y observando sólo silencio respiratorio, quedó indeciso y no hizo inmediatamente diagnóstico. Pero en los días siguientes como la disnea persistiera, aunque el enfermo podía **continuar** con su trabajo, resolvió hacer un examen radiológico, el **que** mostró la existencia de un neumotorax con algunos centímetros cúbicos de líquido; la temperatura oscilaba entre 37° y 37° 5.

En consecuencia, se trata de un enfermo que ha presentado casi exclusivamente un dolor acompañado de dificultad respiratoria. El accidente se había iniciado a comienzos de Febrero y 13 días después los signos funcionales habían desaparecido casi completamente, el dolor persistía atenuado y no se encontraba a la auscultación más que una disminución de! murmullo vesicular, habiendo

desaparecido la imagen radioscópica del neumotórax.

la segunda observación se refiere a un joven de 17 años, bien constituido y de muy buen aspecto, pesando 71 kilos y midiendo 1.70 metros, que en el transcurso de un partido de tennis siente una puntada al costado que le obliga a interrumpir su juego. Retorna a su casa, desayuna normalmente y a pesar de una **dificultad** respiratoria ligera, puede hacer un paseo a pie. Ingresa al colegio, pasa la noche normalmente, pero notando, a la mañana siguiente, que su dificultad respiratoria persistía aún, concurre a la enfermería en donde se comprueba una oscuridad respiratoria extendida a todo el hemotórax derecho. Examinado **radiológicamente**, se encuentra un pequeño derrame en el seno costo-diafragmático derecho, con el nivel horizontal y por encima de él una imagen de neumotórax.

Una serie de exámenes radiológicos efectuados en los siguientes 15 días, mostré la **evolución** favorable de este neumotórax; el pul-

mon volvió rápidamente a su posición normal y el derrame **desapareció**. Todo esto transcurrió sin fiebre y sin trastornos **generales**. Por precaución, el médico indicó reposo relativo durante 6 meses y desde entonces este joven goza de salud perfecta.

La tercera observación se refiere a una niña que presenta libera disnea de esfuerzo, palpitaciones y una puntada de costado, sin fiebre y que continúa a pesar de esto con su trabajo habitual; a causa de la dificultad respiratoria se la examina, comprobando una abolición del murmullo vesicular en el lado izquierdo. El examen radiológico muestra un neumotórax de la gran cavidad con una **presión** negativa de menos 6. Tres semanas después el pulmón había retornado a su estado normal y la niña se encontraba perfectamente bien.

He aquí toda una serie de casos sumamente benignos. Pero D» hay que creer que estos neumotórax que aparecen en estos individuos evolucionen siempre así. Recuerdo por mi parte e] CUBO de un

joven que en la época del bachillerato tenía un neumotórax en las mismas condiciones; pero en él el líquido en vez de ser mínimo era muy abundante, presentaba un verdadero derrame pleural con fiebre produciéndose en él lo que podemos llamar la verdadera pleuresía del neumotórax; es una complicación interesante y que presenta distintas formas.

Es importante en todos los casos de derrame hacer un examen citológico y bacteriológico del líquido con inoculación a los cobayos para tratar de despistar la naturaleza de estos hidroneumotórax, pues en estos últimos años se ha vuelto a discutir su etiología. No hablo, por supuesto, de los neumotórax debidos a una supuración pulmonar, sino de aquellos en apariencia primitivos.

El problema de neumotórax, en apariencia primitivo, ha pasado por varios periodos. En otra época, hace 30 años, Galliard que ha hecho estudios muy importantes, insistió sobre la frecuencia relativa del neumotórax en los sujetos jóvenes, el neumotórax de

los conscriptos, como se le llamaba. Reunió en ese momento 37 observaciones de sujetos aparentemente sanos que presentaron **signos** de neumotórax a evolución relativamente ruidosa al comienzo, pero que eran seguidos de mejoría o de curación completa; se describían por lo tanto en esa época dos tipos de neumotórax: 1) el neumotórax banal que se ve en los tuberculosos acompañándose casi siempre de hidroneumotorax o de pnoneumotórax con gran reacción febril y; 2) el neumotórax a evolución mucho más benigna que Galliard creía debido a la ruptura de un alveolo enfisematoso.

Nadie discute más, hoy día, sobre la patogenia del neumotórax. Existe siempre una ruptura del pulmón, una perforación pulmonar debida quizás a una caverna tuberculosa superficial que se abre en la pleura (se admite sin embargo, que las cavernas desempeñan un rol mínimo, dado que en la vecindad de ellas se produce una sínfisis pleural que impide que la ruptura pueda hacerse en una pleura libre); o más frecuentemente que

el neumotórax está ligado a la existencia de una lesión tuberculosa, lesión que se manifiesta, sea en un individuo ya portador de lesiones bacilares en otras partes y q' hace un nuevo brote, sea en un sujeto que presenta recién entonces sus primeras manifestaciones de invasión tuberculosa suponiéndose que un tubérculo se abre directamente en la pleura, haciendo comunicar ésta con los bronquios. Es la teoría clásica que explica el neumotórax.

Galliard se ha preguntado si el enfisema no podía intervenir; cuando se recuerda la estructura del mismo y la existencia a nivel de los bordes del pulmón de vesículas separadas por un espesor muy delgado de la pleura, se comprende que en ciertas condiciones estas vesículas enfisematosas puedan ser la causa del neumotórax.

Esta teoría de Galliard no ha sido aceptada y se admite en general que el neumotórax espontáneo es simplemente la traducción de la ruptura de un tubérculo. Lo mismo que la pleuresía sobreviene en sujetos aparentemente sanos, igualmente sucede con el neumotórax y este hecho

no implica que el individuo esté indemne de tuberculosis. La mayor parte de las pleuresías se presentan en individuos en plena salud sin antecedentes respiratorios importantes lo que no significa, sin embargo, que no sea una manifestación de tuberculosis. Por otra parte la pleuresía presenta a menudo una evolución extremadamente benigna bastando recordar las observaciones del córtico-pleuritis efímeras que duran algunos días y que se acompañan de una fiebre muy discreta y en las cuales, sin embargo, se puede extraer alguno3 centímetros cúbicos de líquido que, inoculados a los cobayos, los tuberculizan.

En consecuencia la escuela francesa considera actualmente al neumotórax espontáneo que sobreviene en sujetos en apariencia sanos, como la revelación de una tuberculosis latente, lo mismo que en la pleuresía.

Sin embargo, recientemente este problema de la etiología del neumotórax ha sido nuevamente estudiado por mi colega Courcoux v por su discípulo Lereboullet en un artículo muy interesante aparecido en la «Presse Medicale» del 12

de marzo, En este trabajo relatan algunas observaciones clínicas de neumotórax, presentando la forma relativamente benigna que yo os señalaba hace un rato y por otra parte ponen ni **discusión** la patogenia del **neumotórax**. En los casos que relatan existen sólo síntomas funcionales discretos, ausencia casi completa de síntomas generales y un punto interesante sobre el cual los autores insisten mucho: ausencia de líquido en la pleura en las 13 observaciones que han reunido. Se trataba de casos de neumotórax puros sin hidroneumotórax. Este hecho, por otra parte, no debe llamarnos la atención; desde, que se hace el neumotórax artificial se ha podido comprobar que si se toman muchas precauciones, si se inyectan en la pleura sólo pequeñas cantidades de gas, si no se determinan presio- nes elevadas, si no se rompen brutalmente las adherencias, se consigue evitar la producción de líquido. Al comienzo la historia del neumotórax terapéutico estaba ensombrecida por los grandes derrames y por los accidentales¹ pleurales que se producían. Hoy día se observan aún con frecuencia, pero **desde** que combatimos las presiones elevada? y las insuflaciones de cantidades demasiado grandes de aire y efectuamos sólo insuflaciones pequeñas, hemos observado que el número de derrames líquidos ha ido disminuyendo cada vez más, y que se puede conducir un neumotórax hasta el **final** sin que éstos se produzcan-Es probable que la naturaleza actúe de la misma manera; hay rupturas que son debidas a una gran perforación y entonces el **aire** penetra bajo una gran presión

comprimiendo el pulmón, distendiendo el tórax, rompiendo adherencias y originando hidroneumotórax o pneumotórax; otras son debidas a pequeñas fisuras y a través de éstas pasa el aire sin gran presión y en pequeña cantidad, suficiente para provocar dolor pero insuficiente para determinar reacciones pleurales importantes. Existirá la pequeña cota de líquido, o, como en los casos de Courcoux y Lereboullet, no se producirá derrame y en esto sentido estas observaciones son muy interesantes.

Courcoux y Lereboullet no se limitan a relatar estas observaciones sino que, además señalan que éstos son muy frecuentemente observados en la literatura extranjera y oponen la opinión francesa —que considera a estas formas como debidas a una tuberculosis— a la extranjera, en la que se preguntan si hay razón para considerar que esta afección está ligada siempre a una tuberculosis. A este respecto, cita las observaciones de distintos autores, en especial de Nicolsky, que reunió en 1912 en su tesis 147, observaciones de neumotórax simple estudiados clínica y radiológicamente; la curación fue la regla después de una duración media de 43 días; la recidiva se produjo en el 10% de los

casos; la patogenia según Nikolsky es desconocida; en cuanto a la causa ocasional, si a veces puede atribuirse a un esfuerzo, en otras falta a menudo. Dorendorf igualmente relata algunas observaciones de neumotórax sobreviniendo en sujetos aparentemente sanos y concluye en la existencia de un neumotórax no tuberculoso de pronóstico benigno. Lo mismo sostiene Friesdorf basándose en 177 casos. Kahn, apoyándose en numerosas observaciones, no cree demostrado todo el papel del tubérculo subpleural y dice que si existiera la tuberculosis se desarrollaría algunos meses o años después del neumotórax.

