

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

Director:

Dr. Ricardo D. Alduvín

Redactores:

Dr. Manuel Larios Córdova.

Dr. Antonio Vidal

Dr. Julio Azpuru España.

Administrador:

Dr. Miguel Sánchez

Año II Tegucigalpa, Honduras. C. A., Mayo de 1932

Núm. 25

MERECIDA GLORIFICACIÓN

La Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia dispuso conmemorar el día del estudiante colocando en su salón principal los retratos de dos médicos ilustres: Miguel A. Ugarte y Alonzo Suazo.

Cronológicamente son las dos primeras figuras gloriosas de la Medicina en Honduras; las que le dieron a la noble carrera su carácter netamente científico, marcando un rumbo que felizmente sus sucesores han sabido conservar con brillantez.

Miguel Ugarte es el fundador de la Cirugía en Honduras. Triunfos resonantes engrandecieron su nombre y a él se deben la primera operación cesárea de *U* cual sobreviven la madre y el niño, la primera histerectomía y la primera sutura intestinal. Murió muy joven cuando ni su edad ni su experiencia habían podido consolidar sus grandes méritos.

Alonzo Suazo, clínico eminente, caballero intachable, orador magnífico y sobre todas las cosas Profesor insigne, dejó en la Escuela de Medicina una huella imposible de borrar.

Y esas dos figuras brillantes, permanecían en el olvido. La juventud los ignoraba; sus contemporáneos los olvidaron; esas lecciones vivas de las más altas virtudes estaban a punto de perderse.

. Así son nuestras mentidas democracias. Prestos estamos a las glorificaciones fáciles cuando se trata de sanguinarios opresores con los que nos ligamos compromisos, responsabilidades o complicidades. Pero para glorificar la ciencia, el talento y la virtud nuestro espíritu no encuentra estímulo suficiente y vamos dejando perderse en el más cruel de los olvidos los contornos de nuestras glorias positivas.

La juventud debe recoger los nombres de Miguel Ángel Ugarte y Alonzo Suazo para buscar en ellos ejemplos dignos de imitar.

DUELO DE LA CIENCIA MÉDICA

Después de larga y dolorisima enfermedad, acaba de morir una de las glorias de la medicina hondureña, el Dr. Rubén Andino Aguilar.

Medio siglo apenas de vida había bastado al Dr. Andino para colocarse a la cabeza de la Cirugía hondureña.

Digno sucesor de Miguel Ugarte, Alonzo Suazo y Genaro Muñoz Hernández, el Dr. Andino Aguilar llenó su época con brillantez.

Su decidida afición al estudio, sus viajes frecuentes a Europa, su alejamiento de la vida mundana y su carácter sereno y fuerte formado en el crisol de las más rudas privaciones al principio de su vida, hicieron del Dr. Andino Aguilar una verdadera figura que el tiempo contribuirá cada día más a engrandecer.

Frescos aún sus despejos dejamos al tiempo la depuración de los méritos del Dr. Andino Aguilar quien pasará a la historia como una de las más grandes figuras de la Ciencia Médica, según lo declara el Dr. don Salvador Paredes en el brillante discurso que publicamos.

Iluminados por el alma esplendorosa del benemérito José Trinidad Reyes, cuyo aniversario celebramos, inspirados por el recuerdo de aquel maestro austero que goza en la celestialidad la dulce compañía de Francisco de Asís, venimos aquí, a este recinto humilde donde toman forma tangible los sueños de nuestros ilustres antepasados, a rendir el tributo de justicia y de admiración, a los hombres que dejaron a su paso por esta casa una estela luminosa.

La Facultad de Medicina quiere en este día suyo decir a sus miembros, al descubrir las figuras excelsas de Miguel Ugarte y Alonso Suazo: aquí tenéis, jóvenes estudiantes, los modelos que debéis imitar.

Ugarte ha sido en repetidas ocasiones objeto de la gratitud nacional; consagrado está desde el día que con su medallón adornó la hermosa sala de operaciones del viejo hospital.

Corresponde hoy a Suazo la hora de honrar con la fineza de su figura este recinto que amó.

Cabe a la ciudad que adormecen los arrullos del Humuya y del Celguapa, a la Comayagua

que vive de sus templos, de la tradición y de la leyenda, a la Vieja Valladolid que Lupe Ulloa simboliza en sus virtudes, en su fe, en su amor, la dicha de darnos al hombre extraordinario que intento diseñar.

Alonso Suazo desliza su juventud arrogante, pulcra y alejada de los vicios, entre los deberes del estudio. Obtiene el diploma de Bachiller en El Salvador con las notas más brillantes; la Escuela de Medicina de Guatemala clava en su cielo una antorcha más al concederle el título de Médico y Cirujano. El maestro de veinte generaciones, el Decano ilustre, el profesor, el cirujano, gloria de la ciudad de Santiago de ^{Ka} Caballeros, Juan J. Ortega decía: Uno de los pesares de mi vida es no haber dejado a Suazo a mi lado.

Gentil, cultísimo, vehemente, deal, orgulloso, valiente y violento, bien merecía el título del héroe legendario de caballero sin miedo y sin tacha.

Como una lira de cuerdas siempre vibrantes y armoniosas vivieron sus nervios en musicalización permanente.

Sintiendo en su alma el fuego abrazador de las ideas y sin la facilidad de expresión suficiente para darles salida, nuevo Demóstenes, se impuso la tarea de educar el verbo y lo consiguió. Alonso Suazo es uno de los más reacios exponentes de la oratoria **nacional**. Deslumbrante en la cátedra; al influjo de su palabra elocuente las áridas cuestiones de la **Medicina** se trocaban en poemas de deleite y fácil comprensión. Fue su pasión la Clínica Quirúrgica. Profundizó en los más autorizados autores de la época y en las prácticas del Hospital e-a rama seductora del saber médico, hasta alcanzar el calificativo justo de insigne.

Todos los hombres que **militaron** con él en las lides congresales recuerdan los briosos discursos plenos de belleza y de sinceridad que cautivaban, llenos de emoción, al auditorio.

Decano de la Facultad de Medicina, profesor excelente. Director del Hospital, médico del mismo, fundador en el año 99 de la primera Asociación Médica en Honduras, Alonso Suazo se dibuja en un **aireo** alto relieve que le

conquista la consagración, que hoy la Facultad, reparando la crueldad del odvido, viene a significar.

Victima de terrible enfermedad. el destino ingrato arrancó a Honduras aquella noble y gallarda figura, cuando apenas había traspasado el medio siglo.

El solar natal recogió su último aliento y guarda entre sus joyas los restos de aquel hombre exquisito.

Honrar los hombres ilustres es honrarnos a nosotros mismos; seguir sus huellas es enderezar la vida hacia idealidades que conducirán la Patria a la abolición de la vorágine canibalesca que cada cuatro años se apodera del endeble y estrujado cuerpo de la Patria como un cáncer fulminante.

AJ saludar en esta efigie a una gloria de la Facultad, juremos, estudiantes: ser como él fue; *médicos*: honrados e instruidos; profesores: cumplidos y amplios; ciudadanos: comprensivos del deber.

5. *Paredes P.*

Tegucigalpa. 11 de junio de 1932,

Paradojas Quirúrgicas

I

La Cirugía, cuando cree curar por medios mecánicos, olvida en ocasiones que trabaja en el vivo y que su obra manual no es más que un modo de despertar procesos biológicos que en realidad son los que resuelven el conflicto patológico. El buen cirujano se parece algo al bien político. Uno y otro dividen, inyectan, reúnen y eliminan; pero saben que aquello que a otros les parece definitivo no es más que una preparación; la obra del cirujano la completará un proceso biológico. La del político, un movimiento social que al fin no es más que otro proceso biológico.

Si un cirujano reseca un trozo de arteria enferma y empalma un sector venoso entre los cabos o extremos de la arteria extirpada y ve que la circulación interrumpida se restablece y el miembro amenazado de muerte recupera vitalidad, creará seguramente que ha realizado con sus dedos, sin agujas y sin hilos, una obra perfecta. El mérito de quien así procede es extraordinario y su habilidad manual queda acreditada. Mas sucede que otro ciru-

jano, viendo a un enfermo amenazado de gangrena, descubre la arteria principal del miembro, la encuentra trombosada o ateromatosa y extirpa entre dos ligaduras un buen trozo de la misma (Dean Lewis). El enfermo siente alivio en sus dolores. El pie recupera el calor y los peligros de gangrena se conjuran.

El lector queda desconcertado. ¿Cómo es posible que con dos intervenciones que son antitéticas se obtengan resultados iguales? Si nos atenemos a la mecánica la cosa es inexplicable.

El que empalmó los dos sectores arteriales con un trozo de vena creyó que através de ésta lanzaba a la circulación inferior la sangre arterial; el que extrajo la arteria sin otro artificio supuso que la circulación se efectuaba a través de una arteria más profunda. Pero ni uno ni otro comprendieron que mientras desnudaban la arteria para injertarla o por extirparla practicaban automática e inconscientemente una excisión de adventicia y que con esa excisión se llevaban filetes simpáticos vasoconstrictores fuertemente excitados por las

lesiones que motivaron las intervenciones. Y cuando suprimidos aquéllos y extirpado también el agente excitante vasoconstrictor, la espina irritativa que constituía la lesión arterial, los vasos se encontraron libres de calambre de su pared, abrieron sus luces para recibir a la sangre y ésta se precipitó por ellos encontrando endotelio sano y tono contráctil para marchar lejos. Todo un torrente dividido en una canalización múltiple entró en los músculos ingurgitándolos, en los huesos rellenando sus esponjas medulares, en la piel calentándola, en los nervios nutriéndolos, Y lo que parecía simple labor de un mecánico fue una complejísima restauración fisiológica que operaron minúsculos mecanismos a los cuales no llegan ni las fisuras, ni los hilos, ni las manos del cirujano; son funciones de una gran delicadeza y procesión para que sobre ellas pueda actuar una violencia mecánica. Pero mérito extraordinario es saber regenerar funciones suprimiendo obstáculos: en Medicina como en Sociología*, las actividades mejor se regeneran quitando estorbos que empeñándose en fustigarlas con destempladas violencias.

II

Tuve un profesor de operaciones a quien debió dársele, en lugar de una cátedra, un laboratorio de investigaciones biológicas.

Era el Dr. Morales Pérez, original en sus proceder, tanto pedagógicos como quirúrgicos. A la explicación monótona reemplazaba método socrático, dialogando familiarmente con el discípulo frente al enfermo, y a la descripción de encerado prefería la ejecución en el vivo o en el cadáver de aquellos puntos de técnica quirúrgica cuya enseñanza se proponía.

