

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

Director:

Dr. Salvador Paredes P.

Redactores:

Dr. Ricardo D. Alduvín

Dr. Manuel Larios Córdova **Dr. Manuel Cáceres Vijil**

Secretario de Redacción:

Dr. Tito López Pineda

Administrador:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año II | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Septbre. de 1931 | Núm. 17

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Cuando hace apenas veintisiete meses que un grupo de médicos de Tegucigalpa organizamos la Asociación Médica Hondureña, idealismos eran las causas determinantes de aquella resolución. Sobre ellos construimos nuestras leyes y tras de su realización estamos siempre. El programa **va** desarrollándose más rápido de como habíamos pensado. La armonía más cordial reina en el gremio médico; ya no más esquivances ni distanciamiento; algunos más **p^r** pereza que por falta de simpatía nos abandonan, el mal es muy común, es el mal de la mayor parte de los ciudadanos y si bien no nos resignamos **a** aceptarlo como el mejor medio de vivir, lo perdonamos.

Durante el presente año la Socielad ha entrado de He- no en la era científica; en todas las sesiones se presenta un trabajo, se discute y se aprovechan sus útiles enseñanzas.

Todos los socios que son Profesoreres en la Escuela de Medicina, empapados de su deber, cumplen fielmente con él. Repetidas veces los hemos visto con qué solicitud atienden al compañero enfermo. En estos últimos días que **tuvimos la desgracia de perder uno y tener otros postrados en el le-**

cho, las pruebas de afecto y de pesar han sido abundantes.

Y así en todo, la Sociedad marcha, marcha tal cual la soñamos, y marchará más y mejor a medida que los años le vayan mostrando los luminosos senderos.

Al hacer esta afirmación quiero explicar su fundamento. En este mes de septiembre, diez y siete médicos, todos pertenecientes a la Asociación Médica han convenido en fundar una Sociedad Anónima con la cooperación de valiosos elementos de la capital: abogados, farmacéuticos, banqueros, comerciantes, ingenieros y capitalistas. Esta Sociedad tendrá por objeto establecer un Hospital privado en la ciudad, con todos los elementos necesarios para asistir con la mayor eficacia los enfermos que lo soliciten. Allí estarán los diversos servicios atendidos por nuestros más competentes galenos especializados en cada una de las ramas de la Medicina. Allí se verá un buen Departamento de Laboratorio, Radiología, Farmacia, Sala de Operaciones, apartamentos de lujo, cuartos bien instalados y salas comunes para enfermos cuya capacidad económica sea modesta.

La Sociedad está organizándose, todos sus miembros están ya preparando los proyectos y presupuestos de los materiales que se usarán.

Un magnífico edificio al que se harán los reparos convenientes, alojará la Policlínica, nombre adoptado para nuestro Hospital.

Esperamos que en Diciembre o Enero podremos inaugurar el establecimiento, que desde ahora goza de todas las simpatías del público capitalino.

En él encontrarán la mejor acogida nuestros consocios de toda la República así como los enfermos que ellos nos envíen. Lo tendrán a sus órdenes desde el día de la inauguración.

Esta breve noticia no tiene por objeto sino demostrar el fruto obtenido por la Asociación Médica a los veintisiete meses de existencia.

Hacer ver lo que puede la unión y buen entendimiento de los elementos que antes dispersos y desconocidos, hoy con la mayor confianza y entusiasmo se arriesgan a una empresa que solo la solaridad y fraternidad en que vivimos puede permitir su pronta ejecución.

Y para concluir, exitamos a los colegas y consocios del resto de la República a seguir el ejemplo que damos nosotros, estrechando más sus relaciones profesionales y amistuos*

EL "COLERÍN"

SINONIMIA: Cólera Nostras, Dishidrosis muscular de origen intestinal, Coübacilosis aj»uda, Colerina.

DESARROLLO

El Colerín es una enfermedad aguda, epidémica y contagiosa cuyas manifestaciones radican en el intestino delgado y que se presenta de manera brusca, casibru-■ tal.

El principio es a veces incidioso y sin que el sujeto presente malestar alguno, es atacado de improviso de nauseas, vómitos y evacuaciones que, al principio diarreicas, se convierten luego en acuosa?.,

Las evacuaciones se repiten con un corto intervalo, acompañadas o precedidas de cólicos; después de una serie de deyecciones francamente diarreicas viene el período de las evacuaciones líquidas, ricas en partículas blancas o ligeramente amarillentas, semejantes a la clara del huevo cocida y finamente despedezaday ca ia evacuación va seguida de un vómito también acuoso.

La sed es insaciable y los líquidos ingeridos son expulsados casi inmediatamente; como consecuencia de ésto hacen su aparición las terribles y dolorosas contracturas, llamadas vulgarmente calambres, y que se localizan al principio en el dorso del pie, músculos de la región posterior de la pierna y en todo el muslo, pero luego, y cuando el individuo pretende hacer cualquier movimiento, se verifica la contractura en los músculos encargados de hacer el movimiento; los músculos raaseteros participan de ellas y lo mismo los intestinos, cuya musculatura se contrae horriblemente.

La facies del enfermo adquiere prontamente, al rededor de unas pocas horas, un aspecto característico: los ojos aparecen profundamente enclavados en las órbitas, las mejillas se hundén, la nariz se adelgaza y o! aspecto general es cadavérico.

sas; uniéndose en todas las poblaciones donde haya más de uno; en particular nos dirigimos a los de San Pedro Sula y La Ceiba; allí hay de quince a veinte médicos que con facilidad podrán realizar obras iguales o mejores que la nuestra. Creemos firmemente que sólo así podemos llamarnos servidores leales y honrados de la Ciencia Médica, de la Patria y de la Humanidad.

Tegucigalpa, Septiembre de 1931,

La respiración es corta y superficial y el pulso casi filiforme es incontable, al mismo tiempo que la temperatura desciende hasta 34° y se sostiene baja a pesar del tratamiento.

Uno de los nombres con que se le conoce a esta enfermedad (Disidrosis Muscular de Origen intestinal), obedece sin duda alguna a la cantidad de agua expulsada en cada evacuación y en cada vómito, lo que, según la opinión de todos los autores, produce las contracturas musculares. Con respecto al nombre de Cólera Nostras y Colerín o Colerina, es porque todas sus manifestaciones son parecidas al del Cólera Asiático.

La causa indudablemente está en la virulencia adquirida por el *Coübacilo* que, como se sabe, es huésped en nuestro intestino, pero lo que falta esclarecer es el motivo que lo hace virulento o patógeno.

Se ha invocado como causas generadoras de Colorín, los alimentos de mala calidad, conservas en latas y verduras cruda?, el queso, la leche y otros más; también el agua es un gran agente ocasional o propagador de la enfermedad, mayormente cuando está contaminada por las deyecciones de enfermos anteriores. Claro está también que los **alimentos** contaminados con las aguas infectadas serán también productores de la enfermedad.

Otros autores afirman también que el exceso de trabajo predis-

pone a los ataques de Cólera Nostras, entre ellos el Prof. De-Jeorges, del Hospital Civil de Vichy.

Para este autor, mientras la mucosa intestinal esté íntegra, no habrá un ataque patógeno; pues la mucosa íntegra forma una barrera a los agentes patógenos; pero, si cualquier causa, banal en apariencia, produce ligera alteración en este tejido, ello viene a provocar un ataque.

Señala entre estas causas la estasis intestinal, especialmente la cólica derecha ya sea por excrementos duros y secos o bien por deyecciones líquidas irritantes para la mucosa.

En general, este autor hace mención a todo aquello que hace a la mucosa intestinal un **punto** de entrada a los gérmenes y hace incapie en el abuso de alimentos que rompan el equilibrio microbiano intestinal.

Todos los casos que he podido observar, comenzando por el mío, persona!, han tenido el mismo curso típico, desde el vómito o evacuación inicial hasta la pérdida del conocimiento en colapso, y, todos han cedido al mismo tratamiento, siempre que haya sido oportuno y activo.

TRATAMIENTO Uno de los procedimientos más activos, sin duda alguna, para combatir la terrible deshidratación general y, como consecuencia, las dolorosas contracturas, es seguramente la inyección repetida de *Suero Fisiológico* ya sea in-

tramuscular o intravenosa que es más rápido, porque indudablemente, la pérdida de] agua por los vómitos y las evacuaciones, arrastra consecuentemente a la muerte en poco tiempo.

La cantidad inyectada depende de la gravedad del caso, pues los hay que reaccionan a un litro y otros hasta dos y más.

Hay que advertir, que cuando se inyecta el suero por vía subcutánea, puede el líquido no ser absorbido y el enfermo no obtiene resultado alguno.

Naturalmente que las dosis a inyectar por vía intravenosa no podrán alcanzar la cantidad que es posible inyectar por vía subcutánea, pero podrán inyectarse pequeñas cantidades repetidas durante el día.

Otro problema a resolver inmediatamente es el de levantar el tonus cardíaco que casi está perdido, por medio de tónicos cardíacos a elección entre el aceite alcanforado a fuertes dosis, la estricnina y a veces la cafeína.

Los vómitos no ceden con medicamento alguno mientras la deshidratación no se conjura y, la administración de líquidos les aumenta más pues es notoria la intolerancia gástrica; una vez detenidos los vómitos el enfermo se queja de sed intensa y este es el momento de hacerlo ingerir líquidos fríos o calientes, de preferencia los primeros.

También hay que combatir enérgicamente el enfriamiento general por medio de empaques,

bolsas de hule con agua caliente o botellas en caso de no tener a la mano las bolsas.

Otro de los medios a echar mano es el de inyectar cultivos de Colibacilos o bien administrar los filtrados por vía bucal ya sea con los nombres de Colíticos o Enterofagos, pudiendo prolongar este medio aún después de haber pasado el período agudo y como **proproriláctico**.

El examen de las materias fecales no revela más que la presencia de fuerte cantidad de Colibacilos solos o acompañados de cocos." ■

PROFILAXIA

Siendo el agua un medio que puede estar infectado o ser causa de virulencia del Coli, se debe beber hervida y filtrada, no ingerir legumbres que no estén cocidas y evitar toda digestión en el régimen alimenticio, eliminando las conservas, la leche no garantizada y que sea hervida; hacer uso de quesos de buena calidad y, en fin, alimentarse de todas aquellas sustancias que por su naturaleza sean de fácil digestión.

Hay que evitar en lo posible que las moscas se pongan en contacto de los alimentos, pues no hay que negar el papel preponderante que estos insectos ejercen en la propagación de esta enfermedad.

NOTAS

Cinco son los casos que he tenido ocasión de observar y tratar en menos de mes y medio, casos que comenzaron por el mío y que

se sucedieron en personas que no habían tenido relación conmigo, y no voy a referir de cada uno sus manifestaciones, porque todos han estado amoldados al mismo cuadro descrito, no faltando ni el menor síntoma apuntado.

Como tampoco es mi objeto hacer una descripción de la enfermedad conocida bien por todos mis compañeros, sólo quiero llamar la atención a que dicha enfermedad que ha aparecido últimamente entre nosotros" está diseminándose prodigiosamente y que, en este caso, urge que nosotros nos pongamos en guardia para tener presente los casos anotados y estar alertas aún cuando creamos que se trata de una cosa banal como una simple indigestión, pues la manera brutal del ataque consiguiente al primer vómito o primera evacuación, se produce indefectiblemente.

En la Sesión de la Asociación Médica Hondurena en donde hice una breve reseña de esta enfermedad, nos dimos cuenta de que la Dirección General de Sanidad ignoraba la existencia de esta enfermedad, pero a este respecto, debo manifestar que nosotros somos culpables en parte, pues no cumplimos nuestros deberes poniendo en conocimiento de esa Institución las enfermedades epidémicas o contagiosas que caen en el radio de nuestra clientela civil.

J. Azpitru España,

No hagas jamas operar un niño atacado de vegetaciones Adenoides sin haberos asegurado por una cuti-reacción que el bacilo de Koch no es responsable. La meningitis tuberculosa podría ser la conclusión del acto operatorio. — *Andre Jousset.*

La causa Principal de las enfermedades de los Órganos de los Sentidos

Por Osear D. MEYER, M. D.

Saint Louis, Missouri.

El funcionamiento normal de los órganos de los sentidos es de la mayor importancia. ■ Prácticamente todas las impresiones que llegan a los diferentes centros del cerebro, incluyendo a aquellas que tienen que ver con la educación del individuo, son transmitidas por medio de los órganos de los sentidos.

Cuando funciona normalmente, ninguna estructura en el cuerpo humano tiene una influencia tan directa sobre nuestro bienestar como la de los órganos de los sentidos.

No es una exageración afirmar que el 25% de la población de los Estados Unidos padece de defectos de los órganos de los sentidos. Cuando **consideramos** esta vasta muchedumbre de individuos defectuosos entre los 120.000.000 de habitantes de los Estados Unidos, no podemos menos de maravillarnos y preguntarnos cual es la causa fundamental de esta tragedia.

Al analizar la causa de esta seria situación, debemos considerar que las estructuras que componen los órganos de los sentidos son el medio de contacto externo de nuestro sistema nervioso central con el mundo exterior. Con esta idea por delante podemos ver la posibilidad de una afección del sistema ner-

vioso central, en muchos casos, cuando los órganos de los sentidos aparecen dañados.

Varios investigadores incluyendo a Hazen, Hughes, Osler, **Stokes** y Warthin piensan que la sífilis, ya sea adquirida, congénita o hereditaria, es la causa probable, directa o indirecta, del 25% al 50% de las enfermedades del sistema nervioso.

En un resumen reciente de varios libros sobre enfermedades del sistema nervioso, de varios sobre Medicina general y de otros tantos sobre sífilis, encontré que el 70% de más de 70 enfermedades importantes del sistema nervioso pueden ser atribuidas a la sífilis sola o en combinación con otras enfermedades.

Cuando consideramos el porcentaje tan alto de enfermedades del sistema nervioso que pueden ser atribuidas a la sífilis como la causa o la causa probable, podemos también asumir por deducción lógica ser esto mismo cierto para las muchas enfermedades de los órganos de los sentidos.

El ojo, posiblemente el más activo de los órganos de los sentidos y el más importante en crear impresiones correctas en los varios centros del cerebro, es particularmente susceptible a los ataques de la sífilis cuando esta

enfermedad existe en forma activa.

Se ha calculado que hay más de 113.000 ciegos en los Estados Unidos. Se ha calculado también que el 12% de los niños de escuela y un porcentaje aun más alto de la población adulta de los Estados Unidos tienen defectos de visión.

No es una exageración afirmar que aproximadamente el 25% de los casos de ceguera y visión defectuosa en los Estados Unidos es causado por la sífilis, ya sea adquirida, **congénita** o hereditaria.

El informe reciente de un estudio sobre la frecuencia de lesiones oculares, en un grupo de enfermos con reacción de Wassermann positiva, hecho por los doctores Frank H. Rodoin y James G. Carson en la clínica de la Universidad de Stanford, de San Francisco, California, **fue** publicado en el número de agosto 3, 1929 del JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. El resumen condensado del informe es como sigue:

De 1.000 enfermos adultos con reacción de Wassermann positiva, el 10% presentaban lesiones oculares de origen sifilítico. Prácticamente todas las lesiones patológicas del ojo estaban representadas en este grupo de 100. Las encontradas con mayor frecuencia fueron las del tipo **degenerativo**, por ejemplo atrofia óptica, pupila de Argyll-Robertson, oftalmofegia interna y externa, keratitis intersticial, etc.

La siguiente lista de los nom-

bres de las enfermedades más importantes de los ojos atribuible a la sífilis -sola o en combinación con otras enfermedades:

Pupila Argyll-Robertson.
Atrofia del nervio óptico.
Catarata.
Edema papilar.
Coroiditis.
Malformaciones **congénitas** del ojo, órbita y párpados.
Conjuntivitis.
Ciclitis.
Enfermedades del cristalino y vítreo.
Enfermedades del aparato lagrimal.
Embolismo.
Episcleritis.
Glaucoma.
Hydrophthalmos.
Hyalitis.
Iridocoroiditis.
Iritis.
Iridociclitis.
Keratitis intersticial.
Lagophthalmos. ' Neuritis retrobulbar.
Ophthalmoplegia interna y externa.
Papilitis.
Periostitis de la órbita.
Ptosis.
Retinitis.
Scleritis.
Tarsitis.
Tumores.
Ulceras.

SENTIDO DEL OÍDO

Los órganos y estructuras encargadas de la función auditiva también son sitios de localización sifilítica cuando esta enfer-

me dad existe en forma activa. Cuando el nervio auditivo es atacado por la sífilis, como también en el caso del nervio óptico, estamos en realidad, en gran número de casos, en presencia de una sífilis del sistema nervioso central.

Se ha calculado que existen cerca de 50.000 sordomudos en los Estados Unidos. El número de niños de escuela que padecen de sordera total o parcial se pone en 3.000.000 y el de los adultos en 7.000.000. No hay otra enfermedad fuera de la sífilis a la que se pueda atribuir tan nefastos efectos sobre la función auditiva.

La siguiente lista incluye las enfermedades más importantes del oído atribuibles a la sífilis sola o en combinación con otras enfermedades:

Atrofia del nervio auditivo.

Atresia del canal.

Defectos **congénitos**.

Laberintitis.

Malformaciones.

■ Mastoiditis aguda y crónica.

Otitis media crónica, interna y externa.

Otitis media supurante.

Vértigo.

SENTIDO DEL OLFATO

Los órganos y aparatos que forman el sentido del olfato son a veces atacados por la sífilis. Defectos del sentido del olfato no son descubiertos tan a menudo como los del sentido de la vista o del oído. Esto es debido a que el nervio olfatorio, siendo de

menor importancia que el óptico o el auditivo, no es examinado con la frecuencia de estos.

Aunque careciendo de estadísticas sobre este punto, podemos asumir que en los Estados Unidos un 3 o un 5% de los habitantes sufren de defectos olfatorios.

La siguiente, es una lista de las más importantes enfermedades de la nariz y estructuras vecinas atribuibles a la sífilis sola o en combinación con otras enfermedades:

Abscesos.

Cáncer.

Celulitis.

Catarro Crónico.

Defectos y malformaciones congénitas.

Infecciones focales.

Hemorragia nasal.

Hydrorrhea.

Ozena.

Neurosis de la nariz.

Rinitis crónica.

Rinitis atrófica.

Sinusitis-frontal, etmoidal, esfenoidal, maxilar.

Tumores.

SENTIDO DEL GUSTO

El sentido del gusto también está sujeto a modificaciones causadas por la sífilis. Por lo menos un 3 a un 5% de los habitantes de los Estados Unidos tienen un sentido del gusto defectuoso.