Nosotros sabemos que muy a menudo la pleuresía no determina accidentes ulteriores, por lo tanto, esta no es una razón para rechazar la tuberculosis; pero lo que es cierto, lo que debemos retener, es que existe un tipo clínico de pequeño neumotórax espontáneo, no determinando en general los síntomas dramáticos del gran neumotórax, no acompañándose, por así decir, nunca de fiebre elevada y no conduciendo a la producción de líqui-

do u originándolo solo en pequeña cantidad. La patogenia de este tipo es desconocida, porque se trata de casos que curan y sólo la observacion ulterior permitirá decir de estos individuos se hacen tuberculoso mas a menudo que otros,

Del punto de vista terapéutico ¿qué se puede hacer? Todos los autores están de acuerdo en decir que en estas formas benignas hay que dejar tranquilos a los enfermos. No hay que hacer punción para retirar, no el líquido, sino el aire, salvo cuando existen fenómenos que traduzcan una presión positiva que pase de 5 ó 6. Cuando se compruebe esta presión, se puede extraer un poco de aire, pero no aspirándolo, sino dejándolo salir espontáneamente. Hay que tocar

lo menos posible a estas pleuras y haciendo esto se observa que el neumotorax no es más que un incidente y que no se acompaña de reacción pleural y con mayor razón de infección purulenta, como en los grandes neumotórax en que ésta es debida al paso a través de la perforación amplia, no sólo de aire sino también de productos sépticos.

El interés de este es muy grande, por las deducciones pronosticas que de él derivan. Tenemos el derecho de continuar haciendo un pronóstico reservado, amemos la obligación de seguir vigilando al enfermo, pero en presencia de todas estas estadísticas, debemos atenuar nuestro pesimismo, considerando que esta enfermedad puede curar y curar definitivamente.

ROGER EVEN.

(Del Día Médico de Buenos Aires)

A PROPOSITO DE LA ETIOLOGÍA DEL **BERIBERI**
LOS **DOCTORES** TITO IOPEZ FINFDA V BENJAMÍN GUERRRRO EN HONDURAS LLEGAS A LAS
MISMAS CONCLUSIONES QUE VARIOS **INVESTIGADORES** JAPONESES QUE SE
OCUPAN
DE ESTUDIAR ESTA ENFERMEDAD EN EL JAPÓN

COMENTARIOS DE LA REDACION

Por Manuel Larios Córdova

Nuestros lectores conocen el trabajo presentado por Los Doctores Tito López Pineda y Benjamín Guerrero sobre el Beriberi en la ciudad de Trinidad y sus inmediaciones, departamento de Santa Bárbara. (1). Estos dos médicos fueron a estudiar ciertos casos que se habían observado en esa región y que presentaban los caracteres clínicos de Beriberi; algunos eran casos recientes, otros habían sido previamente observados por otros médicos como los Drs. Guillermo Pineda y Miguel Paz Barahona. Nuestros **investigadores** llegaron al lugar, tomaron varias observaciones, reconocieron únicamente los casos sospechosos y resumieron en veinte los casos de Beriberi franco desde el punto de vista clínico.

Como resultado de sus investigaciones ellos sientan las conclusiones siguientes: El Beriberi existe en Honduras y ataca en forma periódica, casi siempre en la primavera. Sus víctimas son casi en su totalidad individuos del

sexo masculino, campesinos que trabajan en labrar la tierra y que en la primavera acostumbran quemar los campos, teniendo que andar sobre el suelo caliente. A este hecho atribuyen los autores alguna importancia y lo consideran como el factor del enfriamiento que predispone a la enfermedad. De las condiciones climatológicas nada pueden deducir, pero respecto al agua que se toma en esa región observan que esta es mala, especialmente en la primavera, cuando los riachuelos y pozos casi se secan por la falta de lluvias. Por último, la alimentación como factor etiológico.. es decir, la avitaminosis clásica productora del Beriberi, la descartan del todo y sientan la hipótesis de que esta enfermedad es una enfermedad infecciosa, producida por "un agente especial, un espirilo o un bacilo, el cual llevado al organismo en alguna forma, espera una causa apropiada para accionar produciendo la enfermedad". Conclusiones de igual naturaleza sientan varios investigadores japoneses en un estudio clínico y

experimental sobre la etiología del Beriberi (2). Este estudio ha sido llevado a cabo en la Universidad Imperial de Chiba, Japón por el profesor Matsumura y sus discípulos entre los cuales se encuentra el codescubridor de la vitamina B. (Suzuki). Creemos muy del caso dar a conocer este trabajo y comparar las conclusiones de los investigadores hondureños y japoneses sobre la causa del Beriberi.

El trabajo de los japoneses es un estudio experimental en animales y en enfermos de varios hospitales de las islas Malayas. En una serie de experimentos lograron producir en aves una enfermedad idéntica al Beriberi—la Polineuritis Gallinarum—después de un periodo variable que pudiera llamarse de "incubación". Al mismo tiempo estudios bacteriológicos demostraron la presencia en las heces fecales de un bacilo idéntico morfológicamente al colibacilo, pero con reacciones aglutinantes distintas de este. Este organismo se encontró sólo en las

aves que presentaban síntomas de Polineuritis Gallinarum y nunca en animales normales. Matsumura llama a este organismo *Bacillus Beriberi* y cree que es el principal factor etiológico en la producción del Beriberi experimental.

Para él y sus colaboradores la avitaminosis clásica que se ha considerado como causante del Beriberi es únicamente uno de tantos factores, pero no el principal, en la producción de esta enfermedad. La dieta defectuosa, pobre en vitamina B, predispone a la adquisición del Beriberi como la falta de higiene, el enfriamiento, y estados de debilidad predisponen a cualquiera enfermedad infecciosa. Ciertos hechos no pueden explicarse por una simple deficiencia en vitamina B. La dieta principal de los japoneses es el arroz pulido. En invierno, cuando los campos están helados y por consiguiente hay menos vegetales de donde escojer, el consumo del arroz aumenta y constituye, para cierta clase de los habitantes, su único alimento. Sería lógico suponer que el Beriberi aparecería en el invierno; sin era-

o, la gran mayoría de los casos aparecen en el verano.

Para los agentes sanitarios y epidemiólogos es bien conocido el hecho de que el Beriberi es común donde hay hacinamientos: en cuarteles, prisiones, factorías, etc. El desarrollo de la enfermedad también es interesante desde el punto de vista epidemiológico; cuando un caso de Beriberi aparece en un buque, dormitorio o edificio, la enfermedad se propaga gradualmente, pero las personas que viven en otros edificios contiguos no son afectados. Por último, la incidencia de la **enfermedad** en el **Japón**, apareciendo en ciertas estaciones, confirma la similitud con **otras** enfermedades infecciosas.

Por todos estos hechos, imposibles de explicar por la teoría de la avitaminosis, los investigadores se inclinan a creer en la teoría infecciosa del Beriberi y **encausan** sus experimentos al descubrimiento del agente causal por medio de experimentos bacteriológicos y serológicos en el hombre y en los animales.

En la gran mayoría de los animales sometidos a una dieta desprovista de vitamina B, después de un período variable que pudiera llamarse de "incubación", se encontró en las heces fecales un organismo idéntico en morfología y caracteres de cultivo al bacilo **coli**, pero diferenciándose *de* este en sus reacciones aglutinantes. Estas son específicas, el suero de los animales atacados de Beriberi aglutina el bacilo encontrado en

las heces fecales. También se observa la reacción de la aglutinación **de este organismo** por el suero de enfermos **atacados de Beriberi**, mientras que el suero de **individuos normales** dio una **aglutinación positiva** solamente en un 3%.

Los investigadores japoneses sientan las siguientes conclusiones:

- 1.—Los **experimentos llevados a cabo** en animales parece que prueban que el bacillus **Beriberi** debe ser considerado como el factor etiópico principal en la producción del Beriberi **experimental**,
- 2.—**En un número** considerable de enfermos atacados de Beriberi se pudo **aislar un bacilo idéntico** en morfología y caracteres de cultivo al coli-bacilo, pero **distinto** de este en sus **reacciones aglutinantes**.
- 3.—**Este bacilo no** se encuentra en las heces fecales de individuos normales ni en animales de laboratorio no atacados de Beriberi.
- 4.—Cuando animales experimentales ingieren el Bacilo Beriberi este se implanta en el tubo digestivo: los síntomas de la enfermedad no tardan en aparecer.
- 5.— El suero de animales de laboratorio, infectados experimentalmente, así como el de ' enfermos atacados de Beriberi contiene aglutini-

nas potentes contra el Baci-
lo Beriberi.

- 6.—Una dieta defectuosa, consistente en arroz pulido, parece ser únicamente un factor que predispone a la enfermedad.