Modificó los procedimientos de anestesia por inhalación, ahorrando anestésico y haciéndolo más intenso en acción; antes que los cirujanos extranjeros usaran guantes para operar, los empleó él en sus intervenciones. Era un hombre intuitivo, y sí no brilló más de lo que debió brillar era porque era modesto y de una bondad extraordinaria, y esas *son* cualidades que suelen no convenir para figurar en los escenarios sociales. -

Era censurado por los eternos murmuradores que han abundado siempre en Medicina porque impregnaba los apósitos, sobre todo los que aplicaba sobre heridas operatorias con una mezcla de alcohol alcanforado y sulfato ferroso; el apósito, endurecido así, se ahuecaba y formaba sobre la herida una especie de caparazón. Este apósito lo dejaba ocho o diez días. Las condiciones de la sala de operaciones y de la clínica no eran favorables a la asepsia. Los enfermos solían te-

ner fiebre, el aposito rezumaba de pus, las secreciones olían, y, **sin** embargo, mantenía la orden de no tocar el aposito. Ello, como digo,, era el tema de todas las murmuraciones; la pasta del Dr. Morales se hizo popular entre médicos y alumnos. Pero durante mis meses de internado en aquella clínica pude darme cuenta de que, a pesar de todo, las heridas cicatrizaban rápidamente y que el desastre que preveíamos para el día que se levantara el aposito de olor desagradable y aspecto deplorable era una herida supurada, sí, pero de bordes rojos y en vías de cicatrización; un lavado con timol, nuevo aposito con pasta, otros días de quietud y el enfermo curaba rápidamente. Diez camas de hombres y seis de mujeres tenía asignadas la clínica de operaciones de la Facultad de Medicina de Barcelona, y a pesar de tan exiguo contingente el grupo de enfermos se renovaba rápidamente todo el año y la mortalidad era escasa.

Los comentaristas tenían que reconocerlo así, y a la interpretación del resultado aportaban toda clase de humorismos y dilates.

Han pasado ya treinta años, y antes de que el ilustre profesor muriera ha podido ver que su proceder era reconocido como lógico. El método de Orn, el del aposito raro, hoy considerado ya como método de tratamiento in-

discutible en gran número de lesiones, era el que el Dr. Morales practicaba con una constancia nacida de una convicción que no se atrevía a exteriorizar en una época iniciadora del drenaje, en que las clínicas quirúrgicas tenían como símbolo el **irrigador** antiséptico en que se oír* a yodoformo y a creosota, y en que se nos ordenaba exprimir los trayectos supurantes e irrigar ampliamente las heridas y las suturas. Cada maniobra era una inoculación; después de cada cura la fiebre del herido subía y su estado general se resentía. Los enfermos del Dr. Morales tenían fiebre, pero conservaban su apetito, dormían, no tenían dolores, porque no se realizaban en sus heridas traumatismos inconscientes y dañosos a pesar de la buena intención terapéutica; cada lavado a presión era un diseminador de bacterias; cada inyección cáustica, un mecanismo destructor de barreras y creador de campo bacteriano, y cada estrujón en la herida, un golpe de símbolo para las bocas linfáticas que diseminaban la infección a espacios indemnes.

En cambio, el aposito con pasta inmovilizaba la región y, por tanto, localizaba la infección si ésta se producía. El aposito, raras veces renovado, impedía traumatismos en la región operada. Las secreciones purulentas retenidas en él eran un campo de pu-

lulación microbiana, pero también de destrucción de microbios con liberación de proteínas y transformación en cuerpos inmunizantes que influían sobre la herida en una forma análoga a la de una autovacuna. Seguramente si hubiéramos examinado bacteriológicamente el caparazón de aposito con pasta, lo hubiéramos encontrado atiborrado de microbios ; en cambio, no hubiéramos hallado ni una en la herida. Observaciones hoy día plenamente confirmadas en el método de no renovación de aposito.

Paradoja genial del profesor español fue durante muchos años su modo de proceder. Quizás no lo recuerden los que al emplear un método extranjero no tributen un homenaje a su verdadero iniciador.

III

De Rusia viene la noticia, y no en la sección varia de un periódico diario, sino en una* revista tan seria como el *Zentralblatt für Chirurgie*. El hecho es el siguiente: Bundenko, experimentador moscovita, ha tomado sangre de un perro siete horas después de su muerte; ha conservado un día una parte en una solución citratada y otra en aceite de vaselina, y ha inyectado esas mezclas a dos animales sin producirles trastornos.

Otros dos investigadores del mismo país, Samor y Kortria-

kow, han comprobado que la sangre de un perro inyectada a otro quince horas después de la muerte continúa viviendo y funcionando como tal en el organismo receptor.

Y ya con ello, se han lanzado los médicos rusos a inyectar a los vivos sangre de cadáver. En el Instituto de Socorros de Urgencia que dirige Judin en Moscú se han practicado en el espacio de dos años hasta siete transfusiones de sangre de individuos muertos unas horas antes. La sangre se tomó asépticamente de la vena cava, se adicionó con citrato de sosa y se hicieron en ella reacción de Wassermann, de Alecker y pruebas de aglutinación. La sangre inyectada en las venas de los enfermos receptores no produjo accidente alguno; todos curaron.

!

Hay observaciones muy curiosas en el artículo que transcribimos. Un mismo cadáver, el de un hombre muerto dos horas antes por fractura de cráneo, dio sangre para un enfermo que sufría gastrorragias, para otro lesionado que hubo de sufrir una desarticulación de cadera y a otro con hemorragias profusas hemorroidales; a cada uno se le inyectaron 350 a 400 c. c. Otro cadáver suministró 700 gramos a un enfermo canceroso que había sido inyectado diez días antes con sangre de un individuo vivo. Y ese mismo cadáver todavía pudo

servir para ana transfusión de 400 c. c, a un enfermo operado de gastrectomia.

Hay que proceder, pues, a una investigación propia para comprobar sí la sangre de cadáver sirve en España como en Rusia para la transfusión.

Para no incurrir en el vicio de crítica indocumentada que antes censurábamos, no podemos añadir ni una línea más a lo expuesto. Sólo un comentario no científico: Cómo estará en Rusia la sangre de los vivos que ha habido que pedírsela a los muertos.

IV

Ahora es en Chicago donde vamos a ver otra cosa sorprendente: la formación del hueso bajo la acción del epitelio urinario. El asunto también es formal; viene avalado por la seriedad de los "Archives of Surgery". Las experiencias de Huggins han sido innumerables. He ahí las principales: en una vejiga de un perro excluida por implantación de

uréteres a la pared abdominal, se practica una brecha. En ella se injerta un trozo de tejido conjuntivo; a los pocos meses, en el sitio injerto aparece una placa ósea. No ha sido una concreción de sales de orina, puesto que se ha impedido su llegada a la vejiga. El hueso es, pues, hijo de la unión o maridaje del epitelio urinario y del tejido conjuntivo, en cuyo maridaje el epitelio urinario ha actuado de hembra y el conjuntivo de macho. Invirtamos los términos; tomemos un músculo; el gran recto del abdomen, un ojal en *él* y un trozo de mucosa vesical en la brecha; ahora es el epitelio el macho, constantemente se produce hueso en esta nueva unión. Los progenitores de ese hueso metaplásico tienen que ser epitelio urinario y tejido conjuntivo; si el epitelio **urinario** se injerta en un parénquima no se produce hueso; y si en lugar de mucosa vesical con epitelio se utiliza músculo de la vejiga tampo-

co resulta el experimento. Otra clase de epitelio tampoco sirve. Del asunto resulta una rectificación absoluta de aquella ya por todos admitida acción osteogénica periostica que llevaba a los cirujanos a envolver en periostio los extremos de los huesos injertados, a conservar el periostio en los injertos o dar al periostio, en una palabra, honores de clase productora. Ya Leriche y Policard trataron muy severamente a esa membrana, pero Huggins hace más: con sus experimentos niega al hueso todo privilegio de casta; el hueso puede nacer en cualquier cuna.

Estos mismos autores llaman al hueso depósito de cal, del cual echa mano el organismo cuando le hace falta. Se le niega, pues, hasta personalidad orgánica; mas en realidad la tiene y bien definida.

Son los huesos edificios contruidos y habitados por células conjuntivas especializadas en trabajos de calcificación. Toman la cal de la sangre, la transforman, la elaboran en forma apta a sus fines y la distribuyen con tal maestría que hacen columnas y capiteles arbotantes y cubiertas. No sólo la toman para construir; tienen habilidad para establecer

reservas y para ceder éstas y hasta el material construido si para otros fines las requiera el organismo en un momento dado. De suerte que si el hueso es reserva de cal, es también laboratorio con buenos químicos.

Mas, por lo visto, en las experiencias de Huggins toda célula con juntiva tiene aptitudes químicas; con unas cuantas lecciones aprende a hacer lo que sus hermanas especializadas, y el maestro en estos menesteres es el epitelio renal⁹ que sin duda ha aprendido química en su continuo contacto con las sales de la orina. El punto de vista práctico que se deriva de ello es que tenemos en las mucosas urinarias un gran elemento terapéutico para tratar defectos óseos, retardos de consolidación, relleno de vaciamientos de huesos. Y como no es cosa de abrirle la vejiga a un fracturado para sacar material de reparación, habrá *que* ver si el epitelio urinario de un cadáver recientemente fallecido conserva aquella vitalidad que hemos visto en los glóbulos rojos de los cadáveres rusos. No son pocas las consideraciones filosóficas a que se presta esta nueva conquista del ingenio norteamericano.

Hemos observado un fenómeno único, en Honduras, en cuanto a las prescripciones médicas. No hay Farmacopea Nacional, pues no conocemos todavía nuestra flora, y ha sido aceptado como tal, el Codex Francés, quizás porque nuestros galenos han ido generalmente a la Ciudad Luz, a perfeccionar sus conocimientos, o tal vez porque se tenga la seguridad de que lo que Francia dispone en asuntos científicos es la última palabra.

Vienen médicos graduados en los Estados Unidos, y prescriben de acuerdo con la Farmacopea Americana, usando algunos —los que salieron antes de 1925— el sistema apotecario, aun cuando saben que nuestro sistema oficial es el métrico.