La lista siguiente comprende las más importantes enfermedades de los órganos del sentido del gusto atribuibles a la sífilis o aquellas en que la sífilis

se coloca como una de las causas.

Abscesos.
Adenoides.
Catarro de la laringe.
Defectos del lenguaje.
Infecciones focales.
Faringitis crónica.
Laringitis.
Leucoplakia.
Malformaciones.
Placas **mucosas**.
Tonsilitis crónica.
Tumores.

Algunas de las **enfermedades** citadas anteriormente tienen **indudablemente** su influencia en viciar el sentido del gusto.

SENTIDO DEL TACTO

El sentido del tacto es uno de los más importantes porque su función tiene que ver con el coordinamiento y equilibrio del cuerpo.

Cuando los nervios sensitivos están atacados por la sífilis, como en el caso de la ataxia locomotriz, podemos considerar, en la gran mayoría de las veces, que existe una lesión del sistema nervioso central. Sensaciones defectuosas pueden ser causadas por lesiones de los nervios sensitivos, de ciertos ganglios, de ciertos centros del cerebro, o de

una afección de los cuernos posteriores de la médula espinal.

La lista siguiente comprende las más importantes enfermedades de los nervios sensitivos que tienen por causa la sífilis a en las cuales se considera la sífilis junto con otras enfermedades como la causa probable:

Ataxia locomotriz.
Ataxia paraplegia.
Esclerosis cerebral y espinal.
Mielitis aguda y crónica.
Neuritis simple y múltiple.
Parálisis (hemiplegia, monoplegia, paraplegia).
Poliomielitis posterior (crónica).
Siríngomielia.
Tumores de la médula.

El poder de la palabra articulada, aunque no se le considera como uno **de** los sentidos psíquicos, está, sin lugar a duda, íntimamente relacionado con el sentido del oído.

Se ha calculado que en los Estados Unidos existen más de 1.000.000 de personas con defectos graves del poder de la palabra y más de 4.000.000 de personas con defectos leves. Estos defectos *son* debidos, sin duda, a ciertas malformaciones estructurales, a r.n sistema nervioso

Fibromatosis Salpingitis Bilateral Crónica y Degeneración Escleroquística de los Ovarios

M. de C. de 48 años, casada, de oficios domésticos, vecina de esta ciudad, ingresa al primer Servicio de Cirujía de Mujeres del Hospital General el 28 de julio de 1931, por un fuerte dolor en el vientre y una hemorragia uterina abundante.

Al examen, la enferma cuenta que desde hace diez meses se le **suspendió** la menstruación, pero que el 2 de julio le volvió con

defectuoso y a una enfermedad activa. La sífilis es la causa principal de estas tres taras por las razones siguientes:

(1) Muchas deformaciones congénitas son el resultado obvio de la sífilis. Se considera que la sífilis es probablemente la única enfermedad que puede ser transmitida de padre a hijo antes de nacer éste.

(2) Se considera que la sífilis es la causa probable de la mayoría de las enfermedades y neuroses del sistema nervioso. Muchos defectos de lenguaje debidos a neurosis funcionales son en realidad una forma de paresia local.

(3) La sífilis ha sido la más importante y la más activa de las enfermedades que atacan a los órganos de los sentidos, incluyendo el de la palabra articulada.

abundancia y una duración de ocho días; estuvo tres días sin ella y luego le volvió con la misma abundancia, apareciendo entonces un dolor en la región hipogástrica con irradiación hacia los lombos.

A la inspección se nota un vientre ligeramente prominente; a la palpación doloroso, haciendo difícil una exploración por el tacto combinado. En la vulva se encuentra un escurrecimiento de sangre que al poner el especulum se constata su proveniencia uterina.

La enferma ha menstruado siempre muy bien; ha tenido seis hijos de término.

La reacción de Kahn es positiva; más 4. Ha tenido tratamiento específico hace un año. Fue operada de hemorroides hace un año y curada completamente.

Sin datos suficientes para hacer un diagnóstico firme, resolví practicar una laparatomía exploradora.

Encontré dos enormes bolsas de piosalpingitis, un útero fibromatoso con un fibroma, como una nuez, pediculado al fondo, y 4 del tamaño de un huevo intersticiales; un quiste del ovario izquierdo y una degeneración escleroquística del derecho.

Hice una histerectomía abdominal subtotal con extirpación de los anexos.

Por haberse roto una de las

bolsas de pus, dejé un drenaje de Mikulicz.

El mismo día de la operación la enferma se coloca en posición de Fowler, se le pone un Murphy e inyecciones de aceite alcanforado.

La temperatura oscila los días siguientes entre 37.95 y 38.75.

El Mikulicz se retira en parte a las 48 horas y el resto a las 72, colocando después un tubo de caucho en el Douglas por la herida abdominal.

Al cuarto día la enferma se queja de dolor torácico izquierdo, disnea y expectoración herrumbrosa. Al examen físico se constata la presencia de una neumonía izquierda que con ventosas, aceite alcanforado, antisépticos respiratorios y suero antineumónico cede al sexto día.

La paciente sale completamente curada del Hospital el 25 de agosto, 27 días después de la operación.

COMENTARIO

Nada de interesante tendría el caso referido si todos los sínto-

mas de una salpingitis, de un fibroma o de una degeneración quística de los ovarios los hubiéramos encontrado en una forma mas o menos completa y sometidos al gran rigor de la evolución; pero no; se trata de una mujer de 48 años, que hace uno no menstrua, que siempre regló normalmente; sin flujo purulento, sin dolores, sin acceso de salpingitis aguda, sin abortos, a pesar del Kahn positivo, que repentinamente es atacada -de una metrorragia fuerte de ocho días de duración, reposo de tres días y luego, vuelta prosiguiendo veinte días, hasta el de la operación.

Mi primera impresión fue de que se trataba de un fibroma, por la hemorragia y por sentir una tumefacción en el Douglas de difícil apreciación ya que el tacto combinado a la palpación abdominal era imposible por la contractura abdominal. Por esto creí encontrarme con un síndrome abdominal cuya naturaleza no podía calificar y resolví una laparatomía inmediata.

Las bolsas purulentas serían recientes? De ninguna manera.

La enferma no ha tenido parto, aborto ni infección gonococcica, ni general y luego ningún accidente febril, ni doloroso; su estado general magnífico.

Serían los fibromas los causantes de la hemorragia? Muy probable, pero difícil de probar que solo ellos; eran unos intersticiales y otros subperitoneales ninguno submucoso.

O bien la ovaritis escleroquistica será la responsable del episodio hemorrágico?

Las tres afecciones son capaces de presentar el síntoma metrorragia y hallándose las tres no podemos afirmar cual de ellas fue.

Pero no es esto lo que ha llamado mi atención ni despertado la curiosidad, sino el síndrome doloroso abdominal inferior con contractura, sin timpanismo, sin vómitos, sin detención de materias ni de gases y sin temperatura; sin torción de ningún pedículo, sin apendicitis aguda ni crónica.

Todas las molestias cesaron después de la intervención y a no haberse presentado una neumonía de carácter benigno el postoperatorio hubiera sido de lo más agradable.

Muchísimos son los casos que como este se presentan en la clínica sin grandes síntomas de airona, y que una simple laparatomía salva todos los riesgos de muerte cuando el diagnóstico es dudoso o impracticable.

Nuestra experiencia se afirma más y más cada día en favor de las intervenciones inmediatas sea con diagnóstico o sin él.

Cuando lo hemos hecho por la segunda eventualidad ha sido con el mayor beneplácito, pues siempre hemos encontrado la causa del mal y su curación.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, septiembre de 1931.

Cuando en una mujer que se **acongoja** de su infecundidad después de algunos años de matrimonio, no descubris por un examen minucioso **ninguna** causa **apreciable**, no os dejéis intimidar por la actitud triunfan Le del marido, obeso y **pretencioso**, que está al lado de ella, testificando que una prueba reciente no deja ninguna duda sobre sus aptitudes para la procreación. Ordenadle leer el documento: encontraréis frecuentemente en superlativo la reproducción del verso bien conocido de Virgilio: "**Aparent rárissimum nantes**" ingeniosamente rodeado por un jefe de Laboratorio **inteligente**, fórmulas destinadas a salvaguardar el amor propio del **macho**. El hombre cuyas facultades genésicas no dejan nada que desear, no piensa invocar el concurso de un **microspopio**. — *Siredey*.

Qué de lesiones del pulmón no son visibles al simple examen radioscópico: Para percibir las una radiografía es indispensable y la radioscopia, en semejante caso, riesgo de dar una falsa seguridad. —■ *Robert Debré..'*

Invitación a los médicos hondureños

5 de septiembre de 1931.

Señor Decano de la Facultad de Medicina, Cirujía y Farmacia.

Presente.

Cumpliendo instrucciones del señor Rector de esta Universidad, me permito la honra de transcribir a Ud. el oficio que literalmente dice:

"Oficio NP 165.—Tegucigalpa, 2 de septiembre de 1931.—Señor Rector de la Universidad Central.—Presente.—Para que Ud. se sirva gestionar con el señor Decano de la Facultad de Medicina sobre la iniciativa del señor Cónsul General de Honduras en Italia, transcribo a Ud. el oficio del señor Ministro de Relaciones Exteriores: "Tegucigalpa, 29 de agosto de 1931.—Señor Ministro Tengo la honra de transcribir a Ud. el atento oficio que literalmente dice: "Consulado General de la República de Honduras en

Italia.—Roma, 25 de julio de 1931.—Su Excelencia Dr. don Salvador Zelaya.—Ministro de Relaciones Exteriores.—Tegucigalpa.—Cumplido con mi deber de informar a V. E. que en el verano de 1932 se celebrará en Italia un curso rápido de Medicina y asistencia social para Médicos de la América Latina. El curso durará 18 días: empezará el primero de junio y acabará el 18 del mismo mes; y se propone hacer conocer a los Médicos de la América Latina unos notables y originales establecimientos italianos de asistencia e higiene social, en conformidad de la legislación social italiana. El curso es gratuito. Los Médicos que se escribirán al curso tendrán el medio de visitar, entre otro: A) En Milán 1.—Clínica del Trabajo; 2.—Clínica Ortopédica; 3.—Museo para la prevención de los infortunios de obras de higiene preventiva industrial; 4.—Clínica Obstetricogineológica; 5.—Instituto provincial de asistencia a

La frecuencia de la Sífilis sin Chancro y de las Sífilis serológicas en la mujer

Algunas hipótesis relativas a las contaminaciones inexplicables

Es una cosa clásica dividir la evolución de la sífilis en tres períodos sucesivos: primario, secundario y terciario.

E indudablemente que este cuadro esquemático debe seguir

siendo la base de la enseñanza clínica. *Mas*, sin embargo, hay hechos que demuestran que no debemos atenernos siempre a esta concepción demasiado matemática, para lo cual habremos

los niños; 6.—Clínica Pedriática; 7.—Instituto psiquiátrico de Mombello y labores de los dementes; 8,—Poli ambulancia Ranzoni, para cercioramiento y profilaxis de la tuberculosis pulmonar; 9.—Nuevo grande Hospital de Milán; 10.—Instituto para el cáncer; 11.—La ciudad para los estudiantes en Milán. B) En Pavia: 1.—Visita a un arrozal; 2.—Trabajo de la seda artificial; 3.—Instituciones contra el paludismo; 4.—Instituto contra la hidrofobia. C) En Salice (Voghera): 1.—Estación hidroclimática para obreros; 2.—Con valencianos obreros; 3.—Manianaies sulfureros; 4.—Fuentes salsojódicas de Salice. D) Pietraligure (Genova) : 1.—Institutos heleoerápicos y quirúrgicos. E) En Genova: 1.—Instituto Maragiliano para la cura cié la Tuberculosis y vacunación antitubercular; 2.—Instituto Biotipológico de la Clínica Médica; 3.—Obras antituberculares de Genova. F) En Chiavari (Genova): Visita al Colegio Devoto (m. 1.200 sobre el nivel del mar), a los bosques de hayas, y a Instituciones de Pneu-

mocomiosi. Como el curso está limitado solamente a cuarenta Médicos de la América Latina, es oportuno que los aspirantes envíen enseguida su pregunta de admisión a la "Real Clínica del Lavoro" en Milán, vía San Barnaba. 8.—Podrán también enviarla a este Consulado General quién se apresurará en transmitirla a la dicha Clínica. Aparte envío a V. E. algunos programas del mismo curso. Sin otro para más, aprovecho la oportunidad para reiterar a V. E. el testimonio de mi más alto aprecio y distinguida consideración, con ■que me suscribo del señor Ministro muy atento y seguro servidor, (f) Dr. Br. Of. Augusto Guillermo Tuccimei, Cónsul General de Honduras en Italia".—Reitero a Ud. los sentimientos de mi consideración más distinguida.—(f) Salv. Zelaya".—Al señor Ministro de Instrucción Pública.—Su despacho.—De Ud. atento y S. S.—S. Corleto".

Con toda consideración, soy de Ud. su atento y seguro servidor.
LISANDRO VALLE, Secretario.

de probar, en otro trabajo posterior, las modificaciones de las ideas actuales en lo concerniente a los períodos secundario y terciario de la sífilis.

Por **hoy**, hemos de contentarnos con examinar solamente algunos puntos que *se* relacionan con la ausencia observada a menudo del chancro endurecido inicial y la frecuencia de las sífilis serológicas en la mujer. Y comentaremos brevemente, por último, basándonos en hipótesis todavía frágiles, si es posible llegar a prever la explicación de determinadas contaminaciones que pueden verdaderamente ser calificadas de misteriosas.

Fuera de las **sífilis** hereditarias y conceptuales que comienzan de sopetón por accidentes secundarios y hasta terciarios, y por lo cual se las llama sífilis decapitadas, es una cosa admitida que toda sífilis adquirida debe empezar por un chancro endurecido.

Antiguamente, en una época en que no podía concebirse que una sífilis no empezara por un accidente primitivo cuando, al examinar a una mujer, no era posible hallar el chancro, se admitía que entonces se trataba bien de un accidente inicial situado en una región inaccesible mediante el examen directo, ya de un chancro enano, ya de un chancro "efímero", desaparecido muy de prisa, desaparecido casi inmediatamente después de haberse manifestado, *sin* dejar tras

ni **cicatriz** alguna ni tampoco ninguna adenopatía.

Por todo ello, nuestro ilustre maestro Fournier, tenía la convicción, que muchos sifilógrafos actuales no comparten, de que el chancro del cuello uterino es muchísimo más común de lo que se supone generalmente: "En primer lugar — decía —, por su situación está llamado a pasar inadvertido; y en segundo, tiene como carácter el de modificarse muy a prisa y hasta el de curar espontáneamente, con una singular rapidez, sin dejar ninguna traza ni cicatriz alguna".

Por otra parte, el profesor Fournier admite, aunque a regañadientes, si así puede decirse, la posibilidad de sífilis de sopetón, sin chancro inicial, si bien agrega: "Pero está aún lejos de hallarse establecida la autenticidad de esta sífilis de sopetón. Y hasta podría decirse que esta autenticidad está condenada por el testimonio irrecusable de la experimentación, siendo la última palabra sobre el particular la doctrina que Ricord ha sabido expresar en su lenguaje figurado: "La sífilis no penetra nunca en la economía sin fractura, y no invade jamás el organismo sin hacer su agujero por alguna parte. Luego tiene siempre su puerta de entrada. Este agujero, esta puerta de entrada, es el accidente de contagio, el chancro, el cual es como el preludio de toda manifestación y hasta en cierto modo es el éxodo indispensable de la enfermedad!"

Y algún tiempo después han sido menester las primeras obser-

vaciones publicadas por los maestros de San Lázaro, tales como Julien y Verchère, para que empezara a admitirse que pueda existir una sífilis sin chancro, que empezara por accidentes generalizados de sífilis secundaria, debido a la inoculación directa, en la circulación, del virus específico, del treponema, desconocido, por supuesto, en aquella época.

Más tarde, numerosas observaciones han venido a confirmar que, en efecto, en las mujeres se encontraba una proporción importante de sífilis manifestadas así de .sopetón.

Sí, en determinados casos, estas -sífilis decapitadas comienzan por la roseóla, la angina o placas mucosas, y evolucionan en seguida, como todas las sífilis adquiridas, por el contrario, con bastante frecuencia pueden verse infecciones específicas que *re* revelan por lesiones muy limitadas, y hasta por un síntoma único, el cual no se ve seguido de ningún otro accidente, e incluso se manifiestan por un estado que nada hacía pensar que pudiera relacionárselo con la sífilis, fuera de los exámenes de laboratorio, a saber: anemia, astenia, adelgazamiento, trastornos menstruales, palpitaciones, jaquecas, dolores reumáticos, etc., pues todos estos accidentes ceden casi siempre al tratamiento específico en cuanto se logra averiguar su causa.

Por lo demás, todo lo que la clínica había ya demostrado, aunque sin pruebas, iba a verse seguida confirmado por los exámenes de laboratorios, e in-

cluso en una proporción que no era posible sospechar. Tan es así que habiendo decidido, hace unos tres años aproximadamente, que se practicara la serorreacción en todas las prostitutas, hemos podido comprobar que entre un número muy importante de estas mujeres que siempre habían aparecido como sanas durante seis visitas, y eso durante varios años, había muchas con sífilis sin accidentes visibles y reveladas únicamente gracias a la serorreacción.

Entre más de siete mil serorreacciones practicadas, nos hemos detenido únicamente en ochocientas observaciones relativas a otras tantas mujeres cuya sangre había sido examinada en el mismo laboratorio por nuestro distinguido colaborador, el doctor Rabreau, jefe de laboratorio del dispensario de salubridad.

Entre esas ochocientas mujeres cuya cartilla sanitaria se hallaba virgen de sífilis, 104. es decir, el 33 por 100 exactamente, presentaban un B. W. completamente positivo.

Sin embargo, examinando más atentamente las observaciones de estas mujeres, ha podido comprobarse lo siguiente:

Que siete se quejaban de cefaleas persistentes.

Que cuatro han sufrido varios abortos no provocados.

Que tres presentaban pigmentación areolar discreta de la región cervical.

Y, por último, en otras ocho se han observado adenopatías (inguinales, epitrocléanas, etc.)

Aun eliminando estas 23 mujeres, quedan todavía 81, o sea el 10 por ciento, que no tienen erupciones, ni ganglios, ni grietas, ni hemorroides, ni angina, ni trastornos del estado general, ni ningún síntoma externo o interno, en suma, que pueda ser relacionada con la sífilis, la cual sigue siendo serológica en las aludidas mujeres.