La similitud entre las conclusiones de los investigadores hondureños y los japoneses salta a la vista. Aquellos, trabajando sin facilidades para estudiar el problema desde el punto de vista experimental, sin la ayuda del laboratorio, con solo el "ojo clínico" para guiarlos en sus observaciones, ven ahora que otros investigadores con todas las facilidades para llevar a cabo un experimento concienzudo y controlado, como lo requiere la ciencia moderna, llegan esencialmente a las mismas conclusiones. El problema preo-

cupa a los hombres de ciencia de todos los países y su resolución definitiva será la meta a que nos lleven experimentos y observaciones como las que ahora comentamos.

Nosotros como hondureños y miembros de la Asociación Médica Hondureña sentimos honda satisfacción al ver que las observaciones de nuestros compatriotas coinciden esencialmente con las que hacen los hombres de ciencia del Imperio del Sol Naciente, conocidos por sus investigaciones en el mundo entero. En cuanto al problema de la etiología del Beriberi, Honduras puede servirnos de campo de experimentación para contribuir al esclarecimiento de la verdadera naturaleza de esta enfermedad.

Tegucigalpa, Octubre 10, 1930.

LOS RIESGOS OPERATORIOS

LA INFECCION

Por el DOCTOR ROBINEAU

Cirujano del Hospital Necker.

En su sesión de junio, la **sociedad** de medicina legal *de* Francia ha escuchado una comunicación muy interesante del doctor Brisan) sobre el riesgo operatorio: él ha expuesto todas sus **modalidades** y ha mostrado cuanto se ha reducido su importancia. A pesar de todo, el riesgo subsiste y no podrá sin duda jamás ser totalmente suprimido.

Entre los riesgos a que está expuesto el operado hay uno especialmente importante por sus consecuencias; *la infección*. Desde el simple absceso superficial hasta la septicemia, pasando por la embolia disimulada pero demasiado a menudo mortal, la infección se traduce por diversas manifestaciones según su grado de virulencia. O bien el operado está en causa, el acto operatorio ha abierto un intestino o una vagina sépticos; la infección es endógena. O bien el cirujano, sus ayudantes, su material, conducen la infección en la herida; la infección es exógena. Extraed un apéndice, estáis en derecho de atribuir al intestino del paciente la infección post operatoria. Si operáis una hernia simple en un sujeto indemne de la lesión infecciosa anterior no podéis cul-

para nadie sino a vosotros mismos si sobreviene una supuración o una flebitis,

Sin embargo, se argüirá que una operación bacteriológicamente aséptica es poco menos que imposible. Esto es estrictamente exacto; Abt, que se ha tomado la molestia de efectuar este control sobre mis pacientes operados me ha demostrado que después de treinta o cuarenta minutos, una herida operatoria comenzaba a contener microbios, pero siempre se trataba de microbios no patógenos, y por lo tanto inofensivos, provenientes de la piel del enfermo o del aire. Para provocar una reacción de la herida, una infección local o difusa, es necesario mucho más; es *preciso* microbios **patógenos** que estén dotados de una virulencia ya bastante grande. ¿De dónde pueden venir dichos microbios?

En primer lugar, aunque accesoriamente, de aquellos que toman parte en el acto operatorio. Yo se perfectamente que ellos usan caretas, están protegidos por lienzos esterilizados y usan guantes de caucho; pero, pueden contaminar su protección por medio de contactos intempestivos, y sobre todo, si las manos cubiertas por los guan

tes estaban sépticas, una pequeña grieta en el guante es suficiente para infectar la herida. He allí un accidente más frecuente que lo que se cree; él debe retener la atención, tanto mas que **la mano** transpira- bajo el guante y exsuda sus microbios. Ensayad hacer un cultivo con el contenido de **vuestros** guantes **después** de una hora de **operación** laboriosa y seréis sorprendidos probablemente del resultado-

En segundo lugar, los microbios patógenos provienen del material operatorio. Por definición, este materiales estéril; antes es preciso verificarlo. Nosotros, cirujanos, no podemos controlar nuestros catguts; pero podemos tener confianza en Gorlis que vigila su **fabricación** en el cuerdeio, condición primera indispensable para una buena, esterilización ulterior, que se realiza correctamente hoy en todas partes. Todo el **resto del** material, gasa, algodón, crin, seda, hilo de lino, gomas, etc., puede ser controlado por nosotros mismos. Las reglas establecidas desde Pasteur conservan torio su valor: una

permanencia de 15 minutos en un ambiente de vapor de agua a saturación a 115 grados, es suficiente para, destruir todos los microbios y sus esporas. En la práctica, la mayor parte han adoptado 30 minutos y ciento treinta grados. Además es preciso que todas las piezas puestas al autoclave estén **impregnadas**, en todas sus partes de vapora la temperatura indicada y durante el tiempo exigido.

¿Quién va a ver lo que sucede en el centro de las cajas, donde la gasa y el algodón están a menudo demasiado apretadas? Muy yo creo. El fabricante ha dicho con razón que su autoclave excelente; la enfermera manipula más o menos correctamente siguiendo las instrucciones recibidas y el cirujano en general está satisfecho cuando el ve los cobres bien relucientes; parece no dudarse que las condiciones requerí para una esterilización efectiva son complejas y varían según el aparato, sus dimensiones, la forma de las cajas y su orientación en el autoclave, la naturaleza y el grado de los tejidos, etc. Natural-

mente, yo no considero aquí sino las instalaciones privadas.

Si yo abordo la cuestión de los instrumentos, el problema, es aún **difícil**. La estufa seca **usada** corrientemente no ofrece seguridad si no se introducen en ella los instrumentos perfectamente limpios y desprovistos de antemano de microbios patógenos, o un material de vidrio liso y limpio. Si mi fuese que no puede encontrarse yo aconsejaría de volver a leer la tesis de Baudoin, de Charleville, publicada en 1906, sin embargo, **citaré** algunas de sus apreciaciones sobre el poder bactericida del calor seco.

Experimentando con esporas de *B. subtiles*, desecadas lentamente a 37 grados, Baudoin "no ha podido jamás destruir estas esporas por un tratamiento en seco de una hora a 150 grados". Cita a Schimmelbusch que ha debido elevar la temperatura de 150 a 180 grados durante dos horas para destruir estos esporos carbonosos.

Con respecto a la esterilización a la llama: Baudoin vierte en una euveta de cobre culturas de estafilococos dorados y de *B. subtilis*; él los deja secar. "Vanamente hemos, dice, pasado durante tres minutos sobre todos los puntos de **esta** cuneta la llama azul de un mechero Bunsen o de una lámpara de soldar; jamás hemos podido obtener la esterilización."

Por consiguiente, no hay que creer que una aguja de jeringa de Pravaz, contaminada de pus, este seguramente esterilizada después

de un simple pasaje por la llama de una **lámpara** de alcohol.

Tales hechos son singularmente edificantes

¿Debemos entonces volver a los antisépticos de hace cincuenta años? De ningún modo. Escuchad aún a Baudoin: Un velo de *B. subtiles* desecado es colocado en frascos que contienen alcohol de 90 grados, éter, cloroformo, tres días después, se extrae una gota de cada uno de estos frascos y se le incula en caldo; una magnífica cultura se produce.

Una crin de Florencia sumergida en una cultura de estafilococo dorado, desecado después, en sumergido enseguida durante cinco minutos en tintura de yodo; luego se incula en caldo; él da una cultura no menos bella.

Esmarch ha visto esporas del carbunco reproducirse después de 42 días de permanencia en una **solución** de ácido fénico al cinco por ciento.

He allí algo que nos informa respecto al valor bactericida de algunos antisépticos reputados.

¿Qué debe hacer entonces el cirujano en su instalación particular para obtener la **esterilización** rigurosa de su material, de donde se desprende una seguridad incomparable en las operaciones? Volver a los sabios preceptos del comienzo de la época quirúrgica **aséptica**, hace treinta y cinco años, preceptos un poco olvidados desde entonces.

Proscribir la esterilización por el calor seco; con excepción de los

catguts, esterilizar todo al autoclave, aún los instrumentos, y efectuar de tiempo en tiempo un control (sería demasiado largo **indicar** aquí cómo). En la práctica, In esterilización de los instrumentos al autoclave no es posible en todas las instalaciones; la simple ebullición de los instrumentos es entonces preferible a la estufa seca, *bajo la sola condición de añadir al agua carbonato de sosa, \o borato de sosa*), que eleva el punto de ebullición a 103 grados y que limpia los instrumentos de toda suciedad persistente después de su limpieza con el sepilló. Los instrumentos se colocan en agua hirviendo y deben permanecer allí durante un período de ebullición de 10 minutos como *mínimum*.

Es preciso, además, que el cirujano vele constantemente sobre el estado de sus manos; él puede contaminarlas impunemente con la grasa de su automóvil que está desprovista de microbios patógenos, pero, no deberá ponerse en contacto con pus, materias fecales, o cavidades sépticas. El uso de guantes de goma suaves para todos los exámenes y ventajas de

la vida medical corriente debe aconsejarse formalmente. En efecto, una piel infectada exige 48 horas de lavados repetidos para deshacerse de sus microbios. Así, el peligro del guante que se rompe en el curso de una **operación w** disminuido considerablemente.