Las recetas de estos difieren en mucho de los que siguen —una "terapéutica tropical", o a imitación de los grandes maestros franceses. Alternan entre los ingredientes de sus fórmulas: Extractos fluidos y tinturas "compuestas", Linimentos del Formulario Nacional de los Estados Unidos, y una serie de preparados netamente americanos.

El aceite de quenopodio, o "American Worm seed Oil", que

no figura en la Farmacopea Francesa, es una preparación usada con una especie de libertinaje por muchos facultativos, aun cuando las últimas revistas científicas americanas —recuérdese que el producto es de América— señalan como la dosis mayor, libre de lepidros, doce gotas para el adulto, y a los niños de acuerdo con la edad.

Preguntamos: ¿hay alguna diferencia entre la Farmacopea Americana y la Francesa? . . . Será indistinto prescribir basándose en cualquiera de las dos? Existirá algún peligro para el paciente, que el médico piense en la Farmacopea Americana, y se le despache de conformidad con el Codex francés? . . . Están obligados nuestros médicos a conocer a fondo el Códex, aun cuando sean graduados de Universidades americanas? Deberá rechazarse en las Farmacias toda receta que no esté escrita de acuerdo con dicho Códex, es decir, aquellas que contengan preparaciones de la Farmacopea Americana? Si tales preguntas tienen una respuesta afirmativa, en su mayor parte, o en su totalidad, hay que demostrarlo. Si parecen de poca importancia, es preciso demostrar que

no lo son. En los países donde la profesión de farmacia está en manos de expertos, esos problemas, de diferencias de sistemas de pesas y medidas, de variaciones en porcentajes de principios activos en las drogas, de cambios en los nombres de preparaciones, que resultan ser idénticas al final, nada significan. Puede el técnico, respaldado por sus grandes conocimientos en la materia, satisfacer los deseos de médicos exóticos, que desconocen los libros "*standards*" en la elaboración de compuestos medicinales; pero, y en Honduras? . . .

Pongamos ejemplos; Un médico americano prescribe: Tintura de Quina compuesta, o Mixtura Basham, o Linimento de Jabón, o Elíxir aromático, o Tintura de Ipecacuana, o Elíxir de hierro, quinina y estriquina, o Jarabe de Yerba Santa, o unguento de Precipitado blanco, o Loción Negra, y como éstos multitud de preparaciones, algunas de las cuales no están comprendidas en el Códex francés; si el droguista es un sujeto atrevido, qué dará a su doctor? ¿Será igual una preparación en la cual se disolvió la quinina alcaloide y la estriquina en alcohol hirviendo, a otra en la cual se disolvió con Agua de Rabel o con Acido Tartárico? ¿Será igual la tintura de Ipeca, preparada por la simple adición de Jarabe Simple al extracto fluido de Ipeca, a la preparada, empezan-

do por precipitar previamente la materia resinosa del extracto, con el ácido acético? ¿Será igual una pomada de precipitado blanco, en la cual se ha tomado por tal, I al protocloruro de mercurio y no al cloruro de mercurio amoniacal? . . . ¿Qué dará una farmacia por Loción Negra? ¿Tendrá objeto una poción con Quinina,] a la cual se ha puesto Jarabe de Yerba Santa, para reducir su sabor amargo, y la cual el fariaña- 1 céutico ha modificado con la adición de Agua de Rabel para disolver la Quinina? . . .

Poca o ninguna importancia se ha dado a este asunto. Es curioso ver a nuestros farmacéuticos buscar ansiosos los libros dónde encontrar las fórmulas prescritas por los médicos que han estudiado fuera de Centro América. Y cuando las encuentran, no saben y no están obligados a saber, qué procedimiento deben seguir para cumplir con el rutinario: "según arte".

El problema queda reducido entonces a las siguientes conclusiones: La Farmacopea Americana y la Francesa tienen sus diferencias: *todas aquellas, que no vienen de acuerdo por conveniencias internacionales*; y, o se obliga al médico extranjero y a los nuestros educados en los Estados Unidos, a limitar sus prescripciones a lo que señala nuestra farmacopea, que es la francesa, o se exige a los señores far-

macéuticos estudiar el Código Americano. . . De lo contrario, ni el médico sabrá lo que toman PUS pacientes, aunque sea prescrito por él mismo, ni el paciente sabrá por qué médicos de tanta fama no los curando agravan su terribles dolencias.

A

Las dificultades con que tropieza todo el que abre un vientre para localizar un apéndice, Justifican la nueva posición que pretendo implantar, y que vengo usando hace más de dos años, con un éxito sorprendente.

Cuando se abre el vientre sobre la región apendicular, puede calcularse que en nueve de cada diez casos, aparece en la herida operatoria todo menos el apéndice. En efecto las asas delgadas son las primeras en aparecer, después le siguen en orden de frecuencia, el epiplón, el colon transverso y el ciego, por no mencionar los casos más raros en que aparece el asa sigmoidea. El órgano que aparece con más rareza es el apéndice.

El cirujano no se preocupa de este detalle porque sabe que localizando el ciego, encuentra necesariamente el apéndice hacia abajo y adentro de este órgano. El ciego se distingue por sus tres

bandeletas longitudinales, características de todo el intestino grueso.

Queda aun una pequeña dificultad. La confusión del ciego con el colon transverso que con gran frecuencia pugna por salir al través de la herida. Me atrevo a afirmar sin probabilidades de error que no existe un solo cirujano que no haya tenido en su mano, aunque hubiere sido por breves instantes, el colon transverso tomado por el ciego, ríe visto extraer, y yo mismo lo he realizado, grandes segmentos de colon en un sentido y después en el opuesto, sin lograr dar con el ciego.

La nueva posición que tratamos de introducir en la práctica, evita todas esas molestias. Facilita la localización del ciego y del apéndice que parecen *siempre* en el centro de la herida, con las ventajas consiguientes del acortamiento del tiempo operatorio y

la pequeñez de la herida que, aun en los casos agudos, se reduce a un simple ojal.

Posición del enfermo.— El enfermo descansará sobre el lado izquierdo, ligeramente inclinado hacia el dorso, es decir, estará en posición dorso-lateral izquierda, con un cojín de arena, o una almohadilla, en el ángulo que forma la mesa con el dorso, para mantener la posición inclinada,, según ilustra la figura 1. En esta postura, con los brazos levantados sobre la cabeza, el cuerpo reposa cómodamente y puede observarse examinando la fotografía como todas las viseras movibles se han acumulado en la porción más declive del vientre, es decir, en las regiones más alejadas de la herida. Con esto conseguimos que las asas delgadas, el epiplón, el colon transverso y el asa sigmoidea no aparezcan en el campo operatorio. En el fondo de la herida sólo puede quedar el ciego y su satélite el apéndice, pues siendo el ciego un órgano semimovible sólo puede desplazarse ligeramente de acuerdo con la longitud del meso-ciego, pero nunca lo bastante para no aparecer a la más ligera exploración del fondo de la herida. Basta aplicar un separador de Farabeuf en cualquiera de los labios de la herida para descubrir las abolladuras y las bandas longitudinales del órgano. Extrayendo con una pinza

ese segmento de intestino se tiene en la mano al apéndice.

La anestesia.— Con esta posición puede y debe emplearse siempre la anestesia local, bien por bloqueo o por simple infiltración local, pues basta con la insensibilidad del sitio donde se practique el ojal. No habrá complicaciones en las manipulaciones posteriores, a no ser con los apéndices, E-K-cecales adheridos y en los flemones.

En la mayoría de los casos, aun los agudos como en el caso que ilustramos en las figuras 2 y 3, la exteriorización del apéndice es cuestión de segundos. En el caso mencionado el apéndice presentaba pseudo membranas y comenzaba a necrosarse y sin embargo pudo ser extraído con gran facilidad, con la pinza porta torundas. La figura 3, muestra la pequeña herida con un drenaje de gasa vaselinada.

La incisión.— La nueva posición para la apendicectomía facilita la confección de las pequeñas heridas estéticas, pues la seguridad de encontrar el apéndice en el fondo de la herida, nos permite ser parcios al cortar.

En general se incide como a una pulgada por dentro de la espina ilíaca. Es preferible localizar por percusión al ciego e incidir sobre su borde interno cerca de su fondo.

El Paroxil en algunos casos

El caso siguiente me parece interesante: fui Mamado para examinar un enfermo en esta lo de gravedad; mis colegas que lo asistían habían diagnosticado paludismo crónico, inyectar] dolé fuertes dosis de quinina durante tres semanas, sin que la temperatura cediera.

Al examen clínico me dio la impresión de una infección intestinal, posiblemente sostenida por una hepatitis. Ordené como era natural el examen de la sangre para investigar la malaria, y también indiqué la conveniencia del examen serológico; lo mismo que e! examen completo de las heces fecales. En el momento del examen puede decirse que lo predo-

minante era su estado intestinal A) día siguiente hicimos que el enfermo nos reconstruyera por completo su historia y vinimos en cuenta que la primera enfermedad padecida hace más de diez años había sido una disentería. De todo, lo más importante era la terapéutica aplicada. Se había usado la Emetina a dosis indicada para esta enfermedad, de tiempo en tiempo, aplicando de doce hasta 24 inyecciones, puede decirse sin resultado, porque sus mejorías eran insignificantes. También tomó Treparsol, Yatrén 105. Últimamente se le habían recetado analgésicos, por un dolor ciático agudo, sin lograr ninguna mejoría.

Los análisis bacteriológicos fueron así:

- 1, Negativo malaria.
2. Positivo en ameba histolítica y quistes,
- 3 Positivo Kahn.

Entonces pensé inyectar el 914, pero por confesión misma de! enfermo el 914 había sido usado en cuatro ocasiones sin resultado ninguno; más bien en las últimas inyecciones del 914 empeoró su estado.

Se trataba de un caso grave de intoxicación medicamentosa, de tal modo que hubo necesidad de suprimirle poco a poco la quinina," analgésicos, coleína, antisépticos intestinales, etc.

En este caso el médico está desarmado terapéuticamente hablando; sin embargo hay que ensayar algo. Yo opté por la Emetina, demostrando a la segunda inyección una intolerancia completa; más aún, su ciática se volvía intolerable. Como para salir del paso se me ocurrió indicarle el Spirocid, y lo dejé tres días bajo este tratamiento. Fue para mí una verdadera sorpresa la mejoría obtenida con tal medica-

mentó; y le instituí dicho tratamiento, por decir así, indefinidamente, y el enfermo fue recuperando las fuerzas perdidas poco a poco, hasta tal grado que hoy está completamente curado.