Pasados varios meses, hemos podido sorprender, en algunos casos el nacimiento del carácter positivo de la serorreacción. Si la sangre pasa casi constantemente, de un mes a otro, de la negatividad a la positividad total, en otros casos, en cambio, parece que la serorreacción se modifica por escalones — según puede verse sotare todo empleando el método de la formación de Vernes —, modificándose a veces con gran rapidez y casi día por día.

Como es lógico suponer que en estas mujeres puedan aparecer de pronto accidentes contagiosos, aunque ellas no presenten una sífilis sanguínea, consideramos era un deber para nosotros poner a estas enfermas en condiciones de que ya no pudieran contagiar a nadie.

Esta medida de prudencia nos ha parecido tanto más necesaria cuanto que Jolivet y yo hemos dado cuenta, ante la Sociedad de dermatología, de la observación de un joven que había tenido relaciones sexuales con una sola mujer absolutamente indemne de todo accidente, pero en la que era positiva la serorreacción, y dicho joven presentaba un chan-

cro endurecido de la verga menos de un mes antes del contacto.

Así, pues, ahora sometemos al tratamiento a todas las mujeres atacadas de sífilis serológica, y no les entregamos de nuevo un certificado de "libre práctica" hasta que han estado sometidas a un tratamiento suficiente.

Sin embargo, no nos parece indispensable esperar al retorno de la negatividad completa, por cuanto en un cierto número de estas mujeres el B. W. aparece, si no irreductible, por lo menos difícilmente reductible.

Por el momento, no queremos insistir en las hipótesis a que pueden dar lugar estas observaciones frecuentes de sífilis, únicamente sanguíneas, en las prostitutas.

No obstante, nuestro eminente amigo Sabouraud, en el primer volumen de la nueva serie de sus *Entretiens dermatologiques*, plantea un problema de un gran interés: "A mi parecer — dice —, cuando se practica sistemáticamente la «serorreacción en las mujeres de antiguos sífilíticos, se la encuentra con gran frecuencia positiva, fuera de todo embarazo, para que pueda acusarse de ello a una sífilis concepcional desconocida. ¿Puede haber ahí una impregnación sífilítica sin concepción en la mujer que ha cohabitado sin fecundación con un sífilítico, incluso cuando ya ha pasado el período de contagio directo? Si este hecho, que me ha parecido ver, es real, sería

necesario admitir, en una época en que ya no creemos sea contagiosa la sífilis, que fuera posible un semicontagio, tal vez por el líquido seminal, y esto sería un hecho tan nuevo que traería consigo toda una evolución de nuestras ideas sobre el particular".

¿Qué relación puede haber entre el estado de nuestras prostitutas y la hipótesis tan interesante de Sabouraud?

En primer lugar, que estas mujeres, casadas o no, viven casi todas en concubinato con hombres que pertenecen a una categoría de individuos en quienes es corriente la sífilis.

Por otra parte, estas mujeres tratan diariamente a varios hombres, de dos a diez mil y acaso más por año. Poco cuidadosas, como la mayoría de las ramerías, puede decirse de estas mujeres que guardan casi constantemente líquido seminal en su cavidad vaginal. En efecto, si las prostitutas se lavan antes de sus relaciones, a menudo no hacen otra cosa que una limpieza sumaria después del acto.

Debemos confesar, pues, que estas prostitutas corren más riesgos aún de verse semicontagiadas que las mujeres casadas con sífilíticas de antigua fecha, y eso cuando puedan evitar la contaminación completa, en virtud de una resistencia especial **adquirida**, alérgica, o vacunal, suficiente para evitarles los accidentes clínicamente comprobables. Pero no por ello están menos impregnadas y por eso se hallan en un estado de infección especial que se revela por el ca-

rácter positivo de su B. W., lo cual coloca a estas mujeres, como puede comprenderse, en las mismas condiciones que si estuvieran atacadas de un sífilis adquirida que evolucionara normalmente.

Ahora, antes de terminar, veamos si entre las nuevas teorías hay algunas hipótesis que, por estar basadas sin duda todavía en argumentos frágiles, pudieran darnos un poco de luz sobre los hechos de contaminación verdaderamente inexplicables, a pesar de las averiguaciones más juiciosamente llevadas a cabo.

Todos los médicos especializados conocen el misterio de ciertos contagios.

Nosotros mismos hemos demostrado que una mujer indemne, pero con B. W. positivo, podría ser contagiosa. Miñan ha publicado varias observaciones de contagios por individuos que se encontraban en período de incubación.

Pero, al lado de estos hechos, existe toda una serie de casos de contagios sífilíticos que ni las investigaciones, las **confrontaciones**, los exámenes clínicos ni las investigaciones de laboratorio han logrado dilucidar.

En virtud de mis funciones, con bastante frecuencia me hallo frente a estos casos incomprendibles. De ahí que cuando algunos individuos nos declaran que han sido contaminados por una prostituta cuyas señas nos dan, apenas si entre diez casos

una vez .siquiera la acusación tiene fundamento.

Sé muy bien que se acusa siempre, por principio, a la prostituta y que hay muchas razones para no dar ninguna fe a esta clase de delaciones; sin embargo, no puede uno por menos de **extrañarse** ante el gran número de observaciones en las que las quejas presentadas contra estas mujeres se hallan refutadas después de minuciosos y **renovados** exámenes.

Por todo esto, ¿no habrá derecho a que nos preguntamos **si** existen procedimientos de contaminación que escapan a **nuestros conocimientos**? Además, estos hechos, ¿no constituyen, en cierto modo, una comprobación clínica de la hipótesis emitida ante la Sociedad de biología, en marzo de 1930, por Levaditi, Lépine y Schoen?

¹El **trepónema pallidum** no es sino **una** de las fases del ciclo evolutivo *del virus sifilítico*, siglo que comporta un período infravisible, aunque perfectamente virulento. Únicamente la fase **espiroquética** es capaz de determinar las reacciones de los tejidos que, con arreglo a la evolución de la sífilis y al estado alérgico del organismo, **se** producirían por un síntoma primario, por una pápula o por una goma. La fase infravisiible asegura la conservación del virus en ciertos órganos durante el periodo latente de infección".

A pesar de todo, esta hipótesis, que tiene un elevado interés, no puede ser aplicada más que a in-

dividuos sifilíticos en el período latente de *la* infección.

En casos enteramente excepcionales, ¿no sería posible que ciertos individuos indemnes de toda sífilis sean, no obstante, portadores de gérmenes, y que en estas condiciones puedan transmitir a veces una sífilis que en realidad ellos no tienen?

En este orden de ideas, acaso debería intentarse una relación hipotética entre la sífilis y la rinfogranulomatosis de Nicolás Favre.

El profesor **Prost**, de **Frifour-go**, que ha estudiado los bubones climáticos en las Indias occidentales, y que además ha comprobado que esta enfermedad, cuya identidad con la linfogranulomatosis ha «ido reconocida, es frecuente en los hombres, **mientras** que nunca ia ha observado en las mujeres, termina afirmando "que su virus hipotético vive probablemente como saprofito en la vagina de las mujeres de color". Y nuestro amigo Pautrier, el eminente profesor de Estrasburgo, que tomó la palabra después de esta comunicación, terminó diciendo lo que sigue: "La observación tan interesante hecha por el doctor Horst y después por Favre, relativa a la rareza de los accidentes linfogranulomatosos en la mujer, plantea ante nosotros otro problema: el del saprofitismo de ciertos microbios o virus al nivel de los órganos genitales de la mujer y el de la posibilidad que tienen, no obstante, para provocar **contaminaciones**, por lo que esta cuestión desborda, evidentemente, el tlemi-

nio de la enfermedad de Nicolás Favre".

Fácilmente se comprenderá que no entra en mis intenciones atribuir al profesor Pautrier, al que no he podido consultar, unas ideas proféticas que acaso no crea oportuno sostener.

Sin duda alguna al pronunciar esa frase ha pensado más bien en el bacilo de Ducrey que en el espiroqueto de Schaudin*.

Pero lo que he querido indicar simplemente es que no me parece imposible que una síntesis (que algunos hechas permiten emitir con respecto al origen de una afección contagiosa genital) pueda llegar a extenderse algún día, por 30 o menos para un pequeño número de casos, a la más importante de las enfermedades venéreas, la sífilis, ya que nuevos trabajos continuados en esta misma dirección llegarán a darnos un día tal vez la clave de ciertas contaminaciones que nuestros actuales conocimientos son insuficientes para explicar.

DOCTOR LEÓN BIZARD,
Médico de la prisión de San Lázaro y jefe del dispensario de salubridad de la Prefectura de Policía.

Las investigaciones recientes tienden a probar, que una infección es el primun moveus del eesema en un gran número de casos en que no lo suponíamos.—*Sabouroud,*

■ Cuando en una mujer joven o de cierta edad no se explica la causa de una fiebre persistente debe buscarse una pielitis que lo más a menudo es a colibacilos.

Cuando en un niño no se explica la causa de una fiebre, persistente o no, o de ataques sucesivos es necesario hacer examinar, el cavum, las fosas nasales, la caja del tímpano, y con frecuencia, después de un tratamiento apropiado, los fenómenos febriles desaparecen.—G. *Caussade.*

-----o-----

El estómago estando hecho para preparar la digestión de las albúminas, todo régimen de dispeptico debe r&forzarse de restablecer la alimentación con carne lo más pronto posible.—*Félix Ramona.*

■-----o-----

En el tratamiento de la Sífilis el tiempo perdido rto se recupera. Debe intervenir precozmente e intensamente. Un tratamiento tardío, aun intenso, es generalmente incapaz de prevenir la parálisis general y tal vez otras complicaciones **vicerales.**

En los sífilíticos primarios y secundarios un tratamiento insuficiente agrava el pronóstico, pues favorece o acelera el desarrollo de las complicaciones nerviosas.—A. *Zezary.*

-----o-----

Es abusivo alarmarse de una hipertensión en un viejo. Es quimérico encargarse a hacer bajar esa tensión y sobre todo hacerla bajar por medios violentos.—*Laubry.*

delicias Médicas Valencianas

El Médico en la Sociedad Moderna y el Porvenir de la Medicina

Publicamos a continuación, por creerlas de verdadero interés, la liermosa conferencia dada por el profesor **Sergent**, en el Hotel Chambón, de París y el comentario tan atinado que le pone el doctor Noir.

El profesor Sergent, que es un profundo pensador y un ameno conferenciante, pronunció un lindo parlamento en el cual *miscuit utile dulci*.

El doctor Noir expone, con su bien cortada pluma, los comentarios que a su despierta inteligencia sugiere el trabajo del doctor Sergent.

¿Qué es el médico? pregunta el doctor Sergent. Para **las** gentes es un hombre que cuida a los enfermos y los *debe* curar; del cual se burlan cuando están sanos y al que se implora cuando se sufre.

Para el cuerpo médico, el médico es un ser complejo, una especie de hombre-orquesta que toca varios instrumentos, es decir,

que desempeña varias papeles. El cuida los enfermos como médico práctico, tiene una misión social como consejero técnico de los Poderes Públicos, él es a veces un profesor, otras un sabio de laboratorio, un **investigador** y aun un hombre político.

Lo más a menudo él no puede llenar todos estos objetivos, él se especializa. Para ser un buen médico hacen falta aptitudes físicas, salud y un cierto grado de resistencia a la fatiga. Hacen falta también aptitudes morales: abnegación, desinterés, bondad. Aún hacen falta aptitudes intelectuales, porque el médico debe estudiar y perfeccionarse toda la vida, porque las ciencias médicas se modifican constantemente. Es necesario que estas cualidades sean garantizadas moralmente por un código de Deontología médica, que marque los derechos y deberes del médico.

Hay que recordar con agrado a los médicos del siglo XIX. Hombres muy cultivados, llenos

de Humanidades, tenían un puesto muy honorable a la cabeza de la clase media y se plegaban a ciertas tradiciones que agradaban al público. Eran muy correctos en sus vestidos, en sus modales y en su lenguaje, corrección que apenas se encuentra hoy en día. Eran, sobre todo, terapeutas que procuraban más curar a los enfermos, que lucir su ciencia. Se hacían los amigos de las familias de su clientela y gozaban en ellas de una **autoridad** y un afecto sin límites; no se les consultaba solamente en las enfermedades, sino que se les pedía consejo en todas las circunstancias graves de la vida. El médico más afamado cuidaba igualmente a los pobres como a los ricos, sin preocuparse de la cuestión de honorarios, como hacía Laennec.

Veamos ahora a lo que los médicos han llegado. Aquí debemos hacer una reserva, porque en nuestra época y nosotros podríamos citar muchos, hay una gran cantidad de modestos prácticos que han conservado las cualidades morales de los médicos de antaño. Por lo demás, el médico se ha convertido en un modesto funcionario, consecuencia de la socialización, de la democratización y de la mercantilización del ejercicio de la medicina.

En el curso de sus estudios el médico toca todas las materias y no profundiza ninguna. A consecuencia de programas estúpidos, la cultura general del médico baja progresivamente; ya no es un letrado como en otro tiempo, ni aun un sabio, a pe-

sar de sus humos científicos; ni aun su propia lengua sabe leer y escribir correctamente.

Esta crisis que se manifiesta entre las estudiantes, tiene excepciones notables, como aquel alumno que reprendido por su falta de asistencia a clase, dijo que estaba obligado a trabajar para ganarse la vida y seguir sus estudios. Aun quedan pues estudiantes enérgicos, laboriosos y dignos de la profesión que van a ejercer.

Pasemos de los **estudiantes** a los médicos prácticos. A menudo sus vestidos están descuidados, a veces desaliñados; su lenguaje es, sino grosero, muy vulgarote; siempre van ligeros, tienen prisa, sufren la influencia del auto que utilizan y dentro de algunos años los grandes clínicos irán en avión; se hacen negocios médicos más que medicina; la deontología está olvidada y aunque existen sindicatos médicos, éstos se preocupan más de la defensa de los intereses materiales; en cuanto a la Orden de médicos que se piensa crear, es dudoso que posea **autoridad** y eficacia, pues las sanciones son difíciles de cumplir.

En relación con los honorarios no admite que se reclame a un médico su *factura*. Es necesario ser muy discreto en este asunto, como lo muestra la siguiente divertida anécdota: Un gran cirujano, que no era hombre de mundo, operó a una joven, hija de una familia bien acomodada. La madre de la operada visitó al doctor una vez que hubo curado a su hija. Después de darle las

gracias emocionada, entregó al doctor una carterita bordada por ella misma. "Está muy bien el regalito, dijo el doctor, pero señora, usted me debe tres mil francos". La dama no vaciló, le pidió la cartera, la abrió y retiró dos billetes de los cinco de mil que contenía, dejando confuso al poco cauto cirujano.

Sin embargo, es necesario mostrarse inflexible en los honorarios de la gente rica, legítimamente ganados y en caso de conflicto, después de haberlos obtenido por las vías legales, enviarlos a una obra de beneficencia, para demostrar solamente que el médico quiere que se le respete y que no es un avaro.

Es un arte el saber hacerse con una buena clientela. Tres cualidades necesarias son la ciencia, la práctica y la simpatía. El que sólo posee la primera, se expone a un fracaso. Si sólo la última, se cae en el charlatanismo. El médico que posee las tres, es un ser admirable.

El secreto profesional es el deber primordial del médico. No se debe decir la verdad de una manera absoluta a nadie, ni aun al enfermo mismo. Es el mismo médico el que debe juzgar si hay peligro en que el mismo enfermo sepa la enfermedad que padece. Verneuil cuenta que un pastor

protestante se presentó a él diciendo que era muy animoso y muy resignado y que quería saber si tenía un cáncer en la lengua. Verneuil le contestó afirmativamente y al salir el desgraciado, se levantó la tapa de los sesos en el recibidor de la clínica.

Sin embargo, afirma el orador que él ha violado el secreto profesional en un caso. Se trataba de una cliente suya, requerida en matrimonio por otro joven al que estaba tratando de sífilis secundaria, en plena evolución.

Este secreto profesional, que es el honor del médico, está muy combatido por las compañías de seguros sociales, que si triunfan en su empeño, convertirán al médico en un funcionario con todos los peligros que esto tiene.

El orador elogia al médico profesor. Al profesor que se dedica a la vez a sus discípulos y a sus enfermos. Aun aquí hay que distinguir entre el verdadero profesor y el endiosado, lleno de suficiencia y orgullo, que hay que despreciar.

Al lado del profesor médico está el médico investigador. Dando todo su valor a las investigaciones *de* laboratorio, no se debe olvidar a la clínica, más delicada y difícil que la patología ex-

(Pasa a la pág. 61)

La apenaicitis retro-cecal

Por el Dr. Jaime Carlos BLOCH
Cirujano de los Hospitales de París

(Continúa)

Llegadas las cosas a este punto, por la intervención nos es plenamente factible descubrir el punto de procedencia de la infección. Caso de existir efectivamente infección peritoneal, la incisión del abdomen pone en libertad un líquido bastante denso y abundante y muy frecuentemente fétido. El operador aisla entonces el ciego, no descubriendo más que la base del apéndice con el dedo buscándolo detrás del ciego. Durante esta maniobra se observa un derrame de pus mucho más espeso y en gran cantidad: es que estamos en el foco inflamatorio. Es el absceso retro-cecal, cuyo contenido es muy diferente del que existe en la gran cavidad.

No nos cansaríamos nunca de aconsejar una extrema prudencia en estas circunstancias, cuando inmediatamente después de una crisis dolorosa, al abrir el abdomen, vemos manar un pus bastante y turbio. Este exudado no suele ser séptico en extremo; por lo que la cavidad peritoneal deberá ser debidamente protegida, tomando las más prolijas precauciones antes de abrir el absceso del apéndice. Con esto evitaremos la inoculación secundaria de la serosa.

Estudio clínico

El cuadro clínico está profundamente alterado.

¿La sintomatología de la apendicitis retro-cecal, justifica un cuadro clínico especial? Existen determinados tipos de apendicitis posterior cuyo cuadro clínico se confunde con el de la apendicitis corriente. Estos casos no merecen nuestra atención especial; ya que la topografía del apéndice no es más que un hallazgo operatorio. En la inmensa mayoría de casos, el cuadro clínico clásico resulta notablemente modificado; el diagnóstico no se hace, falla el tratamiento médico y la crisis acaba por la evolución de una peritonitis supurada. Este hecho es, desgraciadamente, demasiado frecuente y aún pudiéramos afirmar que algunos clínicos muy expertos dejan perderse la ocasión de intervenir, con la precocidad requerida, una apendicitis posterior por haberles parecido incompletos los signos clínicos.

Vamos a pasar en revista esos casos de que hacemos mención.

El cuadro que esbozaremos será incompleto sin duda; pero servirá para dar al práctico el medio para sospechar, si no para afirmar, un diagnóstico en algún caso en donde la vacilación debe ser excluida en beneficio de la intervención.