Estoy obligado de reconocer que en 1897, mi maestro **Quénu** obtenía (antes de los guaníes) resultados operatorios de una calidad superior a los de la época actual; sin embargo, sus medios eran rudimentarios: él disponía de una marmita y de una autoclave tan pequeño que se le transportaba a mano de una sala a la otra. Pero, la disciplina j>ara **la asepsia** de las manos era <\e lo más rigurosa. Hoy, nuestros medios de acción se han perfeccionados, pero, ¿nuestra disciplina no se ha relajado un poco?

No intentes jamás un tratamiento de la esterilidad en la mujer, sin antes haber examinado la esperma del marido; si la esterilidad depende del mando, no **se** lo digas.—Robert Vaudescal.

LO QUE ES Y LO QUE NO ES UNA ENFERMEDAD

Por SIR HUMPHRY ROLLESTON

Adaptación castellana de F. JAVIER COKÍEZO

Aun cuando entre la generalidad de los médicos españoles, el movimiento científico-médico de **Inglaterra** no sea el frecuentemente compulsado, no lo es tan poco que resulte preciso decir nada **acerca** de la figura del profesor Rolleston

La actuación del médico de Jorge V y sus admirables lecciones en Cambrigia, Birmingham, Durham, Glasgow, las sociedades médicas y los hospitales de Londres y su intensa labor de publicista y conferenciante, han hecho su nombre popular entre los médicos de todas las naciones. Para nosotros, los *que* conservamos el criterio hipocrático de lo que precisa que el médico sea para que como a tal c-lime, la figura de sir **Humphry Rolleston** *es* uno de los pocas ejemplares que van quedando en el mundo médico para aviso y escarmiento de los que huyen de su bando.

El encanto de esta lección de Rolleston acerca del concepto de enfermedad nos ha impulsado a darla a conocer en esta sección, suponiendo que, aun al través de la adaptación, resultará amable su conocimiento a nuestros lectores. •

La salud es el estado físico y

psíquico resultante de la feliz adaptación del organismo vivo¹ & los factores externos e internos.

La enfermedad se ha definido **varia** y profusamente sin que las definiciones de esta perturbación de equilibrio o falta de armonía, que constituye la enfermedad, hayan sido nunca suficientes ni satisfactorias.

Las definiciones son insoportables, pero citaremos una entre todas, por lo que pone en relieve la variabilidad potencial en la **reacción** que llamamos enfermedad:

"La enfermedad es el desenvolvimiento o la sucesión de los trastornos causados por un agente que perturba las actividades normales del organismo en su conjunto o en sus partes constitutivas". (Adami, J. G., 191Q). De la definición de White, W. A: "La enfermedad es el fracaso de la adaptación del organismo al medio interno y externo", podrían separarse dos extremos: en primer lugar, la causa responsable puede ser por completo independiente de todo factor externo como en un defecto congénito de estructura o una aberración funcional, como los *errores innatos de metabolismo* o las *malformaciones químicas* descritas por Garrod (Archibald); **en**

segundo término, en los procesos de adaptación, no sólo podemos contar con la reserva normal de energía del cuerpo vivo, sino que también, en los cambios morbosos que se desenvuelven de manera relativamente lenta, como las enfermedades valvulares del **corazón** o las estrecheces de conductos, como en el intestino, los fenómenos de compensación o de adaptación secundarios al cambio morbozo. pero desenvueltos **paralelamente** a él (por lo menos durante un cierto tiempo) pueden ocasionar un equilibrio tal, que no se produzca ningún síntoma. La destrucción de un riñón puede estar compensada por la hipertrofia del otro; la destrucción de una parte del **hígado** por la cura generadora del órgano restante.

Los síntomas de una enfermedad, en el sentido que yo voy a indicar seguidamente, sólo se producen cuando faltan estas **hipertrofias** compensadoras de los músculos y de **las glándulas**. El cambio patológico latente hasta entonces da origen al desorden funcional, es decir al síntoma. **Este**

margen de seguridad, o mecanismo de compensación, debe ser considerado como un obstáculo para conseguir los frutos **prometidos** por el estudio de las iniciales perturbaciones de la salud, estudio sobre el que tanto insistía Jacobo Mackenzie. Es un **obstáculo** por cuanto en el momento que aparecen los primeros síntomas pueden ya estar muy establecidos los cambios patológicos y se pueden **estimar** equivocadamente las manifestaciones como cambios funcionales que producen y explican los cambios de estructura. Los mecanismos que compensan o regeneran los tejidos afectos o las **funciones** debilitadas, triunfan perfectamente durante un tiempo variable, pero tienden finalmente a no bastar y devienen entonces nocivos. Así, por ejemplo, según la concepción histomecánica de la arteriosclerosis (Thoma). se produce al comienzo un engrasamiento local de la pared interna de la arteria que impide la formación de bolsa en el lugar que formaría como consecuencia de la degeneración del tejido muscular medio,

Con el tiempo el espacio engrosado de la mucosa íntegra degenera también, y aquello que era un proceso de compensación se torna **lesional**. Aun puede ocurrir que las fuerzas de compensación y de defensa del organismo resulten ineficientes desde el principio, por ejemplo, en el caso de que la inflamación, definida como *la tentativa local realizada para reparar el mal mismo o el proce. de otro órga no* (Adami, 18%), produce **rápida-mente** la supuración. La misma idea se encuentra expresada, en lo que concierne a la enfermedad maligna, por George Newinan y por Murray, cuando dicen que *Puede considerarse al cáncer como una aberración del proceso de reparación.*

¿QUE ES UNA ENFERMEDAD?

El hombre primitivo es supersticioso y ha estimado siempre la enfermedad o el accidente como debidos a la actuación de una divinidad ofendida o impropicia, al mandato de los muertos o a maquinaciones del enemigo, surgiendo de esta última creencia las ideas de la magia y de la **brujería**. Se llegó a mirar la enfermedad como una invasión definida del cuerpo, ya por una posesión, ya por una **substancia** más material, a la que precisaba ofrecer una salida, como por ja trepanación en los tiempos neolíticos, o que había de expulsarse para obtener la curación.

La ideología que atribuye la enfermedad a la presencia en el cuerpo de un espíritu extraño o de

alguna substancia concreta que poseí¹ una existencia o fase extra corporal, traduce evidentemente, ya sea en modo y términos menos científicos, la concepción moderna de la infección parasitaria y **bacteriana**, y desde este punto puede ser estimada como proféticamente racional. Descubrir la causa de la enfermedad es el fin del diagnóstico, y la **apreciación** de este principio importante es tan viva que aun perdura la tendencia a estimar la causa como sinónima de los resultados.

Natural efecto de la creencia, según la que la enfermedad era un trastorno con realidad objetiva y debido a alguna substancia nociva en el organismo del paciente, fue la materialización de las enfermedades sobre el plan de las clasificaciones botánicas y zoológicas. Se las clasificó en especies y géneros sobre el modelo lineano. El hipócrates británico, Tomás Sydenham (1624-1689), fue en parte responsable de asta concepción que palpitó en las nosologías rivales de Félix Plater (1680), Sauvages (1763), Vogel y Mac Bride (1772), Guillerms Cullen (1785), Tomás Young 1813), Juan Masón- Good (1817 y otros.

Aun hoy día se habla de enfermedades, aunque acaso sin visualizarlas tan seriamente como objetos perfectamente definidos y pueden preguntarnos: ¿En qué estriba la diferencia si así se procede?

Una respuesta parcial es que ello justifica lógicamente una

práctica rutinaria que trate las enfermedades y no los enfermos. En el momento en que vivimos de producción intensiva y seriada, cuando, por ejemplo, los automóviles se parecen de tal manera que sus averías son de carácter estereotípico, resulta particularmente necesario insistir sobre lo que es evidente: que los seres humanos no son todos vaciados del mismo molde, sino individualmente muy distintos en su constitución y en sus facultades reaccionales.

Cuando estamos enfermos deseamos todos que nos traten como un problema especial, no como unidad en un montón, y en consecuencia nos confiamos a los médicos, no tan sólo en razón de su ciencia, sino también de su facultad de aplicarla a nuestras necesidades particulares.

Toda la enfermedad es la reacción del espíritu y del cuerpo del

paciente a un factor que a su vez puede ser simple o **complicado**; las reacciones de la materia viva están muy lejos de ser constantes y las del hombre se tornan complejas a medida que pasa de la infancia y de la vida simple de los campos a la madurez y al torbellino de la vida moderna.

Una noticia sorprendente o cruel puede dejar indiferente a un hombre porque sea sordo; otro, flemático o **filósofo**, podrá recibirla en silencio, y, en cambio, puede en un tercero determinar una explosión emotiva. Esta diversidad de reacciones se puede estudiar de la manera más espectacular en las idiosincrasias como el asma o la fiebre de los henos, ocasionadas por inhalaciones de polen o emanaciones de cuadro, o en los síntomas **abdominales** y cutáneos ocasionados por absorción de algunas briznas de perejil, de que conozco un ejemplo

repetido en cuatro generaciones de una familia. Así como en otros aspectos, el problema muy estudiado hace más de sesenta años por Handfiel Jones, Wilks y W. Broadbent, de si precisa tratar la enfermedad por los métodos rutinarios, o el enfermo está mejor resuelto por un juicioso acuerdo; pues si se tratara al enfermo sin consultar la enfermedad, por ejemplo, si es débil, si las fuerzas le faltan, administrándolo estimulantes alcohólicos u otros, no se consideraría la cuestión sino por un lado y correríamos peligro de causar mal al enfermo.