Este caso me indujo a emplearlo en otros de parasitismo intestinal, obteniendo en muchos de ellos muy buenos resultados.

También lo he empleado en dos casos de trastornos disentéricos, en perros, a pequeñas dosis. En el caso de una perrita fue hecho e) análisis bacteriológico, y era disentería amebiana. Curó radicalmente en corto tiempo.

Ahora debo manifestar otra cosa que he observado en el curso de estos tratamientos. El Paroxil o Spirocid empleado a dosis terapéuticas ha producido palpitaciones cardiacas, en dos señoras, a quienes lo he recetado por parasitismo intestinal. Probablemente este pequeño trastorno no es más que un fenómeno de intolerancia.

Modificación del esquema del cuerpo en las enfermedades metasifílicas

El problema de la naturaleza del esquema del cuerpo ha vuelto a adquirir actualidad, gracias a las investigaciones sobre el miembro fantasma. Numerosas observaciones de los últimos tiempos, nos han demostrado que de esto puede sacar también gran provecho la sintomatología de la tabes y la parálisis. Por su importancia fundamental, citamos aquí brevemente estas observaciones.

El primer caso se refiere a un tabético infectado de sífilis en 1915. Desde luego, este caso sólo pertenece al grupo que nos interesa en una forma condicional. Después de varios tratamientos específicos, el enfermo tiene ahora una RW a 0.8 positiva en el líquido céfalo raquídeo, una rama mastica, 92 células R. W. positiva en la sangre, rigidez pupilar refleja del lado derecho, pereza del izquierdo, falta de los reflejos periósticos y tendinosos en los brazos, dolores lancinantes en el brazo y piernas: del lado izquierdo, una especie de sensación de cinturón con hallazgo de sensibilidad en lo esencial negativo, osea el cuadrado de una tabes pobre en síntomas. En 1915 le fue destrozado el pie izquierdo por una granada, por lo

que se le hizo una amputación a 10 cm, por debajo de la rodilla. Como muchos amputados, pasó muchos años sin advertir un miembro fantasma. En el año 1926 sintió los primeros dolores lancinantes en la pierna izquierda, y al mismo tiempo surgió el pie fantasma, el cual se encuentra en la posición debida, la pierna es igual en longitud a la otra. El miembro fantasma adquiere particular realidad durante la crisis y cuando el paciente lleva algún tiempo sentado. Al mismo tiempo se siente con regularidad el dolor de la herida de la granada. Pero el enfermo puede intercalar el miembro fantasma en toda realidad con sólo concentrar su atención en él. También durante esta evocación voluntaria del miembro fantasma se siente el dolor de la lesión. El paciente siente a veces frío en el miembro fantasma, y el frío desaparece acercando los pies a una estufa encendida. A veces nota la sensación del sudor. Al mover los dedos del pie fantasma, le parece que los mismos están metidos en fuego.

Tenemos aquí, pues, un fenómeno absolutamente claro: En este tabético son evidentemente los dolores lancinantes los que

evocan el miembro fantasma, los que reaniman el esquema del cuerpo, al contrario de la mayoría de los casos, en los que este papel es desempeñado por excitaciones periféricas, neuromas, inflamaciones, etc. Pero una vez que ha aparecido el pi3 fantasma, el mismo puede ser evocado desde dos lados: 1. desde la periferia, al llevar algún tiempo sentido; podemos suponer que aquí desempeña algún papel la modificación de la circulación hacia el muñón. 2. desde el plano psíquico. La representación imaginaria del pie perdido, seguramente posible también antes, adquiere de repente el colorido de la realidad. Por lo tanto variaciones en el punto del sistema hacen asequible el pie fantasma desde todos los sentidos. Lo interesante es que el paciente, durante los movimientos de los dedos, del miembro fantasma, tiene sensaciones en todo iguales a las tabéticas.

En consideración a los casos q' describimos más adelante, no nos parece indiferente el hecho de que el paciente bebió con exceso, El enfermo está en tratamiento. No creo que llegue a perder su miembro fantasma, aunque desaparezcan los dolores lancinantes. La corteza del cerebro retiene lo que ha aprendido una vez.

Otro caso de tabes es muy diferente. Se trata de un jefe de oficina de 33 años, que se infectó en 1920 y se ha sometido ya a una gran serie de tratamientos. Ahora tiene ligeras alteraciones

pupilares., insignificantes fenómenos atácticos, zonas hipo o analgésicas desde D IV a D IX, una hipertonia general y falta de los reflejos patelares y de Aquiles. Después de un tratamiento de Swift-Ellis, hace poco tiempo, la R. W se ha vuelto negativa, pero hay todavía Nonne y un brazo de mástico orgánico.

En 1929 empezó a sentir el paciente presión en el pecho y la sensación no correspondiente a la realidad, -de que se estaba poniendo muy gordo. Esta sensación se volvía cada vez más fuerte. El enfermo no podía estar acostado de espaldas, porque tenía la sensación de que "se ahogaba", andaba siempre muy derecho y no se atrevía a agacharse. Al andar, tenía la sensación de tener una barriga abultadísima. Le parecía que la barriga le impedía verse los pies. Cuando tena que hablar con alguien, guardaba un metro de distancia, por temor a tropezar el otro con su barriga, Por la misma razón, se sentaba] muy apartado de la mesa. El conocimiento del estómago reveló estado normal. Después del otro tratamiento de Swift-Ellis, desapareció lo obligatorio de los fenómenos. Pero el enfermo puede evocar hoy todavía a voluntad, fenómenos análogos.

También este paciente bebe mucho y en los últimos meses ha perdido notablemente en elasticidad psíquica, tal vez a causal del abuso del alcohol.

Por alteraciones que corresponden a la conocida sensación de cinturón, es producida en este

caso una modificación del esquema del cuerpo. La sensación de ponerse gordo es tan intensa, que el paciente se comporta en todo sentido como si el falso esquema fuera real. En este caso deben de intervenir procesos excitantes que parten del mismo sitio que en el primer enfermo.

Sin embargo, el resultado negativo de la exploración gástrica no nos permite excluir por completo procesos excitativos periféricos, y ello precisamente a base de observaciones sobre las cuales informará en breve nuestra clínica.

Tampoco en este caso considero indiferente el alcoholismo, **cuyas** consecuencias se han manifestado también en el plano psíquico en el curso del último tiempo. Las señales anormales que llegan desde la periferia a la corteza pueden encontrar una situación central que ya no corresponde a la normalidad. También en el delirium tremens encontraremos a veces fenómenos que permiten pensar en modificaciones del esquema del cuerpo.

En una mujer de 50 años (después de tratamiento intenso RW a negativa, todavía un brazo de mástico, falta de los reflejos patetales y de Aquilea, hipotonía, hiperestesia en D III, hiperestesia en D V a D VII a la izquierda D IV a D V a la derecha,, sensaciones lancinantes en los tobillos, rodillas y manos) registramos fenómenos muy transitorios, consistentes en la sensación de que los ojos rotaban hacia atrás. Desgraciadamente se trató de

una observación policlínica, por lo que en este caso no fue posible practicar una investigación completa.

Mucho más abundantes eran los fenómenos que acusaban un revisor de libros de 57 años, que se había infectado de sífilis en 1916 y enfermó de parálisis, bajo un cuadro maniática a principios de 1930. Un tratamiento de paludismo, determinó una remisión excelente. Desde principios de julio de 1930. bienestar completo, pero parestesia en la nariz, y a veces también **sensaciones** desagradables alrededor de la boca. La exploración neurológica revela anisocoria, pereza pupilar absoluta a la derecha, RW a del líquido cefalorraquídeo a 0.4; mástico: curva de la parálisis; RW a de la sangre XI. Exploración rinológica normal.

Las parestesias de la región del trigémino desaparecen temporalmente por un tratamiento combinado. El estado del corazón vuelve imposible una nueva cura febril. Poco a poco, la sensación de presión alrededor de la nariz y ojos se va volviendo más pronunciada. También se presentan transitoriamente **dolores** en las piernas. El enfermo padece depresiones a causa de sus molestias y teme nueva recaída paralizante.

A fines de diciembre y enero. se declaran los fenómenos que aquí nos interesan. El paciente que disfruta de claridad mental absoluta y de plena actividad para el trabajo, tiene la extraña y atormentadora sensación de

una desorganización completa de las partes de su cavidad bucal. La prueba objetiva no revela alteración alguna de la sensibilidad bucal. El enfermo tiene también sensaciones de sabor absolutamente normales. El enfermo sabe muy bien que sus anormales sensaciones no corresponden a la realidad, de lo que procura convencerse siempre con las manos. El enfermo siente como si la dentadura inferior estuviera arriba y viceversa, como si los dientes los tuviera de repente en la garganta; el paladar duro se encuentra de pronto abajo; la lengua desaparece atrás, en una masa blanda; con ayuda del tacto el enfermo comprueba que esta masa blanda no es otra cosa que la mejilla. La lengua es sentida a veces como una moneda rota y áspera que se mueve, se encuentra entre dos troncos de árboles (dientes) o golpes hacia arriba como un objeto duro. A veces le parece

que su lengua penetra por arriba y llega hasta la punta de la nariz. Sabe muy bien que esto no es así, pero tiene la sensación de que la lengua se encuentra ahora en la nariz. También tiene la sensación como si toda la piel delantera de la cara estuviera directamente sobre el hueso, así como sensaciones de movimiento de derecha a izquierda, de arriba a abajo y de remolino. Por fin, sobreviene calma.

Todos los movimientos, groseros y delicados, de los labios, boca y lengua, se consiguen con toda normalidad; lo mismo los movimientos de deglución. Al comer hay la sensación de que toda la boca está llena. Además se siente sensación de presión en la raíz de la nariz. Tanto el miembro, como el ano, transmiten la sensación de haber perdido terror.

A veces se siente la sensación como si el miembro empezara a

moverse en remolino al rededor del ombligo.

Con plena reflexión y crítica, estos fenómenos duran relativamente poco tiempo. El enfermo entra poco a poco en un grave estado psicótico, con representaciones grotescas, como si *el corazón* se le cayera y quedara sobre d pene y el dedo gordo de un pie, como si el cerebro se le pusiera **cié** través y desapareciera y como si los dedos: empezaran a emigrar en todos sentidos (el enfermo contempla perplejo sus manos).