Aspecto

La crisis de apendicitis, reviste en casos de apendicitis retro-cecal una apariencia engañadora. Precedida a menudo de pequeñas crisis anteriores, se ha etiquetado de: cólico hepático, nefrítico, pieonefritis, etc., y la eventualidad de una recidiva no pone en guardia generalmente la atención del clínico.

El dolor es frecuente más lumbar que anterior o abdominal; los vómitos a menudo ausentes, alejan la hipótesis de una afección intraperitoneal; la constipación es inconstante.

Investiguemos los signos posteriores

Al examinar al enfermo, no se encuentran, en una investigación superficial, ninguno de los signos clásicos de la apendicitis, no hay ni contractura, ni hiperestesia cutánea, y es muy poco acentuado el dolor a la presión superficial. Es muy conveniente, en semejantes casos precisar el diagnós-

tico durante el decurso de la crisis, en la que suele estar bastante afectado el estado general. La temperatura, la aceleración del pulso, la alteración de la facies, a veces el tinte subictérico, deben poner al clínico en guardia y excitarle a investigar los síntomas en el lugar donde existían: esto es en la zona posterior. Por una palpación metódicamente practicada, y algo profunda, se despertará un dolor bastante fijo y localizado. Este dolor tiene su máximo por fuera de la zona donde se encuentran habitualmente los signos de la apendicitis a veces siguiéndolo con cuidado se consigue averiguar que la máxima intensidad está en la región lumbar.

Entonces se hace acostar al enfermo del lado derecho, a fin de que las asas intestinales marchen de la fosa ilíaca donde están contenidas, y muy a menudo podréis observar que aparece cierta pastosidad en dicha fosa, que si no

dolorida aparece por lo menos algo sensible. Esto es más que suficiente para hacer el diagnóstico. De tener tiempo hábil debe procederse a un examen de la fórmula sanguínea: ¡a existencia de la leucocitosis y de la poŪnucleosis, nos darán la certidumbre de presencia de un foco de infección. Si no existe síntoma alguno que dé motivos para sospechar la posibilidad de una lesión renal o hepática, no hay que insistir más y hay que proceder a la operación. La comprobación no tardará en daría la intervención quirŪrgica, y el operador queda frecuentemente sorprendido de dar con una apendicitis gangrenosa y aún perforada que tan poca sintomatología habían presentado. (Formas ambulatorias de apendicitis. Oudard: *Presse Medicáis*, 4 de junio de 1930).

Me limitaré a citar tan sólo un ejemplo clínico:

«Soy llamado por mi amigo, el Dr. O. -, para una muchacha de 18 años ia cual, al despertar por la mañana, ha notado un dolor en la región ileo-lumbar derecha. Falta todo antecedente; la temperatura es de 38.93, y el pulso es de 90. El estado general es excelente, y al observar por primera vez a la paciente la veo tranquila en plan de leer en la cama. No se han presentado vómitos, y la lengua está ligeramente saburral; siendo el rostro de la paciente de Ja más completa normalidad. A la palpación no se observa casi nada de particular; pero

a la presión algo intensa, se da con un punto doloroso bastante preciso, aunque no muy intenso, en la fosa iliaca derecha y por la palpación de la región lumbar. No existe ni contractura ni hiperestesia cutánea. En presencia de este cuadro, el Doctor O __, y yo sentamos el diagnóstico de apendicitis retro-cecal y aconsejamos la operación que llevo a efecto a las cinco de la misma tarde. Incisión en el punto de Mac-Burney; aparece ligero derrame líquido en el vientre; el ciego está algo enrojecido. El apéndice está adherido a su cara posterior y lo enucíeo con cautela. En este momento, aparece al propio tiempo que un apéndice completamente gangrenado una pequeña cantidad de pus fétido. Drenaje. Curación en 8 días, después de la aparición de un ligero absceso paaietal que curó".

Inútil nos parece decir qué hubiera sido de la enferma si no se hubiera procedido a la intervención de urgencia. ¿Qué riesgo se corre de proceder de otro modo? Si esperamos a que el diagnóstico hubiese sido más completo, habríamos tenido que intervenirla en plena peritonitis; y téngase además muy presente, que son muchos los casos en que el diagnóstico tan preciso sólo puede hacerse en el acto de la intervención: con atelación tan sólo puede ser sospechado.

¿Qué ocurre, en efecto, en la apendicitis retro cecal si no es pperada antes de las 48 horas?

A veces las crisis se resuelven y por un espacio de tiempo más o menos largo los fenómenos agudos desaparecen. Sólo un adolorimiento lumbar, punzadas dolorosas, o ligeros trastornos digestivos, llaman la atención del clínico. A menudo en cambio, después de una acalmia temporal e incompleta, la fiebre reaparece, se altera el estado general y según los casos aparece un absceso localizado o una peritonitis.

Formas de apendicitis retro-cecal, con absceso localizado

En los casos en que no se encuentran las lesiones, los signos clínicos tienen las particularidades siguientes: la crisis dura de 24 a 48 horas, una acalmia de uno o dos días hace creer que la curación está próxima, pero la temperatura que no había bajado por lo común de los 38°, vuelve a subir y adquiere el tipo oscilante: 39° a 39.5° por la tarde, que son 38 a 38.5° por la mañana siguien-

te. El DUTSO sigue siendo rápido: 100, 110 y el estado general está bastante alterado. Subictericia, lengua sucia, oliguria, etc., son signos bastante inquietantes para hacernos sospechar una colección supurada.

Localmente los signos son bastante imprecisos y seguimos dudando todavía. El abdomen no presenta contractura, y solamente la palpación profunda es capaz de determinar un dolor relativo. El único signo que llama la atención es la comprobación de un meteorismo en la fosa ilíaca. La percusión en esta zona, da un sonido timpánico, y, como dice Mondor: «si este signo de distinción gaseosa, nos tranquiliza y nos aleja toda idea de colección purulenta, los errores van tomando incremento y nuestro enfermo corre los mayores peligros».

El contraste entre los signos generales y locales

Ante este examen físico, casi

negativo con signos generales inquietantes y los signos funcionales paradójicos, hay que sospechar la ependicitis de tipo anómalo y buscar sus signos donde existan.

Tal cual aconsejaba Lecéne, hay que explorar al enfermo acostado del lado izquierdo y explorar toda la región que sobrepasa de la cresta ilíaca, desde la espina anterior hasta el raquis. Así se llega a poner el dedo sobre la zona lesionada, en especial ayudándonos de la palpación bimanual. Al principio estos signos son imprecisos y se manifiestan solamente por una sensación de empastamiento profundo correspondiendo a la zona dolorosa. Más tarde, aparece una contractura ilíaca precisando ya la lesión, y acompañándose a veces de imposibilidad de extensión completa del muslo. En fin, la aparición del edema y de una circulación colateral localizadas por encima de la parte media de la cresta ilíaca, permitirán reconocer el absceso retro-cecal. La numeración leucocitaria nos mostrará la tasa de leucocitos elevada hasta los 20.000, con polinucleosis que llega y sobre pasa el 75, y aún el 80%. El diagnóstico de absceso ileo-lumbar podrá con estos datos tan sólo ser plenamente establecido. ¿Qué hacer en semejante caso? ¿Débese proceder a la intervención sin vacilación alguna, o es mejor esperar? En mi sentir en caso de un absceso localizado, no debe-

mos sentirnos ni muy intervencionistas ni muy abstencionistas. En efecto; a veces por un tratamiento puramente médico, bien apropiado, el absceso enquistado se reabsorberá y la crisis irá enfriándose. Los exámenes ulteriores, cuidadosos y repetidos nos permitirán seguir la evolución del proceso. El examen de la sangre nos permitirá, en este preciso punto de vista, fijar la intervención y su momento oportuno. Ejemplo de ello es el caso que vamos a exponer a continuación, y el cual tuve que intervenir hace unos años:

“M. C.... presenta, en ausencia de su médico, una crisis dolorosa abdominal cuyo diagnóstico no ha sido hecho. El médico, llamado a los seis días después del comienzo del proceso, comprueba la existencia de una apendicitis bastarda con empastamiento. La temperatura oscila entre 38 y 39°. Gracias al reposo y al hielo, la fiebre desaparece en 15 días y hacia el fin del primer mes de la afección, soy llamado para asistir al enfermo. Está apirético desde hace 15 días, no presentando más que una ligera sensibilidad dolorosa en la fosa ilíaca derecha. En atención a la larga duración de la crisis, de la prolongación de la fiebre, opino yo que hay que hacer alguna reserva sobre la posibilidad de la existencia de un absceso retro-cecal. Al propio tiempo, antes que tomar una resolución, dispuse un examen de sangre que nos revé-

ló una leucocitosis de 14.000 con 80% de polinucleares. Dispuse que descansara todavía otros 15 días el enfermo, y lo operé así que la fórmula leucocitaria se normalizó. En la **intervención** se descubre un apéndice retrocecal adherente; y durante la liberación retrógrada del mismo manaron algunas gotas de pus; pus sin olor, pero cuya presencia exige la aplicación del drenaje. La convalecencia fue normal y el enfermo se levanta ya al décimo día.»

En el presente caso se trata de un absceso que se reabsorbió parcialmente, y cuyo contenido ha dejado de ser virulento. Esta eventualidad no es excepcional a juzgar por las observaciones numerosas de apendicectomía en frío, en el curso de las cuales ha solido encontrarse un pequeño absceso residual.

Pero las cosas no ocurren, desgraciadamente, siempre así. Muy a menudo, si la operación no ha

cortado el curso del proceso, la presencia de los fenómenos generales hacen indispensable la abertura de la colección debiendo ser evacuada, puede difundirse, entre las extensas propagaciones y supuraciones de gravedad.

Las migraciones purulentas

Seremos breves en la descripción de las migraciones purulentas. Puede decirse que actualmente no son- o no deberían ser — más que un recuerdo histórico. Las distinciones clásicas de absceso subperitoneal, de ileopsoitís, y de psoitís verdadera parecen muy espaciosas. Es, por otra parte bastante difícil hacer un cuadro clínico preciso de las mismas. Su descripción ha sido llevada a cabo, de un modo muy notable, por Bérard y Vignard en un tratado especial al cual remitimos al lector.

Estos abscesos pueden evolucionar hacia lo alto **produciendo** un verdadero flemón peri-nefrítico, **pre-renal** o sub-frénico-retro-

hepático (Lejars). Otros, emigran hacia abajo; sea en plena vaina del psoas, psoitis verdadera, rarísima en la actualidad—, sea a la cavidad pelviana dando nacimiento a los abscesos ileo-pélvicos secundarios, muy diferentes en su evolución, de los abscesos primitivos de la apenai-citis pelviana. Busquemos despistar precozmente los abscesos, asegurando su eventualidad así que los signos clínicos no permitan esperar su absorción espontánea. Así suprimiremos definitivamente todo un capítulo de esta historia clínica de la apendicitis retro-cecal, ya de sí sobrado compleja.

Las peritonitis generalizadas en las apenai-citis retro-cecales

Signos mu3^T diferentes de los propios de las peritonitis por perforación

Si la barra que limita la colección detrás del ciego no es bastante sólida, el pus franquea la fosa ilíaca e invade inoculándose la gran cavidad peritoneal. La peritonitis es entonces secundaria: *su evolución es tórpida*, y los signos tan dramáticos de la peritonitis primitiva no se observan. Aunque la contractura esté ausente, aún cuando los signos funcionales estén atenuados, la gran cavidad puede ser infectada en totalidad. La evolución es entonces tanto más grave, cuanto más tardíamente se procede a la operación. En efecto; se suele llamar al cirujano allá por el 3^o, 4^o ó 5^o día de la afección así que se observa que sigue una marcha

alarmante. El cuadro clínico, en general, es éste: La temperatura oscila entre los 38^o5 y los 39^o5; pudiendo en ocasiones ser más baja; el pulso es rápido: de 110 a 120; el estado general está afectado, cara peritoníca, lengua saburral, subictericia. Los signos funcionales aparecen poco modificados: uno o dos vómitos llaman, a veces, la atención. Pero ¿qué decir si no existen, o si, como ocurre frecuentemente, ha expulsado gases o ha tenido hasta diarrea? cuando se suele dar tanta importancia a la falta de deposiciones y de ventosidades para establecer el diagnóstico de peritonitis.

Ante semejante cuadro, se examina el abdomen y nos encontramos en presencia de determinados signos físicos que no recuerdan precisamente los característicos de los de la peritonitis por perforación. Muy al contrario, *se trata a menudo, de un cuadro que recuerda mejor la oclusión que la peritonitis*. El vientre está meteorizado, timpánico a la percusión, y sensible a la presión en toda su extensión. La pared aparece tensa, pero no uniformemente contracturada, no se trata aquí del clásico vientre en tabla. ¿Cómo precisar un diagnóstico en presencia de este cuadro híbrido? la matidez hepática ha desaparecido; existe a menudo una ligera matidez en los vacíos; el tacto rectal es doloroso, el Douglas sensible a la presión. Se trata en suma de un enfermo que presen-

ta signos de oclusión más o menos limpios, y que de hecho hay una oclusión, pero oclusión parálitica. Es que está afecto el peritoneo: por estos síntomas es por lo que hay que proceder a la intervención operatoria de urgencia. Esta es la que dominará la evolución post-operatoria y el pronóstico de la afección. Nunca creeríamos insistir demasiado sobre la diferencia que media entre la sintomatología de las peritonitis primitivas y la de las secundarias, que evolucionan siempre insidiosamente y a menudo silenciosamente. La aparición de un dolor generalizado o de predominio en un lado, a menudo el izquierdo, el peloteo siempre más discreto que en la oclusión verdadera, exigen, acompañados de un estado general grave, una intervención operatoria de urgencia.

Cuando a estos signos se les unen los paradójicos del intestino, (detención de las materias fecales, con persistencia del paso de gases, o por el contrario establecimiento de una diarrea serosa profusa y sobretodo, en fin, si se encuentra entre los antecedentes la existencia de una crisis dolorosa aguda a la derecha, debemos sentar el diagnóstico de peritonitis de origen apendicular y disponer la operación de urgencia. Las dos observaciones siguientes hablan en favor de esta tesis:

sMme. W..... 35 años, ha presentado en diversas ocasiones crisis dolorosas que fueron diagnosticadas de cólicos nefríticos. Una crisis reciente, repetición de las anteriores, es tratada por el médico que la asiste mediante una terapéutica médica (hielo, dieta, etc.). A pesar de todo la evolu-

ción no es como los ataques anteriores, y el 4º día la temperatura está todavía por encima de los 39°C; la detención de las deposiciones es total, así como de gases; agravándose el estado general. Este cuadro, acompañado de dolores intensos, de vómitos y de hipo inquietan a la familia que me ruega vea a la enferma. Me encuentro en presencia de un abdomen ligeramente meteorizado, uniformemente doloroso y tenso. El tacto vaginal es negativo. El dolor parece más vivo hacia la derecha llamando por ello mi atención al apéndice. Ante este síndrome aconsejo una intervención inmediata a pesar del médico de cabecera. La opero por la noche y al abrir el abdomen mana una importante cantidad de pus; aparecen las asas intestinales fuertemente distendidas violáceas y recubiertas de falsas membranas. El apéndice, retrocecal, está gangrenado y rodeado de un absceso de olor fecaloide. Procedo a la apendicectomía y dejo un drenaje pélvico. La marcha post-operatoria es difícil: continúa la oclusión parálitica, y el 4º día todavía no ha hecho ventosidades a pesar de la terapéutica médica empleada (hielo, retro-pituitrina, belladona, etc., etc.). Practico entonces una anestesia local y procedo a una ileostomía que, afortunadamente permite, durante la noche, la expulsión de dos litros de materias fecales. El peristaltismo se restablece a partir de entonces, se mejora el estado

general, y la enferma entra en convalecencia al cabo de quince días. Practico entonces la oclusión de la pequeña fistula con ayuda de una planchita de cautobú, introducida en la luz intestinal y fija al extremo con un *catgut*. Un mes después la fístula está completamente cerrada curada. En este caso el cuadro peritoneal era muy claro y el diagnóstico resultaba fácil; la oclusión parálitica tan sólo fue la que complicó la operación que practicada con anterioridad, hubiera dado resultados mucho más lisonjeros.»

En el segundo caso, estaba tan complicado el cuadro peritoneal, que dudaba en la oclusión.

«M. D..., 27 años; ha sufrido crisis dolorosas, y presenta en la actualidad un síndrome doloroso caracterizado por sobre la región umbilical. La temperatura es de 38.5 y bueno el estado general. Ha hecho una deposición el día de la crisis, lo que hace pensar en un episodio de colitis aguda. En los tres días subsiguientes mejoraron los síntomas: la temperatura oscila entre 36.8 y 37.98; no hay vómitos; el enfermo ha expulsado gases con una deposición diarreica. Bruscamente el quinto día se modifica el cuadro, se afila el rostro, y el vientre se pone rápidamente abombado; va cesando por completo las deposiciones diarreicas y la expulsión de gases. El pulso es lleno y alcanza las 100. Ante este cuadro, el médico que lo asiste supone una oclu-

sión intestinal y me llama junto al paciente. Al igual que dicho doctor creo que se trata de una oclusión dÍverticular, influido quizás por dos casos que había tratado recientemente. Descarto, casi en absoluto la apenaicitis fundado en la apirexia absoluta, aún cuando una tensión no muy acentuada del abdomen me haya puesto en guardia sobre la posibilidad de una afección peritoneal. Bajo anestesia raquídea, practico una laparotomía media; las asas intestinales aparecen dilatadas, violáceas, y mana de la pequeña pelvis algo de exudado denso. Exploro la fosa ilíaca derecha de donde procede el pus; trato de extirpar el apéndice, pero su situación retro-cecal no permite su ablación con la incisión media. Coloco un Mikulicz medio, cierro el abdomen, y por una incisión ilíaca derecha practico la ablación de un apéndice gangrenoso reducido a un pequeño muñón. Aprovecho la incisión ilíaca para fijar el ciego a la pared y al día siguiente abro el ciego con el termocauterío, dando

salida a una importante cantidad de gases y de heces».

«El curso post-operatorio inmediato fue favorable, pero estando ya el enfermo en convalecencia, experimentó el día 15 una brusca elevación térmica seguida de evacuación purulenta por la incisión media. A pesar de una mejoría pasajera el estado general se alteró rápidamente y el enfermo falleció el 18 día. Estas dos observaciones nos demuestran la gravedad de las peritonitis consecutivas a la apendicitis posterior; gravedad debida a la evolución tórpida, a la participación precoz del estado general, a la paresia intestinal. Todos estos accidentes son tanto más serios cuanto más tardía es la decisión operatoria».