Pero volviendo a lo que entiende por enfermedad, ya trescientos años antes de Jesucristo, Erasistrato, de la escuela médica de Alejandría, la estimaba como una perversión de la salud de los procesos normales, no como una condición contraria o extraña a la naturaleza biológica; pero esto **fue** olvidado. En el siglo XIX.C. Bernard (1854) habla de la enfermedad como de una reacción fisiológica en circunstancias modificadas y Clifford Atlburt (1871), continuado por Mercier y F. C. Crookshank, intentaba hacer admitir, en nombre de la claridad de pensamiento, que una enfermedad no es un objeto definido como una planta, sino una abstracción del espíritu, un concepto de las reacciones de un organismo vivo en circunstancias determinadas. Los grupos de reacciones forman en el espíritu imágenes diferentes que reciben el nombre de una enfermedad.

LO QUE NO ES UNA ENFERMEDAD

Supongamos un cáncer de estómago: por más que designemos ordinariamente al paciente por su caso, el tumor maligno no es la

enfermedad. La enfermedad es la reacción del cuerpo vivo bajo la forma de desórdenes funcionales ligados por una causa, en tanto que el estómago canceroso subsiste después de la muerte. La enfermedad, como la salud, es inseparable de la vida: su naturaleza y sus causas serán, sin duda, interpretadas distintamente por los vitalistas y aquellos que adoptan una explicación mecánica de la vida.

Augusta Gaskel, que sostiene que la vida se debe a la penetración por un sistema inmaterial derivado de protones y electrones, de un sistema atómico material compuesto de unidades químicas, cree que los fenómenos del cáncer son una prueba concluyente de su hipótesis-

Por otra parte, puede existir un gran cambio estructural y no acarrear perturbación en las funciones ni producir síntomas de enfermedad por obra de las alteraciones compensadoras. Recíprocamente, la enfermedad puede no presentar **cambios** reconocibles actualmente a simple vista o al microscopio, aunque **sea razonable** imaginar que se producen alteraciones al igual que en otras formas de la actividad vital.

Los síntomas, manifestaciones de la reacción y, por tanto, de la enfermedad, no constituyen por sí mismos una enfermedad definida, porque pueden obedecer a muchas causas mejor que a una sola. En las enfermedades infecciosas, la causa de excitación es la invasión del cuerpo por microorganismos, de los que las toxinas provocan la reacción llamada enfermedad.

Pero [as manifestaciones de la reacción pueden estimarse como de dos clases y como consecuencia posible de dos mecanismos: 1° Como Boycott señala: los **síntomas** generales, como malestar, fiebre, jaqueca, comunes a la mayor

parte de las enfermedades, son debidos principalmente a substancias procedentes de las células afectas de los tejidos. 2^y Las manifestaciones especialmente características y, por tanto, reveladoras de determinados agentes infecciosos, pueden ser debidas más a las toxinas microbianas específicas; por ejemplo: toxina del tétanos que actúa directamente sobre los tejidos, o **también**, según la teoría mantenida por Sidney Martín, las bacterias producen un fermento que actúa sobre las células del cuerpo de tal modo que éstas fabrican un veneno específico.

Loa síntomas fueron antes estimados como enfermedades, por ejemplo, la hidropesía, y aun en nuestros días se admite que determinadas condiciones, como la epilepsia, son colecciones de síntomas debidos a factores diversos. Para ser exacto debería hablarse de *Epilepsias* y no de *epilepsia*. Las colecciones de síntomas presentados en conjunción lo más a menudo para hacer patente su conexión, pero sin causa única constante, han recibido el nombre de *síndrome* y de *empleo de síntomas*.

La distinción entre síndrome y enfermedad, tomando las palabras en el sentido usual, puede patentizarse en su etimología. Se distingue también entre el síndrome

o grupo de síntomas que tienen una base funcional o anatómica en el cuerpo y la expresión más moderna: *complejo de síntomas*, que implica una serie de signos clínicos y de síntomas sin consideración alguna de su relación con lesión o desorden funcional de un órgano o a una coincidencia puramente clínica (Cawadías). La expresión *complejo sintomático*, que ha sido criticada como mezcla bárbara de dos lenguas clásicas, fue empleada por primera vez en Inglaterra en 1897 (Oxford Dictionary).

En 1917, Mercier manifestó su desdén por los términos *síndrome*, **complejo** sintomático y otras *monstruosidades* fabricadas en Alemania, declara mi olas análogas a la *salida* de una paleta que **califica** de crónico al relámpago o al embarazo de un alienista que llame a la demencia primaria demencia precoz. Pero la voz *síndrome* fue empleada por la Escuela de Alejandría (trescientos años antes de J. C.), para describir una serie de síntomas, y fue adoptada por Galeno.

Conforme Cawadías notar, las enfermedades fueron realmente complejos de síntomas desde los tiempos de Hipócrates hasta la era de la escuela anatómico-clínica de París, de Cl. Bernard y de Johannes Müller (1801-1858), en que los síndromes formaban la

base de la clasificación nosológica. Se emplea con frecuencia el término *entidad clínica* como sinónimo de síndrome para describir un grupo definido de manifestaciones patológicas, pudiendo tener más de una causa distinta, y el término es útil, en tanto la etiología es incierta. De este modo se evita afirmar positivamente que el grupo de síntomas, es específico, es decir, debido a un solo factor; en otros términos que es una enfermedad en el sentido propio de la palabra.

Contra la expresión *entidad clínica* se elevaron críticas, especialmente por sir Clifford Allbitt, en cuanto pretendía describir un estado patológico, porque tiende a perpetuar la concepción material de algo semejante de la posesión demoníaca. Pero aunque esta interpretación pueda justificarse literalmente, no corresponde al sentido que se da generalmente a la indicada expresión.

En resumen: Una enfermedad no es un veneno, no es un parásito, no es una úlcera ni un tumor, porque éstas son causas; una enfermedad no es un síntoma, como el dolor. Una enfermedad es la imagen, en el espíritu de un observador, de las reacciones manifiestas de un organismo vivo a los factores nocivos, ya sean de procedencia interna o externa.

(SIGLO MÉDICO).

LO QUE DICEN LOS MAESTROS

Signos de bronconeumonía grave apareciendo súbitamente, en un niño, con fiebre; movimiento de las alas de la nariz, disnea, angustia, inspiración silbante y sorbida, después desapareciendo no menos rápidamente, deben hacer pensar que la pretendida bronconeumonía ha sido una primera crisis de asma; la vuelta en más o menos breve término de crisis semejantes no tarda en confirmar el diagnóstico.—*Apert.*

El problema del cáncer al punto de vista social no es del orden terapéutico, es del orden profiláctico. Es la cauterización que es necesario impedir.—*Delbet.*

De las observaciones regularmente controladas por los medios rigurosos de investigación (clínicos, radiológicos y bacteriológicos) nos creemos autorizados a formular las conclusiones siguientes: el neumotórax artificial permite obtener la curación en más del 75% de los casos de tuberculosis pulmonar abierta del niño, a condición que sea todavía unilateral.—*Armand Deliile.*

CONSIDERACIONES SOBRE APENDICITIS AGUDA

Por el Dr. F. Rodríguez Ruiz-Conde Ex-medico

interno del Hospital do Clínicas de Córdoba. Adscripto al **servicio**

Aunque aparentemente poco se tenga que hablar sobre apendicitis aguda basarla sobre lo mucho que se ha escrito al respecto, no obstante ello la práctica diaria sobre el enfermo demuestra que hay cuadros clínicos sobre los cuales no se insiste mucho en lo ya publicado.

El trabajo presente es realizado tomando como base 72 enfermos afectos de apendicitis aguda, en 14 de los cuales existía concomitantemente como complicación una peritonitis, todos los cuales han sido examinados, operados y seguidos en el post-operatorio por el subscripto durante su actuación como médico interno del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba en los años de 1928 a **1980**.

Estos casos nos han dejado como enseñanza hechos de importancia clínica y terapéutica innegables y que expondremos al final en forma de conclusiones, después de hacer una breve descripción del cuadro clínico y del tratamiento.