A continuación de atormentadoras parestesias en las regiones del trigémino encontramos, pues, en nuestro enferma, una desorganización completa del esquema del cuerpo en el dominio de la boca, a pesar de conservarse toda la conciencia de lo engañoso de las sensaciones, pero con mortificante realidad. Estas sensaciones se presentan en un momento en que al parecer empieza de nuevo la enfermedad paralítica de la corteza. Tenemos, pues, aquí, condiciones que en muchos sentidos se asemejan a las de nuestro segundo caso, 'o sea concordancia de varias modificaciones periféricas y centrales. Por sí solas, las alteraciones

periféricas determinan solamente parestesias; las centrales no son lo bastante pronunciadas para estorbar el esquema real **en** la conciencia *del enfermo*; pero asociadas determinan una sugestión tan convincente que el enfermo llega a ser completamente dominado por ella.

Sensaciones análogas son transmitidas por los órganos del orificio posterior del cuerpo y **del** ombligo. Tal vez existan aquí relaciones de localización.

Todas nuestras observaciones, en los que pudimos estudiarlas detenidamente, coinciden en el sentido de que los fenómenos anormales sólo *se* presentaban cuando los factores periféricos eran suplantados por **centrales**, o viceversa. Ante nosotros tenemos aquí solamente un caso especial de una ley general que se extiende también a otros dominios, sobre todo a los que están próximos a las modificaciones del esquema del cuerpo (anestesia óptica, disociación de una mitad del cuerpo). Estas alteraciones sólo se manifiestan cuando están perturbadas a la vez partes periféricas y centrales del sistema nervioso (en el desdoblamiento de una mitad del cuerpo, p. ej. el tálamo y la región

parietal—Potzl—; de la misma manera, en la alestesia óptica centro óptico primario y partes de la región parietal del cerebro —Potzl—). Esta ley parece ser, a su vez, un caso especial de una ley más general todavía, que domina a todo el campo de la neurología. Para, la alteración de funciones vitales es necesario casi siempre que los ataques provengan de diversos sentidos. Sólo una excepción aparente la forman los padecimientos hereditarios, en los que uno de los factores es sustituido por una debilidad específica. La naturaleza toma por todas partes medidas tan seguras y crea tantas posibilidades de compensación, que las pérdidas definitivas son sólo posibles por daños muy fuertes o combinaciones de daños.

RESUMEN

Se comunican 4 casos (3 de tabes y 1 de taboparálisis) en los que se producen episódicamente fuertes **modificaciones** del esquema del cuerpo. En el primer caso, se presenta un miembro fantasma con el comienzo de dolores 'lancinantes; en los otros 3 casos, se manifiestan alteraciones de la **percepción** en las más diversas regiones del cuerpo (abdomen, ojos, región de la boca) , que al mismo tiempo son juzgadas con crítica plena. La aparición de las alteraciones va unida en todos los casos a la concordancia de modificaciones periféricas y centrales.

Sección de Medicina Práctica

La Glucosa insulino-terapia en la Insuficiencia Cardiaca

El empleo terapéutico de la glucosa asociada a la insulina en el tratamiento de las insuficiencias cardiacas, constituye una adquisición reciente, si bien es verdad, que ya desde el año 1917 Budingen preconizaba su utilidad en el tratamiento de esta afección, señalando con su uso importantes mejorías. Savyers, avanzando un poco más lejos, atribuía al azúcar una acción reforzante de los tonieardíacos, muy especialmente de la digital, y Fernández Casal, citado por Mut, indicaba a sus cardíacos la glucosa asociada a la insulina ya antes de que aparecieran los trabajos de Kisthinos y Gómez, de Bickel, Loeper, Degas, Mougeot, etc., quienes tratando de controlar científicamente el método le han dado la actualidad e importancia de que goza en los presentes momentos.

La acción terapéutica de la glucosa descansa sobre bases experimentales indudables que demuestran plenamente el importante papel que desempeña en la nutrición del corazón de los animales. No otra cosa se desprende de las experiencias de Müller (1903) que haciendo pasar líquido de Ringer-Locke glucosado por el corazón aislado del gato, observó que aquél perdía parte de

su glucosa, en cantidad proporcional al trabajo que el órgano efectuaba.

En 1912 Athanasiu y Gradinesco pudieron **comprobar** cómo el corazón aislado de la rana podía mantenerse en *sobrevivida* durante 30 días con sólo hacer circular por su interior líquido de Ringer-Locke glucosado.

La observación de Müller le permite sostener la hipótesis de la utilización de la glucosa como fuente de energía cardíaca, que defienden a su vez y confirman después numerosos autores (Camus, Rhode, Gaida, Rena, etc.). demostrándose claramente que la pérdida de glucosa se debe a la absorción de ésta por el corazón y no, como podía suponerse, a una polimerización o a una glicolisis en el líquido.

Por la misma época en que Athanasiu y Gradinesco realizaban sus investigaciones, Knowlton y Starling llegaban a idénticos resultados haciendo pasar por el corazón de un perro sangre hecha incoagulable por la hirudina y en la que podían comprobar la pérdida de glucosa después de haber atravesado dicho órgano.

Loeper, Lemaire y R. Degas en sus estudios sobre el corazón del caracol han podido observar cla-

ramente que con el líquido de Locke que es azucarado, las contracciones se hacen más regulares y más persistentes que con el líquido de Ringer que no tiene glucosa.

Hoy día se acepta casi universalmente la importancia del glucógeno en la **mecánica** cardíaca, verdadera reserva del músculo cardíaco indispensable para la energía potencial de la fibra. -Es verdad que durante mucho tiempo se creyó que el corazón no tenía glucógeno, pero a la luz de las más recientes investigaciones ha quedado probado que existe en el corazón del conejo, curiel, caracol, ternera, perro y hombre.

El glucógeno lo toma el corazón de la misma glucosa y más fácilmente de las soluciones glucosadas, aunque normalmente la alimentación aporta al organismo los glúcidos suficientes," que toma el órgano del líquido que lo baña sin que sea necesario ningún medicamento para fijarlo; pero es lógico pensar con Loeper, Lemaire y Degos que el corazón enfermo no está en el

mismo caso que ha de fijarlo en mejores condiciones si se le presta ayuda.

En este **orden** de ideas y al tratar de investigar si el consumo de glucosa por el corazón estaba bajo la dependencia de algún otro órgano **fue** posible comprobar como era de esperar que fuera el páncreas el de mayor influencia, a través de su producto de secreción interna: la *insulina*.

En la misma experiencia de Knowlton y Starling no se llega a los mismos resultados si se opera en un perro con páncreas que sin él; en este último caso no disminuye la glucosa de la sangre y si cuando añadimos extracto pancreático preparado por maceración del órgano frasco en agua acidulada.

Parece evidente, pues, que la insulina facilita la utilización de la glucosa por el corazón y en c-í? sentido la'- experiencia de Pick (1924) posee un alto valor demostrativo: fragmentas de músculos papilares del corazón de un niño muerto 41 horas antes son colocados en caldo con

oxígeno. Si a esta preparación añadimos glucosa se obtiene **regularización** de los latidos que aumentan de frecuencia, pasando de 25 a 64 por minuto. Muy pronto esta frecuencia disminuye a pesar de nuevas cantidades de glucosa añadidas; pero si entonces agregamos insulina, los latidos vuelven a hacerse más frecuentes llegando hasta 60 y 80 por minuto. Los estudios que se han practicado sobre la acción de la insulina parecen indicar que los resultados más beneficiosos se obtienen empleando dosis débiles. Edward e Irvine Page inyectando a perros anestesiados dosis fuertes de insulina han obtenido resultados contrarios: atenuación de frecuencia y disminución de la capacidad dinámica, que las inyecciones de glucosa mejoraba.

En resumen la insulina aumenta el glucógeno cardíaco (Hepburn) favoreciendo su fijación y reserva al mismo tiempo que actúa sobre la combustión del azúcar. Y es natural que al regular como lo hace la nutrición de la libra cardíaca se nos presente como un medicamento de la insuficiencia cardíaca.

Técnica.—Los distintos autores que se han ocupado del procedimiento han utilizado técnicas más o menos variadas pero la que a nosotros nos ha dado mejores resultados es la de Kisthinos y Gómez; Se administran 80 gramos, de jarabe saturado de glucosa por día, de una sola vez y por la mañana en ayunas. 20 minutos más tarde inyección, de cuatro unidades de insulina. Durante todo el tiempo que dure el tratamiento los enfermos deben ser sometidos a régimen láctovegetariano y declorurado. En general deben seguirse las mismas precauciones que cuando empleamos los cardiotónicos, como la digital. La duración del tratamiento es de ocho a diez días. Podrá repetirse sin inconveniente si las necesidades del caso así lo requieren.

Loeper, Lemaire y Degos inyectan la insulina en dosis de 5 a 10 unidades por la mañana, durante 6 a 10 días. A los 15 o 20 minutos 100 gramos de jarabe de glucosa (50 grs. de glucosa) cualquiera que sea la dosis de insulina inyectada.

Bickel administra la solución de glucosa en forma fracciona-

da durante **las** 24 horas del día en cantidad de 100 a 200 gramos: a pequeñas tomas si se utiliza la vía oral; por medio de un gota a gota que funciona muy lentamente si por vía rectal y haciéndola en dos aplicaciones en las 24 horas; en dos a tres inyecciones de 50 a 100 c. c. al 30 por 100 si en las venas. Administra la insulina a dosis de 6 a 10 unidades tres veces por día. En el procedimiento de Joselevich se administra por la mañana en ayunas 5 a 10 unidades de insulina y media **hora** después, por vía bucal, 50 **grs.** de glucosa en la menor cantidad de agua para evitar la ingestión excesiva de líquidos en enfermos que deben beber poco. .
Indicaciones. — Aunque este proceder terapéutico no ha recibido en cuanto a sus indicaciones una rigurosa precisión se se viene empleando en los casos de insuficiencia cardíaca en los que los que los tonicardíacos han fracasado.

notables resultados con su uso en los casos de insuficiencia miocárdica basedowiana.

En general, en aquellos casos en los que la reserva nutritiva del corazón es deficiente, son precisamente donde se obtienen los resultados más claros y evidentes como sucede en la insuficiencia cardíaca con alternancia del pulso. No faltan autores que lo utilizan para reforzar la acción de los medicamentos cardiotónicos.

En los casos en los que hemos tenido la oportunidad de emplearlo es lo cierto que hemos podido comprobar la mejoría de los signos subjetivos: la disnea, las palpitaciones, el insomnio, el apetito, etc., han sido favorablemente influenciados; la taquicardia, el éxtasis pulmonar y hepático, han disminuido de una manera notable por lo que no dudamos en recomendar su empleo antes de declarar una asistolia irreductible.