Tratamiento

Las indicaciones operatorias y la naturaleza misma de la afección de intervención son muy diferentes según que estemos en presencia de una crisis, de un absceso enquistado o de una peritonitis confirmada.

Crisis de apenaicitis

Deduce del estudio clínico que acabamos de exponer más arriba, que todavía más que en cualquier otra forma de apenaicitis, la indicación operatoria debería ser absoluta dentro de las 48 horas primeras después de la crisis. Del mismo modo no nos cansaremos de recomendar al clínico que no se empeñe en hacer un diagnóstico erróneo de cólicos nefríticos o hepáticos así que vea persistir la temperatura, y el punto doloroso. No debemos disimular que la intervención es de trascendencia en la mayoría de los casos. Sin pretender entrar aquí en detalles de técnica, nos proponemos tan sólo insistir en los siguientes puntos de vista:

Incisión: La incisión clásica de Mac-Burney es a menudo insuficiente, sobre todo si el operador no cuenta más que con un sólo ayudante; dicha incisión debe ser completada con una sección muscular practicada, de preferencia hacia arriba. En efecto la parte alta de la incisión es la que dará campo operatorio suficiente y nos permitirá volver el ciego para descubrir el apéndice.

Antes de practicar esta sección muscular, que predispone a la eventración post-operatoria, aconsejamos, a partir de la abertura del peritoneo, insinuar el índice en el abdomen y buscar el apéndice. A menudo al comienzo de la crisis, este está muy poco adherido, y el índice lo perci-

be mucho mejor ya que aparece turgente y aumentado de volumen. En parecidas condiciones resulta fácil la enucleación sin que se haga preciso él agrandar la incisión. En otros casos el despegamiento, prudentemente practicado, no permite extraer el órgano; entonces es preciso practicar un desbridamiento muscular tal cual se ha indicado anteriormente.

Liberación del apéndice: Podemos proceder de dos maneras diferentes;

1^o Sea incindiendo por el borde externo del ciego, el peritoneo parietal, y practicando un despegamiento retro-ceco-cólico, el cual nos permitirá volver el ciego y liberar el apéndice (Lecene).

2^o O bien practicando la apendicectomía retrógrada así que la base del apéndice haya sido puesta al descubierto. Para ello, en nuestro sentir, es preferible, después de la sección y cauterización del órgano, liberar el meso desde la base hacia la punta, practicando tomas sucesivas con el auxilio de las pinzas de Pean, antes que recurrir a la apendicectomía sub-serosa (Cadenat).

Esta maniobra muy cómoda en la apendicectomía en frío, tiene el riesgo al tratarse de apendicitis agudas, de dejar subsistir una porción de muscular infectada, o gangrenada quizás.

Sutura de la herida: No insistiré aquí sobre el drenaje tan discutido, cuya oportunidad está regida no por la teoría sino por el

buen sentido. Así que el contenido peritoneal es sospechoso, cuando existe un derrame sanguíneo, y *a fortiori*, si es que se ha abierto un pequeño absceso retro-cecal, es preferible drenar el Douglas. sólo por 48 horas y practicar la aspiración en los dos días siguientes a la intervención. Esta práctica prudente, permite, por lo menos, evitar, en la mayoría de casos, los abscesos pelvianos secundarios, consecutivos comúnmente a la infección de un hematoma.

Absceso retro-cecal

La indicación operatoria es muy diferente en caso de absceso confirmado. Es preciso en este caso saber no apresurarse a intervenir. En efecto; como demostramos anteriormente, el absceso puede ser absorbido espontáneamente. No obstante, cuando la temperatura persiste después de 6 u 8 días, cuando adquiere el tipo oscilante, cuando los signos físicos, el examen de la fórmula sanguínea, permiten suponer que el pus está coleccionado, hay que intervenir para operar, sin dilación, dicha colección que es prác-

ticamente siempre retro-cecal. Entonces pueden ocurrir dos casos:

1º El diagnóstico de absceso retro-ceca) es acertado. Entonces hay que practicar la incisión supra ilíaca, descrita por Lecéne: hecha al nivel del punto del máximo dolor. Dicha incisión permite alcanzar el absceso, sin abrir el peritoneo y drenar en el punto declive; condiciones todas ellas muy atendibles.

2º El diagnóstico del asiento del absceso es incierto, y el operador creyendo en un absceso ilíaco ha abierto en peritoneo sano. La palpación nos permitirá comprobar muy a menudo una ligera tumefacción y un ligero edema en el borde externo del ciego. Hay que proteger, ante todo, la gran cavidad peritoneal colocando 5 o 6 mechas en la parte interna de la herida. Este momento es de sumo interés y hay que poner la mayor atención en ello. Es-tando aislada la cavidad, se puede despegar con gran cuidado el borde externo del ciego con la sonda y el dedo, y el pus no tarda en asomar. Se le seca com-

pletamente después se asegura uno de que la bolsa esté ampliamente abierta despegando con el dedo todo cuanto pudiera tabicarla. ¿Es preciso, entonces, proceder a la búsqueda sistemática del apéndice, según aconsejan los autores alemanes? Nosotros somos de! parecer que en estos casos hay que reducir al minimum las maniobras operatorias y no practicar la hablación del apéndice más que en el caso de que sea fáci!. En casos en que no lo sea, es preferible llevarla a cabo en un segundo tiempo, así que la herida está completamente cicatrizada. Hay que tener presente que las mechas de tabicamiento serán dejadas en la herida durante 7 días por lo menos. La **eventración post-operatoria** que ocasionan, podrá ser tratada en el segundo tiempo operatorio, en el curso de la apendicectomía secundaria, que podrá ser practicada a los tres meses, sobre poco más o menos, de la abertura del absceso.

Peritonitis generalizada

Cuando la invasión de la infección en la cavidad peritoneal, habrá motivado una intervención operatoria hacia el 4º ó el 5º día, la conducta que debemos observar es muy sencilla. Amplia incisión por sección muscular, apendicectomía y drenaje. Este deberá ser practicado a la vez en el Douglas por un tubo insinuado en la parte inferior de la incisión y en la fosa ilíaca por una o dos mechas blandamente colocadas detrás del ciego. La herida será

suturada incompletamente tan sólo: en un solo plano. Hasta debe procurarse, en particular en los casos de gangrena, apendicular, en no suturar más que los músculos, dejando la herida cutánea abierta.

No nos cansaremos de insistir en la gran importancia del tratamiento médico post-operatorio, que debe ser hecho de idéntica manera al establecido antes de la operación (hielo al vientre, tónicos cardíacos, seroterapia anti-gangrenosa si se precisa, etc.). Todas estas indicaciones no tienen por lo demás nada de especial para la apendicitis retro-cecal y no creemos oportuno volver a tratar aquí del asunto referente al tratamiento general de las peritonitis apendiculares que, por lo demás, es sobradamente conocido.

Estas son las ideas que hemos intentado reunir al bosquejar las particularidades de la apendicitis retro-cecal. No podemos menos que insistir en lo insidiosa que se presenta frecuentemente su evolución, siempre grave; en el aspecto falaz que puede adoptar, así en las formas enquistadas como en las que van acompañadas de peritonitis generalizada. También insistiremos en lo delicado de su diagnóstico así como en las dificultades técnicas que engendra la situación anormal del órgano. Hay que pensar siempre en la apendicitis de tipo retro-cecal, siempre que la apendicitis presenta un carácter anormal o un cuadro sindrómico incompleto; y saber ser, en especial al principio, muy intervencionista.

Iniciación y evolución de la tuberculosis pulmonar

Conferencia pronunciada por el Profesor Gregorio Aráoz Alfa.ro.

En materia de tuberculosis las ideas y los conceptos han evolucionado de un modo extraordinario.

Haré treinta años reinaban las ideas de Granchier, es decir, la idea de que la tuberculosis se iniciaba en el vértice pulmonar, que había que buscarla con gran prolijidad, especialmente por los medios de la auscultación, lo que él llamó período de germinación; después seguía el período de conglomeración y luego el de reblandecimiento. Durante años y años se ha vivido obsesionado con el examen del vértice, auscultando prolijamente los vértices y la región supra-clavicular e infra-clavicular, buscando esos signos de auscultación, que según muchos, marcaban la iniciación del proceso pulmonar. Durante muchos años también se ha tenido la ilusión de curar muchos casos de tuberculosis que tenían una infiltración o germinación, mandando los enfermos a las sierras, separándolos de su vida normal, y después de algunos años se les daba por sanos, convencidos de

que no iba a seguir la evolución fatalmente hasta la tisis pulmonar.

Pero no pasaron muchos años sin que en la propia Francia, discípulos de Grancher que admiraban su talento empezaran a percibirse de que los enfermos, aparentemente en los principios de la tuberculosis, que no podían seguir los tratamientos prescritos, continuando su vida de trabajo, no evolucionaban más y se curaban espontáneamente. Y así se justificaba la frase de Grancher que tanto se ha repetido: *la tuberculosis es la más curable de las enfermedades crónicas*. Es que la tuberculosis que curaba Grancher no era en realidad una tuberculosis evolutiva. Fueron Bard y Bezancon los primeros que lanzaron, hasta cierto punto con gran atrevimiento, el concepto de que lo que Grancher creía signos de iniciación de la tuberculosis, no eran en general sino signos de cicatrización, signos finales de pequeños procesos tuberculosos pasados y curados. Berd los designó con el nombre

de *formas abortivas* de tuberculosis pulmonar.

Desde el año 1910, hay una tendencia marcada, en Francia misma, a reconocer que el llamado período de iniciación de **Grancher** no correspondía a la realidad; que la **mayor** parte de estos casos tomados como iniciales, no son sino manifestaciones o restos de pequeños procesos curados, benignos o estacionarios.

La idea de que la tuberculosis se inicia siempre en los vértices, ha sido sostenida por los anátomo-patólogos y los clínicos. Creían en efecto, al hacer la autopsia de un nombre que ba muerto de tuberculosis, que las lesiones parecían más avanzadas en los vértices y disminuían gradualmente hacia abajo; sacaban de ahí la conclusión de que las lesiones más antiguas se dirigían en el sentido ápico-caudal, es decir, de los vértices hacia abajo. Sin embargo, ya por el año 1912, **Ghon**, anátomo-patólogista alemán, presentó un trabajo sobre lo que él llamó "*primer hertz*", el primer núcleo de la tuberculosis pulmonar, y demostró que no asienta en general en los vértices sino muy frecuentemente en el límite inferior del lóbulo inferior, frecuentemente en el lóbulo medio y a veces en el lóbulo superior.

Kuss, poco tiempo después, casi al mismo tiempo, en Francia, llegó a las mismas conclusiones en su tesis sobre la herencia parasitaria de la tuberculosis. Pero se dijo todavía, y seguimos diciendo mucho **tiempo**: **anátomo-pato lógicamente** será así, pero clínicamente vemos aparecer la tuberculosis con signos en los vértices. Seguimos siempre bajo la fe de que la tuberculosis empezaba Q empieza **por** el vértice. Por esa

época algunos autores dijeron con mucha razón: **anátomo-patológica**mente no se puede resolver la cuestión, porque el sujeto cuyos pulmones llegan a la mesa de autopsia ha hecho una larga evolución y **llegan** en grado avanzado, lo *que* no autoriza a decir que haya empezado en la parte más avanzada, pues, al contrario, el núcleo primario no estaba **en** el vértice. ¿Cómo podemos entonces estudiar la cuestión?, se dijo. Estudiando los casos radiológicamente. Así en el año 1914, se publicó una estadística donde se demostraba *que* de 229 enfermos, en sólo 56 casos había lesiones en el . vértice, y que el resto tenía lesiones relativamente inferiores. Pero la idea general de la tuberculosis apical, subsistía; en el año 1916 empezó y se continuó el año 1917 al 1919 la teoría que en Alemania se conoce con el nombre de teoría de los estadios de Ranke, y que tiene la casi unanimidad de los sufragios en Alemania. Ranke, cuyos estudios admirables y cuya concepción general es genial, empezó el año 1916 por estudiar anátomo-patológicamente el proceso de la tuberculosis y por reconocer la existencia de tres períodos o estadios distintos: lo que se llama el período primario, el *núcleo pnmaj'io de inoculación*, generalmente por absorción aérea y adenopatía consecutiva, lo que ya habían demostrado muchos otros; el *período secundario de generalización* en la propagación se hace no ya por vía linfática, sino por vía hematogena, en *que* se hace entonces la "ba-cilemia generalizada que puede lleva a la tuberculosis generalizada y mortal, o a la siembra en diversos ptros puntos; por fin, el tercer período-

do lo que él llama *tisis aislada*, es decir, la tisis del pulmón pasado, la faz segunda de generalización, que es la que constituye la forma común de la tuberculosis crónica.

Los estudios de **Ranke** continuaron. El año 191-7 presentó un estudio anátomo-pato lógico sobre la iniciación, sobre los conceptos de la defensa orgánica, donde insistió en el primer trabajo, haciendo corresponder una determinada forma de alergia a una determinada faz de la enfermedad.

En el complejo **primario**, es decir, el núcleo de inoculación pulmonar por vía aérea, la alergia primaria se traduce en una induración esclerosante; como propagación, metástasis linfática, y, al fin, como proceso terminal, curación por calcificación. Esto es lo que caracteriza el complejo primario desde el punto de vista de la defensa orgánica de la propagación y de la terminación. La

alergia primaria tiende a hacer la producción de "tejido fibroso alrededor del núcleo primario.

En el período secundario se presenta la generalización con repercusión ganglionar, a veces con ligeros fenómenos tóxicos en el momento de la iniciación. En este período la alergia secundaria es una hipersensibilidad que hace que haya la tendencia a la diseminación general y tendencia a la inflamación **peri-focal** al mismo tiempo que faz de generalización. Como proceso anátomo-patológico viene la exudación inflamatoria, siendo la mejor muestra de la alergia secundaria y exudación peri-focal, las manifestaciones escrofulosas de la piel, especialmente, en las que se ve la reacción local y la tendencia a la generalización y la forma de propagación o de extensión metastásica, por reblandecimiento y eliminación.

El **tercer** período, tisis terciaria, alergia terciaria, es ya una disminución de la sensibilidad y tendencia a la inmunidad. Por consiguiente, entonces, las lesiones anátomo-patológicas son focos proliferantes. La manera de propagación es de metástasis broncogena, o sea por aspiración bronquial, y la curación **por** fibrosis o esclerosis, por supuesto cuando las curaciones son posibles.

La concepción de Ranke presenta una unidad cerrada. Ninguna otra teoría, ninguna otra escuela presenta como ésta una tendencia de coordinación a todos los caracteres **anátomo-patológicos** de defensa en el sentido de la alergia, una tendencia a la propagación y la curación.

Tomadas todas las fases del proceso de la tuberculosis, indudablemente, es una concepción admirable y que la gran mayoría de las escuelas alemanas conservan, en general, enmo exactas. En los últimos tiempos, sin embargo, ha sido muy combatida, aun en Alemania misma. Se puede, sin embargo, decir que en la concepción de Ranke, estas tres fases distintas son, indudablemente, en general, exactas. Lo que no es exacto es que estos estadios sean sucesivos. El estadio primario puede quedar reducido a estadio primario, pero en otros casos puede hacerse el período secundario de generalización. Muy frecuentemente se hace, pero, aun cuando se haga no es seguro tampoco que haya de pasar al tercer período — y esto es interesante que se demuestre — ■ que el período terciario (la tisis aislada) pueda existir sin que provenga del período de generalización, y sin que sea tampoco la consecuencia directa del complejo primario. Está hoy demostrado que

con el estudio de la reinfección Aschoff ha demostrado que puede hacerse una reinfección independientemente de *la.3* lesiones del complejo primario, y sin que haya segundo período se puede llegar a la tisis terciaria.

Según la teoría de **Ranke**, las metástasis hemaíógenas **originadas** en el segundo período y que han quedado en vértices, dan lugar poco a poco, si se produce la tisis terciaria, a un proceso productivo unas veces, exudativo otras, las más de las veces mixto, que poco a poco va extendiéndose del vértice hacia la base, es decir, en el sentido ápico-caudal. Esto está lejos de ser la regla, como antes se creía.

Hasta hace pocos años se oponía la tuberculosis de los niños a la de los adultos. En el niño se inicia en forma aguda por lesiones de los ganglios tráqueo-Hronquiales al mismo tiempo que pulmonares. En el adulto, al contrario: la primera faz **de** la infección, queda olvidada: **después** de esto la enfermedad se desarrolla del vértice a la base.

Los autores franceses empezaron a notar que muchos de estos procesos se iniciaban de un modo agudo, aun en el adulto, y no por el vértice. La esplenoneumonía, por lo común no radica en los vértices sino en el lóbulo medio o inferior.

Por otra parte, médicos de niños, especialistas, empezaron a descubrir formas **infiltrativas** extensas que en Alemania, **Eliasberg** denominó epítuberculosis, procesos exudativos extensos tomando casi todo el lóbulo, susceptibles de una regresión casi completa, y en otros casos, sin embargo, susceptibles de pasar casi a la calcificación.

* En los primeros trabajos. Elissberg no los considera como de **naturaleza** tuberculosa, y se explica, porque no existía la noción de que los procesos tuberculosos fueran capaces de una regresión completa, lo que está hoy demostrado perfectamente por las observaciones de Sergeant y otros. Por el mismo tiempo, más o menos, empiezan a surgir trabajos de diversos órdenes en todas partes.

Assman, de (a clínica, de Leipzig, empezó a notar con gran sorpresa, que a muchos que creían y que parecían estar sanos, puesto que no tenían fiebre, ni tos' ni expectoración, en general, se les encontraba infiltraciones limitadas, focos aislados en uno de los pulmones, generalmente por debajo de la clavícula.

En el año 1923 Eliasberg publicó en su Atlas Rontgenoiógico algunos de estos infiltrados. Estudiando bien estos sujetos observó que en algunos había tos y hasta se llegó a demostrar la existencia de bacilos, y vio cómo en muchos de ellos los procesos se resolvían y en otros, al contrario, continuaba la evolución tuberculosa.

Casi al mismo tiempo otros autores alemanes que estudiaban la cuestión de diversa manera, habían ya se-

ñalado anátomo-patológicamente la existencia de estos focos aislados en la región infra-clavicular.

Lydfin, un médico de niño', alemán, describió el año 1922, un poco antes de Assman, con el nombre de primera **manifestación** exacerbada, justamente las mismas lesiones que había descrito Assman, pero no le dio la misma interpretación. Creyó que era el complejo primario infiltrado que Ghon y Kuss designaron con el nombre de infiltrado precoz o infiltrado primario. Estas infiltraciones se caracterizaban entonces radiológicamente por una sombra, comunmente en el campo medio, a veces más arriba y a veces más abajo, en unión con el ganglio del hilio, dándole así el carácter principal, lo que él llama bipolaridad.