CUADRO CLÍNICO.—Hemos observado cuadros de los más atípicos, en los cuales la mayoría de los síntomas clásicos estaban ausentes y sin embargo la operación demostró tratarse de apendicitis graves. De todos los signos reco-

cocidos como pertenecientes a esta enfermedad, hay uno de ellos, el único que no ha faltado nunca: el dolor en los puntos apendiculares de la fosa ilíaca derecha. Pasaremos ligeramente en revista las consideraciones que hemos Pí-cado de cada uno de ellos:

I" Defensa parietal.—La defensa parietal en la fosa ilíaca derecha cuando existe, es un signo de primer orden para pensar en apendicitis, aun en ausencia de los demás signos. Cuando ella es muy acentuada puede hacernos prever un apéndice grave (gangrenoso, perforante, etc.); cuando ella no es bien localizada, sino que tiende a ganar terreno, ya sea en el hipogastrio o en el hipocondrio derecho, y aunque pulso, temperatura y estado general sean satisfactorios, debemos tener por la peritonitis generalizada que comienza y operar inmediatamente, cualquiera que sea la fecha en relación con el comienzo del ataque. Hemos visto fallecer a un enfermo con buen estado general, pulso de 85 y 37 °4 de temperatura, cuadro éste a la entrada al hospital (quinto día del ataque) y que tenía como único síntoma inquietante defensa parietal acentuada en la fosa ilíaca derecha e

hipocondrio de ese lado. Un cirujano que lo asiste, pensando que las 48 horas habían pasado, resuelve contemporizar y hace tratamiento médico (hielo, reposo, dieta) y a los tres días de estar internado hace una reagravación rapidísima del estado [ocal y general, y a pesar de ser operado de inmediato, falleció cinco horas más tarde, constatándose en el acto operatorio una peritonitis generalizada por perforación en un apéndice gangrenado (observación E. F., operado el 31 de octubre. 19... 28) Creemos que esta discordancia que existe entre el cuadro local y los signos generales corresponden a lo que Dieulafoy relata refiriéndose a las falsas mejorías en las apendicitis agudas y que bautiza con el nombre de "calma traidora apendicular»

2¹ *Temperatura.* — La hemos constatado en casi todos los casos. Es uno de los síntomas más fieles. Solo en 9 casos se ha notado ausente y en 8 de ellos se trataba de apendicitis muy benignas, **habiendo** en el caso restante un exudado hemorrágico en la cavidad apendicular y un aspecto borra de vino de la mucosa de este órgano, que indicaba lesiones más serias. Nos ha parecido igualmente que en el adulto se podía hacer consideraciones análogas a las que Ombrédanne hace para el niño: todas las veces que la temperatura pasa de 38° se trata de un apéndice grave, ya sea gangrenoso o purulento.

3° *Vómitos.*—También están ausentes en algunas observaciones:

aunque en la inmensa mayoría de nuestras observaciones, salvo ocho o nueve casos, se han presentado. De la frecuencia, intensidad, **etc.**, de este síntoma no creemos se puedan sacar datos de interés clínico.

4° *Pulso.*—Su frecuencia o número de pulsaciones por minuto es el guía que tenemos en cuanto al porvenir del enfermo: efectivamente, en un sujeto con vientre peritoneal, con gran dolor, defensa, etc., pero en el cual el pulso oscile entre 90 a 100 por minuto y sea bien ritmado y a buena tensión, puede esperarse, salvo complicaciones, un buen resultado terapéutico. La taquicardia, y lo mismo la disociación del pulso con la temperatura, conservan, pues, a nuestro modo de ver, todo el valor que desde clásico se le **asigna.**

6° *Dolor.*—Repetimos que el dolor es el signo más fiel de la apendicitis. Siempre lo hemos constatado y hasta nos atrevemos a asegurar que de su mayor o menor intensidad se pueden deducir datos para la gravedad del proceso: dolor muy intenso, aunque sin defensa parietal, y acompañado, por ejemplo, de 38°3 de temperatura; con estos dos síntomas y después de habernos asegurado del diagnóstico descartando los otros procesos que pudieran confundirse con apendicitis (anexitis, colitis, etc.), podemos casi asegurar que se trata de apendicitis y aun prever una forma grave. No nos hemos casi equivocado al pen-

sar con este criterio al tener presentes estos dos síntomas y la verdad nos ha sido dada al operar momentos después a nuestros enfermos.

TRATAMIENTO.—Seguimos, en lo referente al tratamiento de la apendicitis aguda, las ideas que aceptan la mayoría de los cirujanos. Dentro de las primeras 48 horas (aunque este plazo no es tan estricto, pues puede operarse unas horas más tarde) **toda** apendicitis debe operarse. A partir del tercer día nuestra conducta seguirá por el estado local y general del enfermo. Si el proceso localmente está limitado a la fosa ilíaca derecha, si el pulso y la temperatura son buenos, hacemos tratamiento médico (hielo, reposo, dieta absoluta) y esperamos después en frío al cabo de uno, dos o tres meses, según haya existido un plastrón más o menos graveo lento en reabsorberse: Claro está que si al cabo de seis o siete días este plastrón, en vez de retroceder, aumenta de tamaño, y si concomí tan temen te hay temperatura alta, taquicardia, leucocitosis, etc.. pensamos en el absceso y lo drenamos inmediatamente, dejando la apendicetomía para dos o tres meses después de curada esta complicación.

Si, por el contrario, en el tercero, cuarto o quinto día la defensa gana terreno y aunque los demás signos sean normales o poco inquietantes, consideramos y repetimos una vez más, a este signo como anunciador de una peritonitis inminente, y ante su sola presencia operamos de inmediato, y las veces que lo hemos hecho no nos hemos arrepentido de ello, pues hemos salvado a enfermos que de otro modo hubieran sido **perdidos** u operados más tarde con menores probabilidades de éxito quirúrgico. El pulso alto y la temperatura elevada por sí solas y con un estado local buenos pasadas las 48 horas, pensamos que no nos autorizan por sí polos a ser intervencionistas y sólo hacemos ver la necesidad de observar de cerca al enfermo y apreciar sobre todo la marcha de la defensa y dolor abdominales, y sólo ante la menor tendencia de generalización de ellos, entonces sí intervenir de inmediato.

Nunca insistiremos bastante sobre el valor del síntoma de defensa como índice para la operabilidad del enfermo. Pudimos así salvar a un enfermo al cual opera-

mos a las 72 horas por haber defensa parietal en todo el hemíabdomen derecho, aunque tenía 90 pulsaciones y $37^{\circ} 8$ de temperatura y buen estado general (falta de vómitos, lengua húmeda, etc.) En la operación constatamos un apéndice gangrenado y perforado cerca de su base, por donde salía un cropolito; existía igualmente una placa sospechosa de esfacelo en el ciego. El enfermo curó, no teniendo como complicación postoperatoria más que una fistula estercorácea que curó^l espontáneamente (enfermo D. D., operado el 2 de enero de 10.30)

En lo referente a la técnica en sí de la operación; Como anestesia, en sujetos jóvenes y con un buen estado general, hemos utilizado raquinovocaína, 0.12, sin ningún accidente; en las peritonitis, obesos, cardíacos etcétera), hacemos general con éter.

En casi todos los casos hemos utilizado la incisión de Jalaquier, aunque reconocemos que cuando el diagnóstico de apendicitis es muy seguro, mejor es la incisión de Mac Burney, por ser más anatómica y topográfica para llegar al órgano afecto, a la par que es muy simple y expone menos a la eventración que la anterior; no hay inconveniente, por lo demás, en caso de ser la incisión chica, (fe agrandarla seccionando arriba y abajo los músculos anchos del abdomen.

La apendicectomía la seguimos de jarete siempre que fuere posible; en los casos difíciles (ciego

poco exteriorizare) o en caso de lesionen serias tiflitis de tipo gangrenoso o peri apendicitis de esté tipo)no hacemos jireta y no hemos observado así ningún accidente. Cerramos en seguida, sin drenaje plano por plano, y siempre que el apéndice haya sido extirpado satisfactoriamente y no exista peritonitis o el líquido peritoneal sea muy escaso que se extraiga completamente.

En caso contrario (gran cantidad de puslesiones de periapendicitis gangrenosa), dejamos drenaje constituido por tres o cuatro gasas «in situ» y un tubo en el Douglas, y practicamos este drenaje sistemáticamente, con gran satisfacción, ya que todos los enfermos han curado muy bien, salvo, claro está enfermos casi moribundos, en los cuales ningún tratamiento, desgraciadamente, puede salvarlos; y más nos afianzamos en el drenaje en presencia de peritonitis o lesiones de periapendicitis de tipo gangrenoso, desde que perdimos un enfermo al cuarto día de operado, por una peritonitis apendicular, y en el cual cerramos sin drenaje, enseñándonos la necropsia la existencia de gran cantidad de pus en el Douglas y signos de peritonitis generalizada de fecha reciente (ansas rojas, placas de fibrina reciente, etc.), quedándonos la impresión de que un drenaje a gasa, habiendo protegido el foco, probablemente hubiera sido mejor **para** el enfermo.

En los casos en que dejamos drenaje el cierre de pared lo ba-

ceamos en la siguiente forma que hemos visto hacer a nuestro maestro Mettraux, sacando grandes ventajas, pues el post-operatorio se abrevia, y se evitan los enormes flemones de pared, tan largos de curar y tan dolorosos en sus curaciones, y que a veces cuando son a gérmenes anaerobios pueden hasta amenazar la vida del enfermo: cerramos el peritoneo cuidadosamente con «surget» hasta la salida del dren; en seguida dos o tres puntos separados de crines dobles que toman pie], tejido celular y aponeurosis sin incluir músculos. A pesar de tan pocos puntos no hay desunión de la sutura y la solidez de la cicatriz es perfecta. Cuando a pesar de este cierre la pared supura, esta supuración queda limitada a la zona de emergencia del dren, sin generalizarse \$1 resto de la herida.

Sistemáticamente, y cuando hay lesiones de apendicitis gangrenosa, inyectamos 60 c. c. de suero anti-gangrenoso polivalente, que repetimos dos o tres días seguidos si las lesiones constatadas en el acto quirúrgico son graves; nunca hemos visto abscesos gangrenosos de pared con esta técnica.