La lucha contra el sarampión utilizando el suero de convaleciente

El sarampión es una enfermedad que se extiende por toda la superficie de la tierra aún en lugares aislados en la soledad del mar. Acaso pocas afecciones sean tan conocidas como ésta de madres, médicos y estudiantes; sin duda pocas madres, muy escasos médicos y muy contados estudiantes han escapado a su contagio; seguramente hasta en los más apartados caseríos se ha contemplado y se ha sufrido el azote de esta enfermedad. De ahí que su personalidad clínica sea tan familiar al cuerpo médico; de ahí, también, que nos abstengamos de toda descripción.

Digamos sin embargo, que su evolución es generalmente benigna en la clientela civil en donde nunca o casi nunca se observan complicaciones. Al contrario, en el hospital el pronóstico se vuelve a veces sombrío debido a su gran complicación: la bronconeumonía.

Hasta hace poco el cuerpo médico se encontraba casi totalmente desarmado para luchar de manera eficaz a fin de prevenir un ataque seguro de dicha enfermedad (el sarampión). De otro modo dicho, al práctico le era imposible establecer una profilaxis efectiva y no de probabilidades.

Pero la medicina es una ciencia experimental que nos lleva de sorpresa en sorpresa a medida que la profundizamos gracias al esfuerzo luminoso y continuado de sus sabios abanderados, que a diario libran serias e intensas batallas en la semi-obscuridad de sus laboratorios, persiguiendo el esclarecimiento de la verdad científica para beneficio de los que sufren.

Una de esas etapas brillantes ha dado como fruto inapreciable, el advenimiento de un método seguro de profilaxis contra el sarampión: *La Inmunoterapia mediante el empleo de suero de convaleciente.*

Es sobre este motivo, de tanta actualidad, que deseamos entretener por ahora a nuestros lectores.

Pero antes, seanos permitido decir unas palabras respecto a la morvidez y la mortalidad de la afección que nos ocupa, la más popular y, por consiguiente, menos temida de las fiebres llamadas eruptivas.

En todas las épocas y en todos los países, ha privado entre el público profano, la idea inexacta y hasta falsa de que el sarampión es una enfermedad de la que no se muere nunca.

Si las cosas se analizan más de

cerca y conforme a un criterio más científico que profano, es decir, si juzgamos no *a priori* sino *a posteriori*. fácilmente se verá que este modo de pensar, representa un punto de vista perfectamente erróneo y además unilateral, porque no hay que considerar solamente la enfermedad en su forma más pura sino que hay que tener presente también, en las grandes aglomeraciones sobre todo, que casi siempre se ha acompaña de complicaciones a veces graves y entre las cuales conserva un lugar prominente la bronconeumonía y ya sabemos que la bronconeumonía en los niños pequeños, representa uno de los grandes factores de mortalidad infantil.

Nosotros tenemos la impresión de que en nuestro país mueren más niños a consecuencia del sarampión de lo que en realidad se cree, porque hay que tener en cuenta a este respecto las formas frustradas, generalmente indagnosticadas. Son esas formas precisamente, mal cuidadas o descuidadas las que con mayor frecuencia se complican y las que proporcionan, aunque a primera vista parezca paradójico, el máximo de letalidad.

Por otra aparte, no olvidemos que la bronconeumonía del sarampiñoso puede presentarse aún antes de que el exantema haya aparecido, es decir, en el período mismo de incubación y que en este caso la erupción no se producirá ya, por lo menos en gran número de enfermos,

desviando así la creencia de la familia y lo que es peor, la impresión clínica del médico. Es lo que bien pudiéramos llamar *sarampión oculto o sarampión desconocido*.

Por qué no sería factible pues, la hipótesis de que muchos niños "que nosotros tratamos como bronconeumónicos simples son en realidad sarampiñosos, teniendo en cuenta que el sarampión es una enfermedad endémica en Honduras?

Esto" que en un primer momento parece no tener importancia alguna, reviste sin embargo un elevado interés.

Razonando de manera imperfecta podría argumentarse de este modo: puesto que una vez aparecida la bronconeumonía lo que tenemos que tratar es dicha complicación y no el sarampión mismo que de hecho pasa a ocupar un plano secundario, que más da diagnosticar o no diagnosticar esta enfermedad. Quien de esta suerte discurriese incuriría, talvez sin desearlo, en un grave error, porque si bien se reflexiona veremos claramente que no es lo mismo, bajo ningún concepto, una bronconeumonía simple, primitiva (muy rara), que una broneoneumonía secundaria que evoluciona en un terreno virgen, (suponemos que se trata de un lactante) desprovisto de toda forma de resistencia orgánica adquirida, y además debilitado por el sarampión; sobre todo si se toma en cuenta que esta última es una de las afecciones que más predisponen

a la tuberculosis pulmonar, como lo han demostrado las serias experiencias realizadas en Francia por Debré, Joannon y León Bernard y como ya de muchos años atrás lo había hecho notar el profesor Hutinel a juzgar por las siguientes palabras suyas;

"Cuando la temperatura reaparece sin razón apreciable después de un período de apirexia. en un sarampión, es necesario desconfiar. ... la tuberculosis es probable"

Más recientemente el profesor Nobécourt ha insistido sobre el mismo tema en una de sus lecciones titulada *"Bronconeumonías simples y tuberculosis pulmonar en el sarampión de los niños"*. El profesor Nobécourt nos ofrece los siguientes datos, harto evidentes: De 459 niños atacados de sarampión, 12, es decir, 2.61% no presentaban ningún síntoma clínico de tuberculosis anterior al sarampión. Después del sarampión, 5 de estos doce niños murieron de tuberculosis pulmonar aguda y 7 presentaron o bien tuberculosis pulmonar sub-aguda o bien granuloma o en fin, bronconeumonía caseosa. Estos hechos no necesitan comentario alguno y sino fuera porque son ya tan conocidos que ningún médico tiene el derecho de ignorarlos, nos permitiríamos todavía hacer algunas digresiones sobre ellos.

Pero no es ese el objeto, del presente artículo. Ya dijimos al principio qué deseamos hablar sobre la seroprofilaxis del sarampión, enfermedad ésta que oca-

siona más víctimas de lo que se piensa, muchas más aún que otras tenidas como produciendo un más elevado coeficiente de mortalidad: escarlatina, difteria, coqueluche, etc., etc., tal como lo demuestran las estadísticas publicadas hasta hoy. Así por ej: en Europa durante los diez primeros años del siglo XX, el sarampión acusa una mortalidad global de un millón de víctimas. En Francia en ocho años de 1908 a 1913, esta enfermedad mató a 31.000 personas mientras que en el mismo lapso de tiempo la difteria causó 25.000 muertes, o sea 6.000 menos que el sarampión, la coqueluche 25.117 y la escarlatina apenas llegó a 9.864.

En los Estados Unidos de América, para un período comprendido entre 1901 y 1920, las cifras de mortalidad fueron: difteria 217.747, coqueluche. .. 120.436, sarampión 105.115 y escarlatina 79.097. Aquí el sarampión ha cedido el primer puesto que retiene en Europa pero el número de sus víctimas no por eso deja de permanecer elevado.

Por lo que a Honduras se refiere no conocemos datos numéricos exactos. Acaso su publicación por el correspondiente departamento de la sanidad nacional, sería interesante.

En fin, un hecho parece particularmente adquirido y demostrado y es que el más pesado tributo de mortalidad por sarampión, lo rinden aquellos niños cuya edad no alcanza los dos años todavía: '

Juzgúese por los siguientes datos: En 1923 Debré, Broca y J. Bertrand asisten en el Hospital Bretonneau, de París, 355 niños atacados de sarampión: 60 mueren o sea 16.90%. *De estos 60 niños, 50 tienen menos de dos años de edad.*

En el Hospital Frousseau, también de París y en la misma época, *Lesné asiste 435 niños afectados de sarampión, de los cuales mueren 103; de éstos, 73 7/10 han alcanzado todavía los veinticuatro meses.*

Las cifras transcritas nos dicen claramente que el sarampión no es una enfermedad benigna en el sentido estricto de la palabra sino por el contrario una enfermedad grave cuyo pronóstico se ensombrece particularmente cuando se acompaña de complicaciones. De todo esto se deduce que la preocupación constante del médico frente a un caso de sarampión, debe ser la de evitar a toda costa no solamente su propagación, sino también las complicaciones que pudieran presentarse y entre éstas la más temible: la bronconeumonía.

Pero, cómo librar una lucha

efectiva, rápida y segura de profilaxis contra el sarampión y cómo realizar al mismo tiempo una cruzada que dé en tierra no sólo con su más mortífera complicación, la bronconeumonía, sino también con todas las demás?

La solución de este trascendental problema durante largo tiempo debatido correspondió a Debré y Joannon con el perfeccionamiento del método de in-muno-terapia mediante el empleo de suero de convalesciente.

Entremos pues en materia y digamos en que consiste la *Se-roprofilaxis del sarampión.*

El suero de convalesciente de sarampión es empleado por la primera vez y a título curativo por Weissbecker en 1896. El método, sin embargo no hace fortuna y permanece desconocido y casi olvidado hasta que Ribadeau Dumas y Etienne Brissaud publican una nueva observación en 1918.

En el mismo año Ch. Nicolle y Conseil, de Tunes, hacen una comunicación a la Sociedad Médica de los Hospitales de París,

sobre sus trabajos emprendidos, ya desde 1916, sobre la suero-terapia preventiva en el sarampión. En realidad, pues, es a estos dos reputados autores a quienes corresponde el mérito de haber puesto en evidencia, los primeros, el *gran valor preventivo* que posee el suero de convaleciente en la lucha contra el sarampión.

Ulteriormente, el procedimiento gana terreno en la conciencia científica internacional y numerosos autores se ocupan entonces con entusiasmo de la cuestión. Entre ellos citemos a Richardson y Connor de Norte América, Terrien Méry, Girard y Moitié de Francia y Degkwitz de Alemania.

El mérito de Nicolle y Conseil se acrecienta, sin embargo, cuando se nos enseña que ellos no solamente dieron a conocer el valor preventivo del suero de convaleciente sino que además desde el principio, es decir, desde sus publicaciones iniciales lanzaron a la consideración del mundo científico ideas hasta la fecha invariables respecto al mejor momento para la obtención del suero, el orden y la cantidad de las dosis a inyectar y las indicaciones generales de la suero-profilaxis sarampionosa.