Estos procesos forman frecuentemente la iniciación de la tuberculosis pulmonar crónica; estos infiltrados pueden resolverse completamente, y resolverse en dos, tres, cuatro meses y a veces menos, dejando un pequeño núcleo susceptible de indurarse o calcificarse, que puede dar lugar a la **formación** de una cavidad- y que era el punto de partida de una tuberculosis crónica común, aunque puede curarse por fibrosis.

Según estos autores, un buen nú-

mero de los casos de tuberculosis crónica común, tiene origen en la formación de estos infiltrados que no son, por consiguiente, ni la extensión del complejo primario, ni tampoco la extensión de uno de los núcleos, por ejemplo, en el período de generalización: la mayor parte de ellos los atribuyen a reinfección exógena en un terreno preparado. Naturalmente, que para que esta infiltración exudativa se haga, hay que tratar de que el sujeto esté en período de hiper-sensibilidad, es decir, en el período en que se produce una reacción enorme que no es de carácter perifocal, sino que es un foco nuevo.

La interpretación es **muy** discutida; hay muchos que la colocan en el período secundario de **Ranke**; algunos creen que está en el principio del primer período; otros, por último, en uno y otro, **y** que se trata las más de las veces de una reinfección en un terreno preparado por la alergia secundaria.

Un buen número de tuberculosos, no ya solamente en los niños, sino en los adultos, inician ostentablemente su enfermedad por una de estas infiltraciones, generalmente llamada infra-clavicular.

Se caracteriza la lesión por su disposición como un núcleo aislado, por su bipolaridad, su unión al hilio, y porque se inicia como un proceso agudo algunas veces, en ciertos casos febril: como un proceso inicial de grippe o bronco-neumonía; pero muchas veces — y esto es lo que tiene de particular — de una manera absolutamente insidiosa: el sujeto no presenta ningún signo local ni general: ni fiebre, ni tos, ni tampoco signos de percusión ni auscul-

tación, y sólo el examen radiológico permite reconocer su existencia.

Brauening, haciendo investigaciones extensas y muy interesantes en toda la clientela de las grandes Compañías de Seguro -Social de Alemania, **y** estudiando sujetos aparentemente sanos, descubre que una gran cantidad de estos sujetos ofrecen manifestaciones de sensibilidad. Brauening afirma que de las lesiones del vértice solamente un 7% ha progresado, que todo el resto de las lesiones apicales, de esas que antes se consideraba como la iniciación del proceso, han quedado tal cual eran: restos inmovilizados de la tisis aislada de Ranke con estabilización completa, pero sin progreso; **y** que, al contrario, en la gran mayoría de los casos comienza por el infiltrado primitivo de **Assroan** **y** **Redeker**, que constituye la forma más frecuente de la iniciación del proceso de la tuberculosis.

No estoy de acuerdo con esta afirmación de Brauening; por mi experiencia personal la localización de vértice arroja mayor porcentaje.

León Bernard ha sostenido que las lesiones se inician en el hilio **y** que se extienden del hilio, las más de las veces, hacia abajo de la clavícula; otras veces se observan zonas oscuras en las que en algunos casos se forman cavidades. Otras veces se extienden hacia la base: pero en la inmensa mayoría de los casos han empezado alrededor del hilio, **y** del hilio se han extendido hacia la clavícula **y** hacia abajo.

La iniciación de la tuberculosis se hace no en el vértice, sino en, la región infra-clavicular a veces en la región perihiliar **y** se inicia en una forma **infiltrativa**, exudativa, ente-

ramente distinta de la iniciación lenta, gradual, insidiosa.

Evidentemente hay, a mi juicio, en los últimos trabajos realizados, un poco de exageración en el sentido del menosprecio a la lesión apical, y algunos llegan hasta decir que casi no tiene valor alguno. Evidentemente también, como reconoce el mismo **Assman**, las condiciones particulares en que se encontraba la población que él estudiaba en la post-guerra, es decir, en un medio de escasez y de hambre por el cual se atravesaba, han favorecido este desarrollo debilitando al organismo, y han hecho que la alergia se hiciera más intensa y se desarrollara más rápidamente.

Uno de los más famosos fisiólogos alemanes, Bacmeister, que dirige un sanatorio en St. Blasí, ha resuelto, a mi juicio, el estado actual de la cuestión. Dice lo mismo que yo pienso: no hay que quitar demasiada importancia a los procesos apicales. Es cierto que son procesos benignos que están detenidos, pero que bien pueden ser susceptibles de progresar. Pero es indudable también que la importancia de esas formas agudas es considerable, porque a veces se presentan algunos signos físicos que llaman la atención, y son signos que generalmente obligan a un examen radiológico frecuente de todos los

sujetos que pueden estar en condiciones de infección.

Para terminar, formulo las siguientes conclusiones:

Primero: Las lesiones de vértices están lejos de ser las que inician la marcha de la tuberculosis pulmonar común. A menudo son terminales, benignas y sólo en escasa proporción son seguidas de evolución activa.

No obstante, es exagerado el menosprecio que por ellas muestran muchos sabios de la escuela alemana moderna. Deben ser vigiladas y tratadas porque pueden afeclar el estado general y hacerse progresivas.

Segundo: La iniciación en forma de "infiltrados", focos aislados infra-claviculares, o aun más, de carácter exudativo. (**Assman**, Redeker, etc.) es frecuente, así como el comienzo alrededor del **hilio**, propagándose de ahí hacia la región subclavicular a la base.

Las "córtrico-pleuritis," las "**lobitis**," antes "espleno-neumonías," de algunos autores franceses, pueden equipararse a los "infiltrados" y a la "epituberculosis" de los alemanes.

Tercero: Esas lesiones de carácter exudativo, neumónico, **obsérvanse** de preferencia en sujetos jóvenes o en niños, aproximando así la tuberculosis infantil y la del adulto.

Síntomas genitales de las afecciones endocrinas no gonadales

por MARAÑÓN.

(Comunicación a la Sociedad Ginecológica Española) (
"Medicina Latina", año IV, **iiin**, 35, febrero 1931)

Es frecuente que al acudir a la consulta de un médico una enferma con trastornos genitales, se piense en perturbaciones del ovario: sin embargo, la vida sexual de la mujer es algo más compleja; comprende los siguientes episodios: 1^o, la feminidad. Esto no es un valor absoluto, sino relativo, y cada mujer lo posee en distinta cantidad. Como de la feminidad dependen muchas características sexuales hay que estudiarla bien, 2^o, la pubertad, que no es sólo menstruación. 3^o, la serie de pubertades que constituye cada menstruación. 4^o, la tendencia sexual o libido. 5^o, la aptitud para el organismo. 6^o, la aptitud de ser fecundada. 7^o, el embarazo. 8^o, el parto. 9^o, la lactancia; y 10^o, el climaterio.

Tienen frecuentemente tendencia a resolverse y curar completa o casi completamente, pero pueden sufrir un proceso de reblandecimiento y excavación aun susceptible de curar o de hacerse productivo, o de conducir a la muerte por metástasis hematógena e intracanaüculares y extensión progresiva.

Cuarto: Estos procesos exudativos[^] inicianse a veces, con el cuadro general de una infección aguda (grippe, neumonía, bronco-neumonía), *pero con cierta frecuencia carecen en absoluto casi de sintomatología general y local, y constituyen un hallaz-*

En todos estos episodios, el ovario es el órgano central, pero no el único; un ovario perfecto y con todas sus funciones normales, no funcionaría bien si no tuviera los resortes endocrinos y el sistema nervioso; un ovario en estas condiciones sería como un automóvil equipado y cargado de esencia, pero sin el hombre que le pone en marcha. lo dirige y lo detiene en un terreno peligroso, por donde podrá avanzar a pesar de su perfección. Hay, pues, que considerar las otras glándulas, cada una de las cuales funciona de un modo distinto. Pasaremos revista rápida a cada una de estas glándulas.

La pineal, que sólo sabemos que interviene en la evolución macros-

go radiológico.

El examen por los rayos Roentgen y especialmente las radiografías frecuentes y seriadas, deben ser empicadas reiteradamente, no sólo en los enfermos o simplemente sospechosos, sino aun en la población sana y particularmente en las perso_ na.g
une ectán &>i'y«Jai'tfl«~^n_enier- ' &
V f í

mos contagiantes, para poder reconocer cuanto antes y tratar debidamente estas formas frecuentes y graves de iniciación de la tisis pulmonar.

(Crónica Médica, de Lima).

cópica de los órganos? externos masculinos.

La hipófisis es mucho más importante: se le considera como un órgano de involución atrófica, siendo seguramente este concepto falso; por el contrario, es una glándula en plena evolución, y seguramente, cuando pasen muchos años, nuestros descendientes tendrán una glándula mucho más desarrollada que la nuestra. En la vida sexual de la mujer interviene de distintas maneras, siendo en el lóbulo anterior donde se encuentran estas hormonas. Actúa sobre el advenimiento de la pubertad de una manera desencadenante, pero no de una manera específica, sino que la hormona de una hipófisis cualquiera puede producir el mismo efecto sobre cualquier individuo. Otra hormona actúa sobre el embarazo y el parto; y por último, hay una hormona virilizante, protectora de los caracteres sexuales viriles masculinos y que en la mujer está muy atenuada. Hechos clínicos lo comprueban cuando actúan por exceso o por defecto: *así cuando se hipertrofia se

produce la acromegalia, que su característica no es precisamente lo deforme y grande de manos, pies, etc., sino la virilización: cuando se trata de una mujer, se viriliza apareciendo los caracteres más o menos acentuados masculinos, y si se trata de un hombre, se hiperviriliza; cuando hay hipofunción, al contrario, en la mujer hay feminización y en el hombre también, constituyendo el síndrome adiposo genital!

El timo tiene acción sobre la vida genital, en el momento de la pubertad: si persiste, no se verifica, siendo su persistencia más marcada en la mujer que en el hombre. La intervención del tiroides, está perfectamente demostrada experimentalmente: si se extirpa, se produce una detención del desarrollo de los órganos genitales; es más afín al sexo femenino que al masculino. Pero el tiroides no sólo interrumpe el desarrollo genital, sino que interviene en su funcionamiento; pequeñas alteraciones que pasan desapercibidas en clínica dan lugar a alteraciones genitales, produciendo en mu-

chos hombres la impotencia, que se designa con el nombre de psíquica y que tiene por causa el disfuncionamiento tiroideo.

Las cápsulas suprarrenales actúan sobre los caracteres primarios y secundarios viriles, residiendo en la hormona en la corteza, y por último: el páncreas quizás tenga ingerencia sobre la aptitud fecundante.

Feminidad. ■— Pasa a enumerar cada uno de los episodios sexuales antes descritos como fenómenos pluriglandulares, estudiando en primer término la feminidad: es un problema muy interesante en el que tenemos que considerar los estados constitucionales: la mujer no encaja en los diversos tipos de constitución corta, larga, asténicos, pícnicos, atléticos, etc., por el hecho de ser un organismo intermedio entre el infantil y el viril, estando todo dominado por él; por eso será preferible clasificarlas en infantiles, femenino genuino y tipo inter-sexual o viriloide, correspondiendo cada uno de estos tipos a fórmulas endocrinas, pues que la feminidad no sólo depende del ovario, sino de un complejo pluriglandular. Al primer tipo corresponden esas mujeres que toda la vida son infantiles, de talla baja, anidadas y con órganos genitales más o menos infantiles; al segundo, las mujeres de talla media, piel blanca lampiña, sin pelos en los muslos y piernas, de voz dulce, de ovario que tienen progresiva máxima capacidad. Estos procesos **exudativo** se acompañan a veces con el cuadro general de una infección aguda (gripe, neumonía, bronco-neumonía), *Zj con cierta frecuencia carecen, en absoluto case de sintomatología general y local, y constituyen un hallaz.*

pera, de organismo desarrollado y poca capacidad fecundante; en este tipo la fórmula está invertida: hipotiroidea, hiper-hipofisario e hiper-suprarrenal.

Pubertad. — Cuando se encuentra retardada, se diagnostica, por lo general, de insuficiencia ovárica, si en realidad los casos debidos a ésta, raros: lo más frecuente, en el SO por 100, es que sea producido el retardo por perturbaciones pluriglandulares: hipófisis, tiroides, suprarrenales; cuando es debido a insuficiencia hipofisaria, se diagnostica porque aparecerán más o menos acentuados los caracteres clínicos de hipo-hipofisario, obesidad, constituyendo el síndrome adiposo genital; cuando es debido al tiroide es más difícil de diagnosticar, no teniendo más signos que alteraciones psicológicas y del metabolismo, piel seca y adiposidad, ahora que ésta es más bien de volumen que de peso, y por último puede ser debida a una aplasia pluriglandular, como se puede observar en los heredo-sifilíticos o heredo-tuberculosos. También la pubertad puede, en vez de retrasarse, ser precoz, pudiendo ser en ocasión de ovario muy poderoso, pero también debido a alteraciones tiroideas y suprarrenales con temperamento hipertiroideo.

Menstruación. — Observamos el mismo fenómeno: o no se menstrua o se menstrua demasiado. La falta de menstruación puede ser producida por causas contagiantes, para poder reconocer cuanto antes y tratar debidamente estas formas frecuentes y graves de iniciación de la tisis pulmonar.

(Crónica Médica, de Lima).

con las falcas menstruaciones.

Fecundidad. ■— En ésta, cuando está alterada, también hay trastornos endocrinos; considerando los tres tipos en que liemos agrupado a las mujeres, tenemos que las que pertenecen a! medio o feminismo genuino, son las más fecundas, mientras que en los dos otros tipos **la** fecundidad **está** disminuida, siendo **ello** debido en el tercer grupo, a la acción virilizante de las suprarrenales; las **hipotiroideas** son infecundas aunque no presenten grandes signos hipotiroideos, sino pequeños, no habiendo en algunos casos más síntomas que un **metabolismo bajo**, inferior a 15 y 20.

En **el** embarazo son muy conocidas las influencias que tienen las glándulas: durante el embarazo, debido a una hiperfunción hipofisaria, se puede producir deformaciones **acronegálicas**; otras mujeres, por **hipersuprarrenalismo**, se **virilizan**, pero observándose que estas mujeres después del parto vuelven a recobrar su estado anterior de feminidad: el embarazo también actúa sobre el tiroides; para unos, la función tiroidea está aumentada, para otros de-

primida. Nosotros consideramos en general que-' está refrenada de tal manera, que las mujeres con temperamento **hipertiroideo**, mejoran durante el embarazo, sobre todo los primeros meses; por lo tanto, **el hipertiroidismo**, no es indicación **para el** aborto; sin embargo, las múltiparas que han tenido **muchos** embarazos, **a** la larga empeoran

Durante la lactancia se producen fenómenos de **hiperfunción** tiroidea, siendo frecuente atribuir a la lactancia el que muchas **mujeres** adelgazan, cuando en realidad es debido a **hipertiroidismo**, como se **comprue**^ba si se investiga el metabolismo basal que resulta **alto**; muchas lactancias dan lugar a un agotamiento de la **plándula**, **terminando** por **mixe-demia**. **Por** último, en el climaterio fuera del ovario las glándulas endocrinas intervienen de una manera negativa: hipófisis, tiroides y suprarrenales.

Termina haciendo algunas consideraciones sobre el estado actual de estos estudios, en que hay que tener en cuenta todos estos factores si queremos orientarnos bien en los trastornos genitales de la mujer.

R.

Lactancia materna en los heredosifilíticos

Por el Profesor GOUGEROT.

Profesor de Clínica de enfermedades cutáneas y sifilíticas de la Facultad de Medicina de París, Médico del Hospital San Luis.

La lactancia de los niños hijos de padres sifilíticos, suscita algunas cuestiones prácticas que conviene resumir.

I. — *El niño, hijo de padres sifilíticos, no debe ser confiado a una nodriza sana, aun cuando parezca indemne*

El médico no deberá ni dejar discutir este asunto: debe, en la delantera, prevenir al marido, desaconsejar formalmente una nodriza, poner a salvo su responsabilidad; si el médico no es escuchado, deberá retirarse inmediatamente. En ningún caso el médico debe convertirse en cómplice y consentir en administrar un tratamiento preventivo antisifilítico a la nodriza. Pero si el niño necesita la lactancia materna y si la madre es incapaz de criarlo, es posible tener una nodriza sana, sin dar de mamar al niño, haciéndole aspirar en un recipiente esterilizado cada vez y darle este leche en un recipiente diferente del que ha servido para aspirarla.

II. — *La madre "sana" ¿puede lactar a su hijo sin peligro, si este niño está infectado?*

Es clásico contestar afirmativamente apoyándose en la ley de Colles-Baumes, que dice así: El niño deberá ser confiado a su madre, a la que no infestará, porque, o bien la madre está inmunizada (teoría anti-

gua), o bien está ya contaminada y su sífilis latente le produce la inmunidad (teoría moderna). En efecto, antes de sostener que la madre de un heredosifilítico está sana, no debemos

ya contentarnos con un examen clínico, sino que debemos exigir hoy una suero-reacción negativa, ni principio y al final del embarazo!" Ahora bien, en la mayor parte

(en todos, según algunos casos), la suero-reacción de la madre es positiva; sólo ventajas, tendrá recomendar la lactancia materna.

No obstante, se han citado excepciones a la ley de Colles-Baumes, es decir, la sifilización de la madre por su hijo.

Estas excepciones han sido discutidas y negadas, pero son indudables y por nuestra parte hemos visto dos casos: dos mujeres "sanas" que lactaban a su hijo portador de placas mucosas en los labios han contraído un chancro en el pezón.

¿Cómo interpretar estas excepciones? Caben dos explicaciones.

Unas veces la madre ha tenido sífilis y la ha transmitido al hijo, pero bajo la influencia del tratamiento ha curado o casi curado, en tanto que el feto encerrado en sus membranas, no recibía, por causas desconocidas, los medicamentos o las substancias defensivas. De modo que, después del nacimiento, la madre, de nuevo "normal" o casi normal, es receptiva, por lo cual su hijo pue-

de infectarle: opérase entonces una reinfección o una super-infección.

Otras, excepcionalmente, la madre no ha tenido sífilis, el virus sifilítico en forma de treponema o en cualquier otra forma ha penetrado en el óvulo con los espermatozoides y queda encerrado en el huevo sin penetrar en la madre, al igual que los microbios incluidos en una bolsa de colodión. La madre permanece, pues, sana; el niño nace infectado, no es, pues, extraño que la madre esté contaminada por la boca del niño. Estos casos de heredosífilis de la madre, son excepcionales, pero indudables, y con poco tiempo de diferencia hemos observado dos casos: los dos padres habían tenido sífilis: sus B. W. eran intensamente positivos, cien veces en uno, cuarenta veces en el otro (lo cual quiere decir que su suero diluido cien veces y cuarenta veces más que en la reacción clásica, resultaba aún positivo I. Los dos recién nacidos tenían accidentes heredosifilíticos en actividad, sobre todo en la boca y un B. W. positivo. Ahora bien, las

dos madres estaban indemnes clínica y sueroológicamente, incluso con el **Desmoulières** repetidas veces practicado. Es evidente que si estas mujeres hubieran lactado a su hijo habrían tenido chancros del pezón.