Un factor de agravación en la evolución de la apendicitis aguda es el purgante o el enema repetido y que casi siempre son administrados uno u otro a iniciativa de la familia y antes de ser llamado el médico. De nuestras 14 peritonitis apendiculares, 8 habían antes ingerido purgantes y en uno de ellos hasta había sido adminis-

trado un enema drástico en vista de que el enfermo no movía el vientre.

Como o INCLUSIONES podemos decir:

1° No hay que guiarse mucho de los síntomas clásicos para diagnosticar la apendicitis aguda.

2° Todos ellos pueden faltar, salvo el dolor.

3° Cuando existen, tienen mucha importancia el dolor, la temperatura y la defensa.

4° Esta última, por sí sola, puede justificar una intervención de urgencia cuando tiende a generalizarse, por ser el primer síntoma de la peritonitis.

5° En caso de peritonitis hay que dejar drenaje y cerrar la pared sin dejar espacios ciegos, siguiendo la técnica arriba descrita.

6° Practicar suero antigangrenoso en caso de lesiones de tal tipo.

7° Impedir, educando lo más que sea posible al público, la administración de purgantes, laxantes o enemas en enfermos afectos de dolores al vientre, limitándose los remedios caseros a compresas frías o calientes, siempre anodinas, y llamar inmediatamente al médico.

(De La Semana Médica de Buenos Aires)

La dispepsia más vanal puede volverse una gastropatía grave por el espasmo pilórico o la atonía gástrica que puede provocar. Félix Ramond.

La eugenica y el certificado medico prenupcial

Por el Dr. Alberto Govaerts

Consultando el Anuario estadístico del Reino (1929), no se puede menos de ser impresionado por algunas cifras. En 1923, por las Cajas de invalidez, habían sido indemnizados 11254 afiliados de menos de veinticinco años de edad, lo que representa un gasto de 4761133 francos y una pérdida de 1109070 días de trabajo. En 1919, las Sociedades **mutualistas** reconocidas habían gastado **B068876** francos en incapacidad trabajo y 2977284 francos en cuidados medicofarmacéuticos, habiendo indemnizado a 54934 socios, cuyo conjunto representaba **1906640** días perdidos.

¿En qué se convertirían estas cifras si dispusiéramos de estadísticas completas de todas las Sociedades mutualistas, o de obras de asistencia social!

Aunque la enfermedad no sea causa exclusiva de estos gastos, las cifras son todavía suficientemente elocuentes para expresar la importancia social de ésta; aumento del presupuesto de familia o de las organizaciones y obras de asistencia; pérdida de días de trabajo y del rendimiento colectivo.

Esta situación no mejora, si la juzgamos según los resultados del

examen de aptitud física al cual deben someterse todos los milicianos en el momento del reclutamiento militar.

En 1927, anotamos, según el Anuario **estadístico** del Reino, 25 por 100 de exenciones y el 12 por 100 de aplazamiento al servicio armado, o sea un total del 37 por 100. Entre las causas que justifican la exención, contamos con una proporción del 52 por 100, para la debilidad congénita o adquirida; entre las que motivan el aplazamiento, relevamos una proporción del 80 por 100 para la insuficiencia de robustez.

Por otra parte, con el Dr. Sillevaerts, hemos podido establecer que la robustez del miliciano se debilitaba en nuestro país y esto a una edad en que termina el crecimiento, representa el porvenir de su generación.

Refiriendo estas cifras a la tasa de natalidad masculina veinte años antes, es decir, en una época aproximada al nacimiento de esta generación de milicianos, y teniendo en cuenta la mortalidad en los

primeros veinte años de la vida, hemos comprobado que:

Sobre 100 nacimientos masculinos, a veinte años, existen 10 débiles o enfermos, 3 lisiados e incurables y 20 fallecidos, o sea, pues, un desecho del 32 por 100.

¡Por qué **pérdida** se saldaría el balance sanitario de nuestra población si pudiéramos establecerlo completamente y a una edad más **avanzada**, hacia los cuarenta años, por ejemplo!

Esta deficiencia de la salud general es debida en gran parte a la enfermedad, puesto que a los veinte años, el joven casi no ha vivido fuera del medio familiar y escolar, en que el accidente es relativamente frecuente. Ahora bien, entre las causas de **enfermedad** es necesario citar, fuera de la herencia y del traumatismo, la infección, la intoxicación y las que a menudo resultan de nuestra manera de vivir, de la indisciplina de nuestras costumbres o hábitos, de nuestro descuido o **ignorancia**, de nuestros prejuicios.

Combatir todos estos errores, enseñar a cada uno a protegerse contra las influencias morbosas, es luchar contra la enfermedad y sus tristes consecuencias, y es también prolongar la duración de

la vida, aumentar el período de actividad y de productividad individuales.

Sin embargo, esta lucha no podrá ser eficaz si cada uno no aprende a conocer los recursos de su salud, de su constitución y de su temperamento.

Para esto será necesario admitir la necesidad de someterse *periódicamente* al examen de nuestro médico habitual y no esperar que las primeras manifestaciones objetivas o subjetivas de la enfermedad hayan disminuido ya la capacidad de acción o de esfuerzo del individuo.

El examen médico periódico, completado por la difusión y la organización racional de la higiene pública, social e individual, son así, los remedios que felizmente podrán mejorar el triste balance sanitario que hemos esbozado más arriba.

Existe una época en que el examen médico periódico constituye no sólo una obligación, sino también un deber moral: es en el momento del matrimonio, que tiene como consecuencia, completamente natural, la perpetuación de la vida.

Esta implica la transmisión de

germen y observar en la descendencia de los animales sometidos a la experiencia, aún tachados, que se ponía de manifiesto en la de los individuos que habían sufrido la influencia de los mismos tóxicos.

El Dr. Marfan ha podido seguir la descendencia de un padre cocaínmano; el primer hijo, nacido antes de intoxicación, era inteligente y normal, mientras que entre los otros, nacidos después de la intoxicación, el uno era raquíptico y el otro débil mental, y el último nacido, idiota hidrocéfalo.

Raymond señala que de un matrimonio con bebedor, una mujer tuvo tres hijos que murieron de convulsiones, una segunda unión con su marido templario dio tres hijos normales.

Vignes comprueba también que el peso de los hijos nacidos de padres tuberculosos está por debajo de la media; nosotros, por otra parte, hemos podido observar una veintena de niños, mayoría de los cuales presentaba una curva de crecimiento inferior a la normal.

Los trastornos de la salud de

los padres pueden, pues, repercutir en la descendencia por la aparición de las tachas y las anomalías congénitas. Estas son evidentemente individuales, temporales, sujetas a modificación y a la desaparición por un tratamiento conveniente, si ellas no existen sino por la influencia morbosa que afecta a los padres y desaparecen dejando éstas dejan de actuar

Ocurre así que la ligereza, el descuido, la confianza temeraria que presentan los interesados en la cuestión tan seria del matrimonio, pueden mantener la legión de los débiles, de los desheredados de la naturaleza. Por su número, que aumenta sin cesar, agravan la carga de la sociedad y pueden paralizar las fuerzas productoras de la "élite" y de los mejor dotados.

La Eugénica no tiene otro objetivo que el de señalar el peligro de la transmisión de las tachas hereditarias graves y de preocuparse más de los bien dotados, permitiéndoles revelarse, desarrollarse, ponerse al abrigo de las fuerzas activas y combatir en ellos la esterilidad voluntaria.

caracteres, tendencias, aptitudes o de predisposiciones, que son la expresión de una propiedad general a todos los seres vivos: la herencia.

El lenguaje popular reconoce todo su poder mediante algunos de sus aforismos: de tal padre tal hijo; nacemos viejos.

La herencia transmite, en cierto modo, el fin de la vida, sobre el cual el medio modula todas sus variaciones. Ella marca el individuo con el carácter de sus padres y ríe su familia, puesto que trasmite buen número de modalidades reaccionales a todo lo que le rodea y todo lo que experimenta.

Al trazar el árbol genealógico de una familia, se ha hecho reconocer prontamente cómo los caracteres de cada uno de sus miembros, aunque no se manifiesten de la misma manera, pertenecen a la cepa.

El estudio experimental de la herencia ha permitido, por otra parte, apreciar todo su poder y todas las leyes que han sido descritas, por vez primera, por el monje checo G. Mendel. En algunos casos se han podido aplicar al hombre, pero nos faltan todavía datos preciosos para deducir generalizaciones. Sin embargo, ellas nos permiten reconocer que la intervención de la herencia es tan fuerte en el hombre como en todos los demás seres vivos, sea para las cualidades como para los defectos, los caracteres útiles como los desventajosos; ellas nos

permiten también presumir que la unión de familia que presenta las mismas insuficiencias constitucionales tendrá grandes probabilidades de transmitir las a su descendencia, del mismo modo que la unión de los padres demasiado próximos-en una misma familia.

Conocemos, por otra parte, cierto número de enfermedades- felizmente ellas son minorías-que tienen el carácter de ser familiares, es decir, de transmitirse a la descendencia.