Es por su poder preventivo que se puede medir el tenor en inmunisinas del suero de convaleciente; su acción curativa en efecto es muy incierta.

Después de la publicación de

Ribadeau Dumas y Brissaud en que aseguran haber curado un militar padeciendo una forma muy grave de sarampión por el empleo de suero de convaleciente a dosis masivas, numerosos autores han intentado, en vano, repetir aquella experiencia en niños o adultos atacados de sarampión maligno o de sarampión complicado. Se puede decir que en estas circunstancias el éxito constituyó la excepción y que la regla estuvo representada siempre por el escollo. Tal es la conclusión que resulta de los trabajos de Méry, quien hizo inyectar sistemáticamente suero de convaleciente a todos los niños que ingresaban al pabellón de sarampionosos del hospital "*Des Enfants Malades*", de París.

En los casos felices en los cuales la inyección de suero de convaleciente, practicada en el curso de un sarampión declarado, parece modificar la marcha de la enfermedad, Debré y Joannon se preguntan si dicha influencia obedece realmente a la acción antimorbose específica del suero o si más bien no será debida a una acción de chok o "más simplemente a una aplicación particular de la proteínoterapia parenteral de modalidades tan complejas y tan variables". Y dichos autores agregan: es realmente imposible no tener en cuenta las: inmunisinas que contiene la sangre de convaleciente, pero es necesario explicar la debilidad de éstas cuando se las introduce en el organismo de un

sujeto en el cual el sarampión se encuentra en la plenitud de su desarrollo.

Todo esto nos dice—y gravémoslo así en vuestra mente hasta demostración en contrario—que el suero de convaleciente, en el caso particular que nos ocupa, no tiene valor curativo comprobado pero posee en cambio un elevado é importante valor preventivo.

La enfermedad crea la inmunidad. La persona que acaba de pasar el sarampión se vuelve insensible al virus de esta enfermedad; por su sangre circulan sustancias (inmunisinas); que le comunican esta preciosa propiedad; inyectando, aun cuando sea en pequeña dosis suero de esta sangre a un individuo sano expuesto al contagio, se le transmite la inmunidad. Tal es el fundamento de la suero-profilaxis del sarampión.

Por consiguiente, el suero de una persona convaleciente de sarampión ejerce, al ser inyectado a un individuo sano, una acción contraria bien manifiesta para el desarrollo del virus sarampiñoso. Pero la potencia de esa acción varía muellísimo según el momento en que se practica la inyección.

Si consideramos que el período de incubación -dura alrededor de unos diez días y dividimos del manera artificiosa este período en tres subperíodos de cinco, tres ; y dos días respectivamente, los resultados serán diferentes según que elijamos uno u otro de estos subperíodos para efectuar] la inyección de suero.

Así por ejemplo, supongamos] que se nos presenta la oportunidad de practicar la suero-terapia en una persona que se encuentra bajo la amenaza de un contagio o que ya está contagiada pero desde menos de cinco días. (1er. subperíodo).

En estas condiciones, gracias a la inyección de suero de convaleciente, la protección es absoluta, el sarampión no se presenta; hemos obtenido lo que se llama la *Suero Prevención*.

"Pero la ausencia de toda manifestación clínica en el individuo a quien se ha practicado la inyección nos oculta los fenómenos que han podido tener lugar en la intimidad de su organismo. Puede muy bien ocurrir que el individuo que creemos amenazado o contaminado no se haya puesto en contacto con el virus sarampionoso. En este caso habremos provocado en él una inmunidad pasiva, comparable a la que se obtiene inyectando por precaución antitoxina diftérica a los hermanos de un niño afecto de difteria y sabido es que estos sujetos quedan protegidos durante quince días a tres semanas por la inyección preventiva de suero antidiftérico. Lo propio ocurre con el sarampión en el caso que estamos tratando y en el mismo plazo indicado desaparece la inmunidad puramente pasiva conferida por la inyección de suero de convaleciente". Por eso será conveniente repetir la dosis (en caso de epidemia o en los hospitales amenazados de contagio) al expirar este límite de duración.

Ahora bien, si la persona en cuestión se hallaba realmente contaminada, la inyección de suero habrá hecho abortar la enfermedad y en ese caso la inmunidad obtenida sería a la vez activa y pasiva y tendrá, desde

luego, mayor duración que en la eventualidad precedente.

Supongamos, en segundo término, que tenemos que efectuar la sueroterapia en un individuo que se halla en el *segundo sub-período* de nuestra clasificación, es decir, entre el 5° y el 8° día que siguen al contagio. ¿Qué resultados obtendremos? En este caso el sarampión se producirá pero sumamente benigno, pero fundamentalmente modificado y las complicaciones no se presentarán; será si se quiere un *sarampión atenuado*; habremos obtenido pues, lo que se llama la *sueroterapia atenuada*.

Este sarampión así atenuado merece que nos detengamos un instante para escuchar lo que sobre él nos decía hace poco tiempo el Doctor Debré:

En primer lugar, en un gran número de casos la incubación es más larga, en tanto que bien sabida es la fijeza en el sarampión normal. En el caso de que tratamos rebasa la duración habitual de diez días, llegando a alcanzar doce, quince, diez y siete y hasta veinte días. El periodo de invasión es sumamente discreto. Los catarros de las mucosas o bien faltan completamente o son muy poco acentuados, quedando reducidos a un ligero grado de catarro nasal. Casi nunca se observa catarro ocular; el signo de Koplik puede faltar o presentar un carácter de discreción tal que se titubea en afirmar la presencia de los granos característicos. En este período la temperatura es muy

ligera, oscila alrededor de 38°, el malestar es nulo, el niño conserva su buen humor. En estas condiciones fácil es concebir que el período de invasión pase inadvertido en muchos casos. La enfermedad en sí está caracterizada por una erupción generalmente discreta: manchas aisladas, separadas unas de otras, exantema poco acentuado, catarro apenas aparente. La fiebre es muy moderada en la mayor parte de los casos. En otras circunstancias, el sarampión es algo más franco, pero aún en los casos en que la erupción es más intensa y la fiebre más elevada, los catarros son siempre de poca importancia y el estado general permanece bueno: el niño está tan poco abatido, que pide de comer y reclama constantemente dejar la cama.

Después de algunos días de erupción, en los que el sarampión apenas merece el nombre de enfermedad, el niño entra en período de convalecencia, o más exactamente puede decirse que dicho período no existe como intermedio entre este esbozo de enfermedad y el estado de salud completo.

El sarampión modificado por la inyección de suero puede ser más atenuado aún; la erupción es tan fugaz que pasa inadvertida, pudiendo incluso faltar por completo, estando entonces la enfermedad caracterizada por escasa fiebre y un Koplick apenas aparente. De todos modos, lo mismo si el sarampión es profundo o ligeramente modificado

por el suero, *no se observa en estos casos complicación alguna.*"

Por lo dicho se verá, agrega Debré, que no deja de ser interesante transformar el sarampión en una afección tan benigna que aún cuando no produzca la muerte, ni siquiera complicaciones, es causa frecuente de localizaciones pulmonares, u óticas desagradables por- no decir graves. Sin duda alguna, las ventajas de este sarampión atenuado serían casi inútiles si el niño que lo ha padecido continuará susceptible de ser contaminado de nuevo poco tiempo después. Todas las probabilidades son en contra de esta eventualidad: *la fuerza y la persistencia de una inmunidad no son proporcionales a la intensidad y a la gravedad de una enfermedad.* Debré y Joannon consideran estos sarampiones atenuados, como capaces de producir una inmunidad tan intensa y tan duradera como un sarampión normal, con la ventaja de que la inmunidad ha sido entonces adquirida sin riesgo y de un modo muy sencillo.

Tomemos en fin, un enfermo en el tercer sub-período de la incubación, es decir, entre el 8? y el 10? día que siguen al contagio. En estas circunstancias, el único fenómeno registrado consiste en la supresión local, al rededor de la inyección, de la erupción sarampionosa, que por otra parte se manifiesta en el resto del cuerpo con todos sus caracteres. Es lo que se conoce con el nombre de *Fenómenos de Inhibición local*

Este fenómeno no tiene más que un interés biológico y conforme a los hechos observados hasta hoy, puede decirse que carece de aplicaciones prácticas.

La pomología del suero de convalaciente como medida profiláctica en la lucha contra el sarampión es sumamente simple.

En 105 albores del método se preconizó la dosis de 1 c.c. por año de edad. Hoy, a consecuencia de los trabajos efectuados, las dosis que han de emplearse generalmente son las siguientes: De tres meses a un año .. 4 c.c. De un año a cinco años... .6 c.c. Niños mayores de cinco años S c.c.

Bien entendido estas son dosis para niños normales, pero si tenemos que habérmolas con niños convalecientes de una enfermedad aguda o desnutridos por otras causas, las dosis indicadas pueden aumentarse hasta el do-

ble, conforme el criterio del médico.

La inyección será única y por la vía subcutánea.

Por último, nos quedan por hacer algunas consideraciones acerca de la manera de obtener el suero, mejor momento para su recolección, manipulaciones a que debe ser sometido, modo de conservarlo, indicaciones generales del método y resultados del mismo. También nos falta hablar del empleo de sueros de personas que hayan padecido el sarampión antiguamente y lo que es más, del empleo de la sangre total de estos individuos.

Pero todo esto no puede caber en las dimensiones del presente artículo, que ya va resultando extraordinariamente extenso. Todo eso será objeto de un artículo ulterior.

Estado actual del tratamiento médico en la epilepsia esencial

Por JOSÉ MARÍA VILLACIAN,

Los preparados ováricos de una u otras secreciones de estos órganos, encuentran su indicación en la epilepsia en muy raras ocasiones, con una eficacia muy mediocre o nula, aunque *el* interrogatorio o la exploración revelen disturbios genitales evidentes; así nos ha ocurrido en tres casos, de los cuales dos presentaban sólo ataques los días que precedían al flujo menstrual, y en el otro se trataba de una muchacha de dieciocho años, amenorreica y con indudables signos de hipoovarismo.

Mención aparte merece el empleo de la substancia cerebral como tratamiento de la epilepsia. Fundándose en que la inyección de substancia nerviosa provoca la formación de anticuerpos que neutralizarían las neuroendotoxinas liberadas por las células nerviosas enfermas, Chroschko instituye en los epilépticos un tratamiento parenteral de substancia cerebral. De otro lado, los parentescos clínicos hallados entre el ataque epiléptico y el choque anafiláctico, puestos de manifiesto por Buscaino, han conducido a un tratamiento análogo como desensibilizante y a otros recursos de índole proteínoterápica.