Dadas estas explicaciones, creo prudente, cuando la madre parece sana clínica y suerológicamente, cuando el niño heredosifilítico presenta lesiones sospechosas, creo prudente, repito, no dar de mamar. Pero no por ello privaremos al heredosifilítico de los beneficios de la lactancia materna. Para ello la madre verterá su leche en un recipiente y la dará al niño en un biberón cuya botella y tetina serán hervidas cada vez. De esta manera deparamos al niño los beneficios de la lactancia materna sin hacer correr riesgos inútiles a la madre. Inmediatamente practicaremos las inyecciones de arsenobenzeno en el niño, con objeto de que no sea contagioso y pueda a no tardar tomar el pecho.

///. — *El niño sano, hijo de padres sifilíticos v cuya suero-reacción es*

negativa, ¿corre riesgo de ser contaminado si es criado por una sífilítica?

Es clásico decir que el niño hereditario, aun cuando esté indemne, está "inmunizado" y no puede ser sifilizado por su madre (Ley de Profeta).

Pero se han citado excepciones a esta ley: sifilizaciones del niño por la madre, especialmente durante el parto; el recién nacido infectado a su paso por la vulva afecta de placas mucosas, presenta, en los plazos clásicos, chancros cefálicos.

¿Cómo explicar estas excepciones? O bien la madre infectada antes del nacimiento no ha inoculado al feto por formar las membranas ovulares un filtro;

O bien la madre infectada antes de la procreación no ha tenido tiempo de sifilizar al niño. En efecto, es clásico decir que en casos de sífilis post-concepcional, que se manifiesta después del séptimo mes del embarazo, la hereditaria es la excepción: este niño sano puede, pues, ser contaminado.

Para evitar estas contaminaciones del niño, la madre debe ser tratada urgentemente con los arsenicales antes del parto, caso de presentar lesiones en actividad, aun cuando tenga que parir el día siguiente, porque en pocas horas los arsenobencínicos obran y disminuyen las probabilidades de contagio.

Si el contagio parece probable, el feto recibirá un tratamiento preventivo arsenical desde el primer día. Este niño no debe ser criado por su madre, que es virulenta y podría contagiarlo.

Tampoco debe ser confiado a una nodriza, porque puede ser peligro-

so. El niño será, pues, criado con lactancia artificial, o mejor aún, con leche materna aspirada y puesta en biberón que se administra al niño.

La madre será tratada energicamente y con toda regularidad; durante este tiempo se sostiene la lactancia para poder dar el pecho al niño en cuanto la madre esté curada.

Vemos que la situación es más compleja de lo que creían nuestros antepasados: que son de temer superinfecciones de la madre por el feto o del niño por la madre.

Debemos esforzarnos en evitar estas probabilidades de sifilización aplicando las reglas que hemos indicado.

Pero a veces el médico llega demasiado tarde, o bien no es escuchado y entonces cabe discutir los riesgos de contagio.

Sí el contagio no parece verosímil, es preferible no hacer ningún tratamiento profiláctico y contentarse con la expectación armada. Si después de treinta días no aparece el chancro, cabe esperar, pero la existencia de sífilis sin chancro no debe dejarlos completamente tranquilos; es necesario esperar hasta sesenta días, practicar B. W. en espera del chancro o de los accidentes secundarios.

Si el contagio parece seguro, aconsejamos los tratamientos profilácticos; otros prefieren esperar la aparición del chancro, creyendo estar bien armados atacando la sífilis desde el comienzo del chancro, como cuando se interviene, conforme recomendamos, antes de presentarse el chancro. Pero les objetaremos que un chancro puede pasar desapercibi-

do. que la sífilis se generaliza y sólo será diagnosticada una vez generalizada, que ya desde el comienzo del chancro y a veces antes del chancro, existe ya generalización visceral, conforme lo demuestran los experimentos de Schlosberger en la rata, la invasión precoz del cerebro. Por todas estas razones preferimos, cuando el contagio es probable, continuar los tratamientos profilácticos para ver de curar la sífilis antes que se desarrolle y generalice.

No estará de más recordar las reglas de estos tratamientos **profilácticos** con sobrada frecuencia insuficientes o demasiado cortos:

1° El tratamiento debe ser precoz, empezando el mismo día y no el día siguiente.

2° Debe ser tan intensivo como si ya existiera el chancro; por consiguiente, salvo caso de intolerancia, deben los arsenobencenos (**914** o **sulfarsenol**), inyectar las dosis "normales" y totalizar una dosis suficiente. Si se calculan las dosis según el peso, no hay diferencia alguna entre el tratamiento de la madre y el de! hijo.

En caso de urgencia, después de una dosis de ensayo de tres miligramos por kilogramo de 914 o de sulfarsenol, inyectaremos desde el día siguiente una dosis de quince centigramos.

Si la indicación no es urgente,

podrá seguirse la graduación habitual de 0'003, 0'006, 0'009, **0'012, 0*015**. Así, por ejemplo, para un niño de cuatro kilos de peso, estas dosis oscilan, pues, entre 0'012, 0*060.

Se procura alcanzar la totalidad, es decir, si la tolerancia lo permite, llegar hasta 0'100 por kilogramo. Por ejemplo, en un niño de cuatro kilogramos, llegaremos hasta un total de cuarenta centigramos. No deberemos contentarnos con algunas inyecciones, conforme se hacían antes.

3^a Por temor de arsenoresistencia intercalaremos bismuto entre las inyecciones arsenicales en cuanto haya una separación suficiente entre las inyecciones arsenicales; sólo emplearemos bismuto soluble o benzobismuto, que disolveremos en el agua, o canfocarbonato de bismuto **oleo-soluble**: doce inyecciones musculares glúteas dos veces por semana, calculando la dosis según el peso 0'0012 por kilogramo hasta un total de 0'0144 por kilogramo.

4^a Hay que continuar y repetir las curas si hubiese ya chancro: de modo que después de esta primera cura, 21 a 28 días de descanso; segunda cura arsenobenzólica (**con** o sin bismuto I, descanso de 21 a 28 días y tercera cura de bismuto: descanso de 28 días: cuarta cura de bismuto o de mercurio; quinta cura arsenical o mercurial, todo ello en el término de un año aproximadamente.

5^o Debe vigilarse durante varios años el niño sospechoso, puesto que los tratamientos profilácticos deforman la sífilis, retardan el chancro, hacen que sea más pequeño y hasta impiden su aparición, lo propio que las adenitis y los accidentes secun-

darios, hasta el punto que muchas veces se presentará después la sífilis en una forma visceral grave tardía. Así, pues, después de este año de tratamiento, practicaremos el examen clínico y suerológico cada tres meses durante el segundo y el tercer año, y después cada seis meses durante el cuarto y quinto año.

Tales son los problemas, cada vez más complejos, que suscita la aplicación de la lactancia materna en los hereditarios, los consejos de ortoducencia que debemos dar para **evitar** las dificultades, y las reglas de cura profiláctica cuando los peligros de contagio son indudables.

Creemos que en el estado actual de nuestros conocimientos, la sífilis preserológica y algunos otros casos excepcionales que nada permite desintegrar, importa no solamente a los enfermos, sino también a sus compañeros de vida, a sus hijos, a la sociedad entera, que los sífilíticos estén instruidos de la utilidad, de la necesidad absoluta, si quieren protegerse y no perjudicar su familia y sus semejantes, seguir durante 4 o 5 años un tratamiento enérgico y en el porvenir, durante muy largo tiempo, por no decir siempre, un tratamiento de garantía, que pertenecerá al médico tratante instruir según la modalidad, pero que de todos modos no deberá ser descuidada. — / . ¡Sicolás.

Algunas consideraciones sobre un nuevo síndrome: La Acrodinia

Por M. J. ECHEVERRÍA.

Hace pocos días, mientras seguíamos la visita matutina en la sala de Clínica Médica Infantil, que el profesor **Nobécourf** tiene en el Hospital "Des **Enfants** Malades," el doctor Jean Hallé nos presentó un enfermo atacado de una curiosa enfermedad: *La Acrodinia*.

A decir verdad, no recordamos que nuestros profesores de Patología Médica nos hayan enseñado a conocer, aun a través de una simple explicación, esta rara afección, y por eso nos hemos decidido a escribir el presente artículo, después de haber estudiado el caso arriba mencionado, así como algo de la escasa literatura que al respecto existe.

No estará de más advertir que estas líneas, más que todo, van dirigidas a los estudiantes de medicina de nuestro país que ya ellos por lo pasado de sus estudios se concretan en su mayoría únicamente a leer los textos oficiales..

De nuestros colegas, los médicos-conociendo como conocemos su espíritu estudioso, solamente nos a-

gradaría escuchar o conocer su opinión en cuanto a si esta enfermedad existe en Honduras, es decir, si ellos la han observado, qué concepto etiológico y patogénico les merece y cuál ha sido su conducta terapéutica al respecto.

Vertidos los conceptos anteriores, entremos en materia.

HISTORIA

En realidad no vamos a ocuparnos de una enfermedad sino más bien de un cierto número de síntomas clínicos cuyo conjunto por definición constituye un *síndrome*.

Sentemos, pues, el siguiente principio: *La Acrodinia no es una enfermedad, es un síndrome*.

Parece ser que los primeros casos fueron observados en 1828. en París, en donde 40.000 personas fueron atacadas en el transcurso de pocos meses.

Pero esta epidemia, como todas, fue pasajera y la literatura no nos recuerda sino algunos casos esporádicos aparecidos en Bélgica, allá por

el año de 1845 y en Crimea en 1854.

Después, el silencio se hizo a su alrededor, explicándose así que este síndrome desapareciera no sólo de los libros y revistas, sino también de la memoria de los **médicos**.

En los últimos tiempos su estudio ha renacido y las **observaciones** se multiplican más y más.

La AcroDinia ha sido sucesivamente descrita bajo nombres diferentes, así: Eritroedema (Surft, congreso médico de Australia), Trofo-Dérmato-jVeurosis (**Selter**, Congreso de Cassel), Dérmato-Polineuritis (Thurnfield), Enfermedad de Ferr (Ferr, de **Zurich**), Síndrome caracterizado por insomnio, sudores y perturbaciones vasomotoras de las extremidades I Comunicación de la Sociedad de Pediatría de París, julio de 1926, **H. Janet** y **Dauras**), etc. El término de Aerodima, que es no sólo el más antiguo sino también el más apropiado, corresponde a **Chardon**, médico francés.

Entre los autores franceses que se han ocupado de la cuestión, citaremos a Nobécourt, Janet, Dayras, **Comby**, **Hansbalter**, Pichón, **Péhn**, Debré y Hoestetter; de otros países, Van Bogaert, Van Koumans, J. Sweerts Clubb. Snoyball. Hobill-Colle, etc.

ESTUDIO CLÍNICO

La AcroDinia es una afección casi exclusivamente infantil.

Se observa entre 4 meses y 6 años de edad: en los niños más grandes es rara y en el adulto excepcional.

Generalmente se produce en indi-

viduos cuyo estado anterior de salud no dejaba qué desear.

Evoluciona en tres períodos: Período de invasión o período prodrómico. período de estadio y período final o de regresión.

Este último período nos permite decir de una vez que el pronóstico es benigno, por lo menos en la inmensa mayoría de los casos.

Período de invasión. — Lo que más llama la atención de los padres en este período, es el cambio de carácter del niño, que se vuelve triste, solitario, apático, sin deseos de caminar ni de jugar. Por la noche está irritado, no duerme bien y suda. En fin, una observación atenta puede poner de manifiesto un ligero edema de manos y pies y un cambio de coloración de la piel a este nivel. Excepcional diente hay pert. digestivas.

Período de estadio. — Este segundo período sobreviene en general 4 o 5 semanas después de la aparición de los primeros síntomas. En él el síndrome se presenta bajo una forma completamente característica. Hay que considerar los síntomas cardinales y los síntomas accesorios. *Los síntomas cardinales* son: perturbaciones psíquicas, perturbaciones motoras, manifestaciones cutáneas, sudores generalizados y sensaciones dolorosas.

Perturbaciones psíquicas. ~ Es lo que primero atrae la atención. El niño huye de la luz, se esconde en *l'üb* brazos de su madre, cuando se le quiere examinar llora o hace gestos de mal humor. Otras veces se **re-**

fugia en una esquina de la habitación y allí permanece inmóvil y silencioso durante largas horas.

Todo esto traduce un estado de fatiga que es difícil encontrar en otros estados patológicos.

El sueño es intranquilo o hay insomnio tenaz que se prolonga durante semanas o meses. Este insomnio es generalmente una consecuencia de las sensaciones dolorosas y pruritos que adelante se describen.

PERTURBACIONES MOTORAS

Constituyen otro síntoma dominante de la afección. A veces son **tan intensas**, que llegan hasta simular verdaderas parálisis.

En realidad lo que existe es un estado de astenia profunda y una hipotonía generalizada a consecuencia de la cual el niño se resiste a caminar.

Al lado de las pert. motoras o de orden nervioso deben colocarse las *manifestaciones cutáneas*, que por su **netitud** y constancia merecen un **lugar** de primer orden en el cuadro nosográfico del **síndrome** que describimos.

«Las manos y los pies son el asiento de un eritema rojo vivo o violáceo, color de carne cruda» dicen algunos autores anglo-sajones (ray

beef hands and/foot). Esta rubicundez se extiende en capa uniforme interesando los dedos, la cara palmar y la cara dorsal de las manos. Lo mismo se observa en los pies. Además, las extremidades están aumentadas de volumen. Existe a su nivel un *edema elástico*. La presión del dedo que hace palidecer la región no produce el clásico godete."

La secreción sudoral a nivel de pies y manos es permanente y su intensidad es tal, que en no pocas ocasiones engendra una verdadera desesperación en los enfermos. La epidermis de estas regiones se descama de manera más o menos importante, dándoles un aspecto desagradable al tacto y repugnancia a la vista.

Los sudores pueden generalizarse provocando o favoreciendo erupciones cutáneas más o menos pasajeras (Sudamina, miliar roja).

En fin, apuntemos como carácter importante que manos y pies son objeto de sensaciones desagradables o dolorosas: hormigueos, sensación de quemadura y sobre todo de comezón o escozor. Los **enfermitos** se frotan las manos una contra otra o bien contra sus vestidos, los muebles y los muros. Estas perturbaciones sensitivas aparecen en general como ver-

(laderas crisis paroxísticas. Ellas son en parte responsables del **insomnio**.

Por último el *estado general* se halla profundamente modificado, particularmente al final de la afección. El adelgazamiento es intenso, inquietante, lo cual se explica en virtud de un síntoma casi constante: *la anorexia*.

Digamos de paso que, en general, este es el único síntoma digestivo que se registra; no hay vómitos, no se constata ninguna otra alteración de orden gastrointestinal.

El contraste, dice H. Janett, es a retener.

Los síntomas accesorios comprenden:

V — La sialorrea que se manifiesta por un exceso de baba si se trata de un niño muy pequeño. En el niño de más de 3 años el síntoma e presenta como en el adulto. En ambos casos es frecuente observar que la almohada "se moj a" durante la noche.

2'-' — Congestión ligera de las **conguntivas** y conjuntivitis franca, pero banal, por consiguiente: *foto-fobias*.

3'-' — El aparato respiratorio es generalmente respetado, pero puede observarse ligera bronquitis.

4° — Al examen del aparato circulatorio: existencia de *taquicardia* (140 a 160) sin perturbaciones del ritmo. En fin, anotemos que la acrodinia evoluciona *sin fiebre*.

Los exámenes complementarios no ofrecen nada de particular. Así: el líquido Cef al o raquídeo, la sangre y la orina, son normales. La cuti-reac-

ción a la

tuberculina es negativa.

DIAGNOSTICO

Cuando se ha visto un enfermo alacado de Acrodinia difícilmente se equivoca el médico frente a un segundo caso.

El síndrome es tan característico, los síntomas cardinales son tan constantes, que el diagnóstico se impone lo más a menudo.

El diagnóstico diferencial se hará descartando la eritromelalgia, la enfermedad de Raynaud, la acrocianosis banal, afecciones que todos conocemos a través de su propia sintomatología.

PATOGENIA

Escuchemos lo que al respecto nos dice Henri Janet: ¿Cómo podremos encontrar una explicación satisfactoria de los numerosos síntomas que se agrupan para construir el síndrome de la Acrodinia?

Un lazo de unión existe en realidad entre todos estos síntomas tan diversos a primera vista: revelan una alteración del *sistema neuro-vegetariano*. Sabemos en efecto que el sistema nervioso autónomo (simpático y neumogástrico) regula el equilibrio vaso-motor: en la acrodinia las perturbaciones vaso-motoras ocupan el primer lugar; el conjunto de fenómenos observados a nivel de las extremidades, que es manifiestamente de origen circulatorio, no es debido a una alteración vascular, puesto que en la regla, su evolución es

benigna; luego no se puede **explicar este** conjunto de fenómenos sino en virtud de una perturbación de la inervación vascular. El sistema nervioso **autónomo** regula también la secreción de las glándulas. Por consiguiente, una **perturbación** de dicho sistema explicaría la traspiración excesiva y la salivación **abundante**, fenómeno este último poco común en Patología Infantil.

Otros síntomas pueden explicarse igualmente en virtud del desequilibrio vago-simpático notablemente la hipotonía muscular, puesto que se sabe que el tonus muscular está regido por la asociación de los dos sistemas: cerebro-espinal y vago-simpático.

Las sensaciones dolorosas también pueden considerarse como de origen simpático. Su difusión, sin relación con una distribución nerviosa **truncular** o radicular no hablan en favor de esta manera de pensar?

' Por lo *que* concierne a las manifestaciones anormales del **psiquimol** "No subemos que hay una estrecha relación entre ciertas psicosis y la exageración de un desequilibrio vago-simpático que **a menudo las ^precede?**" (Santenoise).

¿Todas estas **consideraciones** no

nos permiten, sino afirmar, por lo menos sospechar la existencia de perturbaciones más o menos intensas del sistema vago simpático?