La enfermedad puede, sin embargo alcanzar a la descendencia de otra manera. Puede, en efecto; directa o indirectamente alterar los tejidos encargados de elaborar el germen reproductor, modificar su constitución¹ o funcionamiento íntimo e impedirle perpetuar un ser normal. Esta enfermedad del germen ha sido denominada "blastotoxia"; ella es la causa de un gran número de malformaciones, de degeneraciones y de anomalías congénitas.

En general, todos los factores morbosos, que alteran profundamente la salud de los padres en la época de la procreación son susceptibles de influenciar el tejido reproductor y comprometer su evolución embriológica. Las causas más importantes, tanto por sus efectos, cuanto por su frecuencia, son, sin embargo: el alcohol las intoxicaciones profesionales o medicamentosas, la sífilis.

Se ha podido, por otra parte, reproducir experimentalmente esta acción de los tóxicos sobre el

La lacha contra la Malaria en la India Inglesa

Una comisión ha sido encargada para ejercer el control de la malaria en la India inglesa. Con este fin un grupo de sabios y de técnicos en representación de los Estados-Unidos, la Francia, la Holanda, la España, la Rumania, ha sido enviado en exploración de estudio a las regiones más infectadas de malaria, durante la estación en que esta fiebre desoía más.

Un tren que partía de Calcuta ha transportado el grupo a través de los campos de arroz tan característicos de Bengala, a través de las colinas pintorescas y las regiones más distanciadas de la India.

Cerca de Calcuta se les mostró un grupo de casas que pertenecía a ricos colonos que debieron ser abandonadas a causa de la malaria y del kalaazar.

Han sido hecho informes en los cuales se menciona la miseria de los habitantes de las pequeñas aglomeraciones situadas en las regiones más infectadas y los sufrimientos de los equipos de obreros que trabajan en las empresas industriales de estas regiones y en la construcción de las líneas de ferrocarril.

Estos sufrimientos y esta miseria son debidos a la malaria y a la «blak water fever».

También figura al margen de su programa el examen médico prenupcial, puesto que, llegando a ser una disciplina de conducta, deliberada y libremente consentida por cada uno de los cónyuges, tiene por objeto.

lo Informar exactamente a los interesados sobre el estado de salud, de manera a incitarlos a cuidarse, a proteger su capacidad de trabajo y aumentar así las posibilidades de felicidad que presente su unión.

2y De diferir el matrimonio de las personas afectadas de enfermedad incurable o de tachas hereditarias graves.

La Eugénica se concibe, pues, como una doctrina susceptible de mostrar los errores de toda organización social que aseguraría la protección a los débiles a expensas de los fuertes y que arriesgaría de esta suerte la creación de cargas cuyas consecuencias debería soportar la generación siguiente.

Desde que el niño nace, la Eugénica entrevé ya el niño del porvenir y reclama para sí el mérito de proteger la descendencia, es decir, el niño que va a nacer.

(De Revista Española de Medicina y Cirugía)

Lugares escogidos para instalar una importante estación han debido ser abandonados.

Han sido adoptadas medidas de control en las minas de Noamundi en las cuales el hierro es explotado en canteras abiertas sobre costado de las colinas.

Siendo dado que la fuente principal de malaria está en los innumerables pantanos y el lecho de los ríos que los riega, se han construido mamposterías de **protección** y canales destinados a drenar las aguas y a secar la vertiente de la colina. Se ha echado petróleo en las aguas estancadas y los **depósitos**.

Actualmente, las minas de Noamundi están liberadas de los anofeles larvas y adultos. Las medidas tomadas, muy costosas, solamente han podido ser adaptadas cuando se trataba de importantes compañías de explotación de hierro y acero.

Los gastos han sido ampliamente compensados por la disminución de los casos de malaria.

En la estación de Dangoaposi el problema se presenta diferente. La principal causa productora de **malaria** era un canal mal construido infectado de mosquitos. - En 1925, la malaria atacaba a tal punto que cada obrero tenía 5res crisis de paludismo sólo en el mes de septiembre. El tráfico estaba casi completamente paralizado.

En noviembre de 1925, el control de esta enfermedad ha comenzado por la creación de canales de dre-

naje y por el riego de los reservorios con petróleo.

Este procedimiento ha sido coronado de éxito. Hoy día Dangoaposi está tan bien protegido como Noamundi contra la malaria. Los gastos de saneamiento son, en estas regiones, menos elevados (6 rupias por cabeza de habitante cada año).

En la vecindad de Dangoaposi ha sido notado un hecho curioso: El agua de un estanque situado sobre el lugar de una antigua cantera de manganeso es absolutamente contraria a la vida de las larvas de mosquitos. Esta agua, agregada a la de un depósito, parece dotada de propiedades larvicidas, que persisten más o menos tres semanas.

El análisis del agua no ha mostrado nada de especial en su composición química.

El informe del coronel Knowles acompañado de comentarios puede prestar grandes servicios a aquellos que estudian los medios más eficaces para luchar contra la malaria, sin distinción de país.

Cree que el plan de lucha contra la malaria a Noamundi es uno de los más completos y perfeccionados en el mundo.

Las píelo nefritis a colibacilos pesar de sus caracteres alarman-tes y los accesos febriles que provoca curan a menudo espontáneamente, así se explican los éxitos de las terapéuticas específica: que se les combate actualmente. —A Lemierre.

*..El signo de Cattaneo en la adenopatía peritraqueobronquial de los niños,
por Gerbasi M. y Grazino F. (La Medicina Italiana, añoX,
Nº4, abril de 1920)*

En 1920 C. Cattaneo comunicó al Congreso de la Sección Lombarda Sociedades Italianas de Pediatría, haber puesto en evidencia un nuevo signo de la adenopatía peritraqueobronquial tuberculosa de los niños, el que consistía en la formación de manchas cutáneas transitorias, rojas, en correspondencia de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales superiores, sobre las cuales se haya en precedencia, una presión por medio de percusión mediata. Este enrojecimiento puede o menos acentuado, siendo visible y hasta pudiendo faltar en las formas avanzadas de adenopatía. Sucesivamente, en el Congreso Junio de 1927, de la misma Sección, la doctora Tono, comunicó haber buscado dicho signo en más de 200 casos de adenopatía peritraqueobronquial, encontrándolo siempre presente, y, para probar que se trata de una alteración vasomotriz de los capilares de la piel por la compresión de las glándulas sobre el simpático, practicó inyecciones de pituitrina en los niños que presentaban ese signo y vio desaparecer completamente el fenómeno. De Simone cree que el enrojecimiento es debido a vasoparálisis. Un fenómeno pare-

cido ha sido puesto en evidencia en los niños con **tuberculosis** pulmonar por Clara Zawisch-Osseintz, la que encontró que el frotamiento de la piel del tórax que corresponde a las partes enfermas del **pulmón** provoca **enrojecimiento**, en **perfecto** acuerdo—en casos livianos y **medianamente graves**—con los datos clínicos y **radiológicos**.

Los AA., investigando este signo en niños con adenopatía peritraqueobronquial de naturaleza tuberculosa, lo encuentran positivo casi en todos los casos y **lo interpretan como** debido a una excitación del simpático, puesto que aumentando o **rebajando** su tono con la adrenalina y con la **ergotamina**, dicho signo se **acentúa** o se **atenúa**.

El fenómeno sería debido a un **reflejo vasal** localizado, que se manifiesta al **través** de las fibras **vasodilatadoras** del simpático por una estimulación transmitida por las **ranas comunicantes**, probablemente por la **intervención** de los centros vasodilatadores espinales **exitados**.

D.

NOTAS

El Doctor Samuel Molina Gómez, fue admitido, en la última **sesión de la Sociedad**, como socio activo de la misma.

En los **últimos** días de noviembre llegará a Tegucigalpa, el Dr. Pompilio Romero, miembro de la Asociación, quien dará en su peno una **conferencia**, para la cual fue desde hace varios meses invitado, sobre un nuevo método terapéutico. En nuestra próxima edición liaremos un amplio detalle de las ideas y resultados prácticos del Dr. Romero.

En las primeras páginas de este número publicamos una extensa lista ríe los médicos, farmacéuticos, y dentistas incorporados a la facultad y graduados en ella a efecto de que todos los profesionales so enteren de quienes son los **autorizados** por la ley para ejercer su profesión y quienes no estén en ella sean denunciados para **aplicarles** el artículo correspondiente de la ley de policía.

Los mandatos al dispéptico:

- 1° Comer muy lentamente.
- 2° Masticar muy bien; particularmente loa farináceos, aunque estén reducidos a puré.
- 3° No beber comiendo, por consiguiente no tomar sopa.
- 4° No comer pan.

LESNE.

LO QUE DICEN LOS MARSTROS

El diagnóstico de la *fiebre de invasión bacilar*, impropriamente llamada *tifobacilosis*, se hace tan luego como simplemente por la cu ti-reacción a la tuberculina. Un resultado positivo permite eliminarla de las fiebres tifoidea o pura tifoidea así como las neumococias, y tratar útilmente el enfermo por la seroterapia.

AUDRE JOUSSET.

Hay un hecho que **conocemos** todos indiscutible, evidente, un cáncer curará tanto mejor cuanto sea menos extendido, menos difuso mejor localizado, más pobre en ganglios alejados, en una palabra, cuando esté mes cerca de su principio y operado más precoz mente. Toda la cuestión está allí.

J.L.FAURE.