Janet continúa expresándose así: "Si quisiéramos juzgar las ideas con más **precisión**, encontraríamos algunas dificultades. En efecto, en la acrodinia encontramos síntomas de *vagotonía* (depresión, fatiga, sudores, salivación, enfriamiento de las extremidades) y síntomas de *simpaticotonía* (insomnio, taquicardia, hipertensión arterial).

¿Hay predominio de uno u otro de estos elementos? Forzoso es confesar que ni el análisis clínico ni las pruebas farmacodinámicas permiten en la hora actual pronunciarse en un sentido exclusivo. Por consiguiente contentémonos con saber que lo que existe es un *desequilibrio vago-simpático*."

De la anatomía patológica nada diremos, ya que las autopsias hasta la fecha no existiendo o siendo **raras**, Lodo lo que al respecto se diga no son sino conjeturas o ideas más o menos confusas que esperan su confirmación.

ETIOLOGÍA

Nada de-afirmativo puede decirse

en cuanto a la etiología de la acrodinia. Tres hipótesis y teorías se invocan en la actualidad para explicar el origen de esta curiosa afección, 1ª Teoría Endocrina; 2ª, Teoría Tóxica; 3ª, Teoría Infecciosa.

La Teoría Endocrina es incapaz de explicar aún de una manera mediocre el conjunto sintomático de la acrodinia. Mucho se ha hablado de una posible insuficiencia suprarrenal, pero, quien quiera que conozca lo que son los síntomas de una insuficiencia, estará de acuerdo en que no son precisamente los que constituyen el síndrome que estudiamos en el presente artículo. Por consiguiente, la teoría endocrina sólo debe de ser retenida como un recuerdo histórico o como un accidente en el curso de las múltiples discusiones sostenidas con el objeto de aclarar el concepto etiológico de la acrodinia.

La Teoría Tóxica parece contar con mayor número de partidarios. En este caso la acrodinia no sería sino la consecuencia de una intoxicación exógena. Entre las principales sustancias enérgicas figuran notablemente la ergotina y el arsénico.

En efecto, el ergotismo gangrenoso se inicia por algunos síntomas que recuerdan los de la acrodinia; sensación de hormigueo en las extremidades, astenia, sensación de pesantes, dolor en los miembros, etc. Pero, síntoma capital, es el ergotismo de las manos y los pies adquieren un aspecto violáceo negro más bien que se esfacen; terminada la intoxi-

cación, el enfermo que cura es portador de mutilaciones, accidente que en la regla no se registra en la acrodinia. Por otra parte, entre los antecedentes del paciente no existe la ingestión o absorción de ergotina, cornezuelo del centeno, etc.

El profesor Karl Petren (de Lund, Suecia), ha invocado el arsenicismo crónico basándose en la analogía que hay entre los síntomas de una u otra afección. Sin embargo, como muy bien lo hace notar R. Tourquely, es posible que sólo se trate de una simple semblanza y no de identidad. Por consiguiente, no siendo satisfactoria ninguna de las hipótesis precedentes, un último problema nos queda por considerar: la acrodinia tiene un origen infeccioso?

La tuberculosis y la sífilis pueden descartarse conforme a los resultados que nos proporciona el laboratorio. La gripe ha sido incriminada. Pero la hipótesis de una Encefalitis epidémica parece cautivar fuertemente la atención de algunos autores. Sin embargo, numerosos argumentos militan contra este modo de pensar: ausencia de fiebre, ausencia de toda reacción del líquido cefalorraquídeo, falta de los signos clásicos de la encefalitis letárgica, (mioclonias), no existencia de infecciones en los antecedentes del enfermo, etc., etc.

En resumen: nada de preciso se sabe hasta la fecha en cuanto al origen de la acrodinia. Ni la teoría endocrina, ni la tóxica, ni la infecciosa son capaces de explicar claramente la etiología del síndrome. ¿Se

trata entonces de un virus hasta hoy desconocido, neurotrofo, específico? Es lo que nos dirán los investigadores del porvenir.

TRATAMIENTO

La **incertidumbre** en **cuanto** a la etiología del síndrome explica la dificultad de establecer un tratamiento efectivo. De ahí que el médico se vea obligado a instituir una terapéutica puramente sintomática.

Los autores americanos dicen haber obtenido buenos resultados mediante la amig-delectomía, que ellos practican de manera sistemática, en semejantes casos.

Los partidarios de la teoría endocrina emplean con buen resultado, según dicen, la opoterapia suprarrenal.

En Francia la actinoterapia **por** los rayos ultravioleta, cuenta con decididos defensores. "Ella mejora, escriben, rápidamente estos enfermos y acorta la duración de la **acrodinia**. Actualmente debemos tenerla como el tratamiento de elección y recurriremos a ella tan precozmente como posible sea."

A estos medios se **agregará** una

alimentación substancial, y rica en vitaminas. ⁴

El insomnio y demás perturbaciones nerviosas serán combatidos por los medios habituales.

Feer dice haber obtenido muy buenos resultados mediante el empleo de la atropina. **Como** se ve por los apuntes anteriores, para combatir la acrodinia, sólo contamos en la hora actual con una *terapéutica sintomática*, más o menos pobre, según el criterio propio de cada médico, o *empírica*, para emplear la expresión de Henri Janet.

M. J. Echeverría.

París, 13 de julio de 1931.

La guarida más frecuente y desgraciadamente la más ignorada de la infección blemorrágica crónica está situada en las vesículas seminales. Es en el interior de estos órganos que es necesario buscar sistemáticamente el origen de estas múltiples e incesantes recidivas que reinfectan constantemente al viejo blemorrágico y que pueden llegar a engendrar en él la impotencia y la esterilidad. — *Luis*.

(Viene de la pág. 24)

perimental y que un investigador no debe ¿escuidar,

En cuanto al médico político, casi no es médico y, sin embargo, puede prestar grandes servicios a la medicina.

¿Cuál es la vida privada del médico? En cualquier categoría que esté situado el médico, lleva una vida de trabajo incesante y de renunciamiento. Renuncia a la fortuna, porque salvo raras excepciones, cuando triunfa sólo

a menudo muere en la miseria o gana su vida y la de su familia; deja a los *rayos* en el abandono. Renuncia a todas las pequeñas distracciones: vida mundana, teatro. ¡El teatro! el médico siempre lo tiene delante; el drama, la comedia, el sainete, se representan en su clínica.

Así: el duque de X y su mujer, la duquesa, vienen a consultarle. La duquesa sufre trastornos que inquietan al duque: "Le ruego, doctor, que la examine cuidadosamente". "Caballero, replica el médico indignado, yo tengo la costumbre de examinar cuidadosamente a todos mis enfermos". El duque se retira discretamente y deja a su mujer con el doctor, que le ruega se desnude. La interroga, la explora, la percute, la ausculta, él no encuentra nada, nada. Ella sufre algunos trastornos nerviosos, eso es todo.

"Doctor, yo quiero haceras una confidencia — dice al fin la duquesa, que ha tomado confianza por lo minucioso y discreto del examen. Yo quiero mucho al

duque, mi marido, yo le respeto, yo le venero, yo le quiero mucho." "Como a un padre", interrumpe irónicamente el doctor. "Exacto, continúa la duquesa, él es de mucha más edad que yo. Pero el corazón tiene sus derechas y yo estoy en relaciones con un joven que me gusta mucho y yo tiemblo de que mi marido me descubra y esta ansiedad es la causa de mi nerviosismo".

Terminado el examen, el duque entra de nuevo en la clínica y el doctor le tranquiliza sobre los trastornos de su mujer.

En su última se despide pretextando una visita. Una vez solo, el duque le da las gracias al médico y le dice: "Doctor, yo quiero mucho a mi mujer, le tengo un gran cariño y sentiría ser la causa de su enfermedad. Pero usted me comprende, yo soy hombre y tengo mis debilidades. No quiero ocultarle que tengo una amiguita y tiemblo de pensar que mi mujer, si ha descubierto estas relaciones, esté enferma por mi causa".

¿Qué médico no podría contar algunas historias de este género?

Acabaremos considerando la muerte del médico que es generalmente valerosa. A menudo es víctima de su profesión y del exceso de trabajo que se impone. Si llega a la vejez entonces se retira, desaparece de escena y se dedica a la lectura, al arte o a la literatura.

Sin exponer la menor crítica del trabajo del señor Sergeant, de-

bemos decir que el orador no ha examinado más que superficialmente el asunto. Laignel-Lavastine distingue dos clases de diagnósticos: el diagnóstico en superficie, es decir, la exposición de los síntomas y el diagnóstico en profundidad, es decir, la investigación de las causas de la enfermedad. Pues bien, haciendo un examen del *médico en la sociedad moderna*, el señor Sergent se ha limitado a hacer un examen en superficie. Hubiera podido investigar porqué el médico de 1930 difiere del de 1830 y aun del de 1880, y hacer el examen de la cuestión en profundidad.

Diversas circunstancias han transformado las condiciones del ejercicio de la medicina y modificado la mentalidad del médico. Estas circunstancias son de orden material unas, otras de orden moral y otras, en fin, **técnicas**.

Las circunstancias de orden material se refieren al cambio de las condiciones de la vida moderna: el teléfono y el automóvil han cambiado completamente el ejercicio de la medicina, sobre todo rural. El radio de acción de cada práctico ha crecido considerablemente y por otra parte el transporte de los enfer-

mos a los hospitales se ha facilitado enormemente.

El desarrollo de la industria, uniéndose a la transformación de los medios de comunicación, ha creado centros industriales donde los obreros se ven obligados, sino en teoría, al menos de hecho, a servirse del médico agregado a la explotación **industrial**.

Esta industrialización del país que amenaza con el abandono del campo, exige toda una legislación social nueva. La protección de la infancia, la beneficencia médica, los seguros por accidente del trabajo, la protección de la mujer embarazada, la lucha contra las enfermedades contagiosas, etc., etc., han sido organizadas y reglamentadas por leyes y decretos y el médico ha sido el agente indispensable de estas reformas. Todas las administraciones, todas las colectividades tienen un médico agregado. De modo que en el momento actual puede decirse que no hay un fiólo médico que de un modo o de otro no esté funcionarizado o asalariado. Se ha llegado al punto en que el médico ha debido recurrir al único medio eficaz para defenderle en su aislamiento, al Sindicato.

Por tanto, no es por gusto ni **por** inconsciencia por lo que el

médico llega al sindicalismo, sino al contrario, porque es obligado y forzado. Esto es tan cierto que los que seguimos la marcha del sindicalismo médico, hemos podido ver que progresa a saltos y que cada salto es el resultado de la aplicación de una nueva ley social.

Los primeros sindicatos que se fundaron tuvieron por objeto responder a las exigencias del ejercicio normal de la medicina, fijar tarifas para evitar una competencia desleal y hacer respetar las reglas de la deontología. La aplicación de la ley sobre beneficencia médica (1883), determinó el primer salto que aumentó el número de sindicatos y sindicatos; nuevo salto cuando la ley de 1898 favoreció el desarrollo de la mutualidad; salto más grande todavía, cuando desde 1899 la responsabilidad patronal en los accidentes del trabajo obligó a los médicos prácticos a salvaguardar sus intereses y su dignidad en la aplicación legal de esta medida; después la ley sanitaria de 1902, las diversas leyes y reglamentos de la profilaxia de las enfermedades transmisibles impusieron más a los prácticos la obligación de agruparse.

Después de la guerra, esta obligación fue más necesaria con la ley de 1919 y su artículo 64 sobre las pensiones; la amenaza de los seguros sociales condujo a la generalización del sindicalismo en todo el **cuerpo** médico. Las discusiones constantes entre las colectividades y los Poderes Públicos y nuestros sindicatos para

permitir al médico vivir y guardar la ilusión de independencia, han modificado indiscutiblemente el espíritu del médico y han tenido una repercusión indudable sobre su manera de ejercer. ¿Se puede criticar al médico si se ha visto obligado a adaptarse al nuevo medio social y a buscar los modos más favorables para él de esta adaptación?

Al mismo tiempo se alcanzaban progresos inauditos lo mismo en la ciencia que en la técnica médicas. La revolución pastonaria, con sus corolarios la antisepsia y la asepsia transformó completamente la cirugía. Todas las operaciones podían ser abordadas con un mínimo de riesgo, pero para esto la casa de salud era indispensable. El enfermo ya no se opera en su domicilio. Las clínicas quirúrgicas se multiplican. Se encuentran actualmente en todas las ciudades aun las menos importantes y a veces aun en el medio rural. De este hecho se deduce una profunda transformación en el ejercicio del simple práctico. Ocurre lo mismo con la obstetricia en las ciudades. El desarrollo de maternidades, de clínicas de partos, de hospitales, ha hecho que en París, el práctico, lo mismo que la comadrona, asistan cada día menos partos a domicilio.

Ciertas enfermedades que, como la difteria o la fiebre tifoidea, constituían la mitad de las ocupaciones del práctico han desaparecido casi completamente o se han atenuado mucho. La vacunación y la aeroterapia preventiva limitan todavía el nú-

mero de enfermos y la duración de las enfermedades.

A todos estos progresos vienen a unirse los descubrimientos; la radiografía, los procedimientos de laboratorio, el desarrollo de las especialidades, de modo que el médico práctico tiene que recurrir a estos medios auxiliares.

Además la extensión de la responsabilidad médica obliga al práctico a recurrir a todos estos nuevos medios de diagnóstico y tratamiento. La menor fractura debe ser radiografiada; sino el médico se hace responsable de una consolidación viciosa. La cura de una herida infectada debe ser seguida de una inyección antitetánica, pues el médico es castigado duramente si el enfer-

mo muere de tétanos. El práctico no ve apenas a los

tuberculosos, éstos frecuentan el dispensario o van a hacer una cura al sanatorio. También le es difícil tratar al sifilítico, porque la necesidad de numerosos exámenes serológicos y las series de inyecciones intravenosas, hacen el tratamiento inabordable para las gentes de escasos medios económicos.

Todos estos progresos hacen que el médico práctico, en otro tiempo un terapeuta, se convierta cada día más en un repartidor, en un intermediario que según los casos dirige a los enfermos a casa de tal o cual especialista, o tal o cual institución sanitaria.

Por otra parte, estas instituciones sanitarias exigen un material tan complicado y costoso, Que el médico encargado de una de ella." se ve obligado a convertirse en el empleado de una administración, como la asistencia pública de París, de una gran industria o de una rica colectividad.

A! convertirse en intermediario el práctico, .se ve tentado a seguir las costumbres de todos los intermediarios, contando con una comisión para poder vivir.

Además, en los hospitales, en las clínicas, en las casas de .salud, se ha producido la misma evolución que en las industrias bajo Ja influencia del maquinismo. El artesano se ha retirado ante el obrero de taller. El práctico y aun el especialista aislado, independiente, estes artesanos Se la medicina, deben buscar para vivir un puesto en el taller médico.

Todo esto es evidentemente molesto para los que admiran las nobles tradiciones de los médicos ■de antaño, pero es la consecuencia del progreso y a él debemos plegarnos de buen o mal grado. Estamos en pleno periodo de transición; de aquí el malestar que reina en el cuerpo médico, con todas las faltas y abusos inseparables de toda revolución. Este desarreglo no puede ".er más que momentáneo y poco a poco se realizará una nueva organización del ejercicio de la medicina. Sin duda, el médico, provisto de todas las cualidades del práctico de antaño, será cada día más raro, como ya no se encuentra el artesano hábil y concien-

zudo, que como un verdadero artista, ejecutaba una obra perfectamente cuidada. Mas el industrialismo médico, cuyo trabajo en serle será menos perfecto que el trabajo individual hecho por un hombre de conciencia, esperamos que permitirá repercutir sobre todos los beneficios de los descubrimientos- científicos, hará desaparecer las enfermedades evitables y disminuirá el número de las demás. En suma, esto será una ventaja para la humanidad.

Al sindicalismo médico corresponde la tarea d etomar parte en esta reorganización inevitable dsl ejercicio de la medicina, de impedir que en el período de transición haya demasiadas victimas, de hacsr que la industrialización médica que se anuncia y la cual nadie podrá parar, .se haga a favor del médico y que si se convierte en un funcionario de una' vasta administración sanitaria sea él que conserve la dirección- de esta administración.

Es necesario dar a! mundo la paz y la tranquilidad, pues la higiene social seria verdaderamente engaño e ilusión si la humanidad debiera encontrarse un día próximo en frente de un cataclismo más espantoso aún que el vivido hace quince años. Seria inútil cuidar con gran trabajo preciosas existenciais, favorecer la natalidad y mejorar la raza humana para llegar a nuevas matanzas y nuevas carnicerías.
—*Spillman*.

NOTAS

En la sesión ordinaria que celebrará la Asociación Médica Hondurena el 1.º sábado de noviembre hará una conferencia sobre el sistema nervioso periférico el Dr. Ricardo D. Alduvín,

Bastante indispuestos han estado durante el presente mes nuestros consocios los doctores Héctor Valenzuela y Rubén Andino Aguilar, Felizmente están en vías de un completo restablecimiento.

-----o-----

Después de haber escuchado y discutido la conferencia del Doctor Aspuru España, que aparece en primer término en este número, presentó el Dr. Paredes un caso de meningocele operado hacía días en un niño de tres meses de edad. Era un meningocele del tamaño de una naranja, situado una pulgada debajo de la protuberancia occipital externa. Después de describir la técnica operatoria empleada y mostrar el éxito tan satisfactorio, concluyó aconsejando sean operados sistemáticamente todos los niños que nazcan con ese defecto, dadas la benignidad y el resultado de la operación, como la gravedad abandonándole a su propia evolución.

En la última sesión fue presentado y admitido por unanimidad de votos, como miembro de la So-

ciudad Médica Hondurena, el Dr. Abelardo Pineda U.

En la sesión que tendrá verificativo el 3 de Octubre próximo se verá la Sociedad Médica obligada a declarar la calidad de no socios de ella de todos los individuos que no han cumplido con lo prescrito en los estatutos, de conformidad con una nota enviada hace cuatro meses a los mismos. Creemos que los socios deben prestar un contingente efectivo en cualquiera de las formas prescritas y de no hacerlo son figuras decorativas que en nada benefician a la Asociación y por consiguiente innecesarias para su buena marcha y prosperidad.

En tanto se presentan nuevos elementos deseosos de cooperar y gozar de las prerrogativas dadas por la Sociedad. Esta sacará los que por pereza, descuido y menosprecio se olvidan de ella.

Antes de operar un tortícolis congénital, no os contentáis con el examen clínico y haced radiografiar el raquis cervical; seréis sorprendido de encontrar una anomalía, sea morfológica (hemiatrofia de un cuerpo vertebral, raquisquisis sea numérica) ó de menos). La constatación es importante porque la tenotomía del esterno mastoideo retraído no permite en semejante caso la corrección completa que se obtiene siempre en los casos simples.—*A Wert Mouchet.*