De estos últimos (inyecciones de leche, peptona, autohemoterapia, vacunas, etc.) no tenemos experiencia propia, por lo que nos limitamos a mencionarles. En cambio, tenemos nueve casos tratados por emulsión de substancia cerebral, cuyos resultados vamos a resumir.

El preparado empleado es el llamado neurocrin en ampollas de 1 cm.³ de substancia cerebral y 1 cg. de ácido carbólico, una inyección en días alternos o más, según la tolerancia.

Su eficacia contra los ataques es menor que la del gardenal o bromuros, pero mucho mayor contra determinados equivalentes; la sensación de mareo, las ausencias y sobre todo las cefaleas tan penosas que acompañan a no escaso número de epilépticos en los espacios interparoxísticos, se mejoran casi contantemente y en muchos casos se curan por completo.

En la jaqueca, bien coincida con la epilepsia, bien con otras manifestaciones vegetativas, o constituya todo el cuadro clínico, este proceder es muy eficaz. Interesante es conocer también, que contra los otros tipos de cefalea no da semejantes resultados.

No queremos terminar este capítulo sin dedicar un breve comentario al tratamiento antisifilítico de la epilepsia. Que ésta constituye una manifestación de heredolúes en numerosos casos de epilepsia infantil sobre todo, no cabe duda; pero tratados solamente por preparados específicos no se obtienen los resultados que se podrían esperar; el hecho no nos debe extrañar, puesto que el ataque epiléptico traduce la existencia de lesiones que muchas veces no tienen carácter evolutivo, sino residual, de cicatriz, y la medicación antiepiléptica es ineficaz contra este tipo de lesiones. Sin embargo, son casos tributarias de este tratamiento, para evitar, al menos, la progresión de las lesiones o su aparición en órganos hasta entonces idemnes.

En el adulto y, en general, en la lúes adquirida, las cosas suelen suceder de otro modo. Lo corriente es que el ataque tenga el tipo de la epilepsia sintomática y que se encuentren a la vez signos neurológicos de otro tipo que fa-

ciliten el diagnóstico; pero no es raro (y nosotros hemos recogido últimamente tres casos típicos) que la única manifestación clínica era el gran ataque convulsivo generalizado; ninguno de ellos daban antecedentes de contagio; parecía una epilepsia "como llovida del cielo", queremos decir, que ni en los antecedentes familiares ni personales se encontraban esos trastornos que tan frecuentes son en la epilepsia esencial! (enuresis nocturna, terrores, distimias, irritabilidad, egoísmo, etc). Para nosotros, tan importante o más que anotar las características del ataque, es penetrar en la personalidad toda del enfermo, pues en ella encontramos casi siempre, el fundamento biológico, o si parece exagerado, el apoyo clínico de un acertado diagnóstico de epilepsia.

El Wasserman en sangre en dos de ellos era negativo; el Meinicke Kahn, positivo en los tres, así como el Wasserman en líquido cefalorraquídeo. Estos casos

obedecen muy bien al tratamiento específico. Toda epilepsia es tributaria de un tratamiento antisifilítico, si la historia clínica revela la ausencia completa de otro síntoma clínico; o de orden temperamental de naturaleza epiléptica. Si las convulsiones coinciden con otros signos sospechosos de neurosífilis, no nos referíamos. Todas las reacciones en sangre son negativas y el líquido cefalorraquídeo da normalidad absoluta. Se le trata con gardenal, al que obedece muy bien. Un año después, en que estaba tomando sólo 5 cg. diarios, tiene un ictus que le dura diez minutos y queda durante dos o tres semanas con disartria y monoplejía branquial derecha; en este momento, un nuevo análisis de sangre y de líquido cefalorraquídeo dan las reacciones de sífilis nerviosa mesodérmica, que el tratamiento específico yugula con eficacia. No hay noticias del contagio, y éste, desde luego, no es reciente.

De todo ello se deduce una regla práctica de indudable interés: toda epilepsia es tributaria de un tratamiento antisifilítico, si la historia clínica revela la ausencia completa de otro síntoma clínico; o de orden temperamental de naturaleza epiléptica. Si las convulsiones coinciden con otros signos sospechosos de neurosífilis, no hay problema a dilucidar, pues] la misma coincidencia de la norma de conducta a seguir.

Si nosotros.- al terminar este estudio, quisiéramos recalcar aquello que nos parece más indispensable en un tratamiento correcto de la epilepsia, diríamos que antes de establecerse debemos estudiar con todo detenimiento al enfermo, para utilizar» en sentido terapéutico todos aquellos elementos que la historia clínica bien tomada debe proporcionar, en la seguridad que, haciéndolo así, encontraremos indicaciones terapéuticas insopechadas a un examen somero. Salas de Bureba (Burgos) agosto de 1931.

Sobre una nueva hormona: la Corticalina

En la actualidad, la noticia más sensacional del mundo médico, es el descubrimiento de la corticalina, hormona que se utiliza en la terapéutica de la enfermedad de Addison. La corticalina, es el extracto de la substancia cortical de las glándulas suprarrenales, así como la adrenalina, es el extracto de la substancia medular de las mismas. Por la dificultad anatómica de separar la substancia cortical y la medular, la corticalina se obtiene actualmente, haciendo el extracto total de las glándulas, destruyendo químicamente la adrenalina.

La historia de la hormona cortical data del año de 1927, en que Jaffe prolongó la vida de los gatos suprarrenalectomizados haciéndoles ingertos de glándulas suprarrenales. De estas experiencias se concluyó que existe una substancia en las glándulas suprarrenales, una secreción, cuya carencia, juega su principal papel en la sintomatología de la enfermedad de Addison. Posteriormente, aparecieron casi al mismo tiempo los trabajos de los biólogos norteamericanos, Hartman, Bromvell,

Dean y Macarthur y los de Swingh y Pfiffner, en los que se ponía de manifiesto la acción de los extractos de corteza suprarrenal en animales decapsulados. Estos autores se encontraron con el inconveniente de no poder utilizar los extractos puros por la dificultad enorme de separar la substancia cortical y la medular de la glándula, haciendo así imposible su uso por la vía intravenosa, debido a la pequeña cantidad de adrenalina que tenían estos extractos.

Los caracteres de la hormona cortical no se encuentran lo suficientemente estudiados; sin embargo, podemos citar algunos que guardan relación con los resultados obtenidos al tratar animales decapsulados y enfermos addisonianos.

A los animales decapsulados se les prolonga la vida y se les hace conservar el apetito. EN cuanto a los addisonianos, oigamos lo que al respecto nos dice el doctor Marañón -en su comunicación del 6 de Febrero de 1932 a la Academia Nacional de Medicina de Madrid: "Cuando se inyecta el extracto en un addisoniano grave, el enfermo &e re-

cupera rápidamente. Inyectado en el estado medio de la enfermedad, los enfermos mejoran con extraordinaria rapidez. El síntoma más brillantemente influenciado es la anorexia, la cual cede a la primera o segunda inyección. La astenia también mejora pronto. Desaparecen con prontitud los síntomas digestivos (vómitos, diarrea) y un síntoma sobre el cual he sido el primero en llamar la atención; el hipo. La tensión arterial aumenta ligeramente.

Todas las alteraciones bioquímicas que presentan los enfermos ó Addison—acidosis, hipoglucemia, aumento del ácido láctico (Jiménez Díaz)—son brillantemente influenciadas por las inyecciones de extractos corticales. También tienen influencia sobre el nitrógeno sanguíneo. Por el contrario no parecen obrar sobre la hipocalcemia.

El metabolismo basal disminuido en los addisonianos, asciende rápidamente a la tercera o cuarta inyección.

Parece además el extracto cortical obra en el organismo,

aumentando su resistencia contra las infecciones y las intoxicaciones. Eso se deduce al menos de un enfermo addisoniano del doctor Marañón, que sufrió una neumonía aguda mientras se hallaba en tratamiento, y de la cual curó, cuando es bien sabido que en esta clase de enfermos tales infecciones son de pronóstico fatal.

Los que primero aplicaron a la clínica los extractos corticales fueron Rowntree y Green en la Clínica Mayo de Rochester y Simpson de Londres, Rowntree y Green han tratado primero con adrenalina a 20 addisonianos. sin ningún resultado, después los han tratado con extractos corticales y los resultados han sido francamente satisfactorios.

En España, los doctores Marañón y Blanco Soler tienen varios enfermos en observación.

La comunicación del doctor Marañón se refiere al tratamiento de tres casos. El primero, es un addisoniano, grave que ha mejorado grandemente; pero del cual no puede hacer ninguna conclusión, puesto que lo tiene bajo tratamiento desde hace po-

co tiempo. El segundo, es un enfermo en muy mal estado, y en quien se principia el tratamiento después de 48 horas de diagnosticado, ya que previamente hubo necesidad de hacerle el estudio bioquímico de la sangre. Inmediatamente después de la primera inyección de extracto cortical mejora rápidamente; pero dos horas después, muere en medio de un estado semejante al coma diabético. En este enfermo, el doctor Maraño

n cree que todos estos accidentes son debidos a la impureza de los extractos, sin que por eso no se deje de tomar en cuenta la actitud que tienen los addisonianos para presentar todos esos fenómenos. Dada la novedad del método, la pos-ología de la medicación no se ha podido determinar exactamente. Sin embargo, Hartman dice que son suficientes las dosis de 1 a 2 c. c. diarios, excepto en algunos casos graves que necesitan algo más. Si esto fuera cierto, el problema práctico del extracto cortical se simplificaría, pues su precio en el mercado es alto debido a la poca cantidad que produce cada cápsula suprarrenal y a la gran cantidad de extracto que es necesaria para un tratamiento completo. El doctor Maraño cree que para el tratamiento completo de un addisoniano son necesarios alrededor de unos 500 c. c. de hormona, para cuya obtención son precisos unos 50 kilogramos de cápsulas suprarrenales de animales. Como se vé, la carestía de un tratamiento completo está en razón directa con la cantidad de hormona empleada. El día que este producto llegara a obtenerse de una manera sintética o se descubriese algo que aumente el poder de la hormona, entonces, los addisonianos pobres tendrían resuelto el proble-

El doctor Maraño cree que para el tratamiento completo de un addisoniano son necesarios alrededor de unos 500 c. c. de hormona, para cuya obtención son precisos unos 50 kilogramos de cápsulas suprarrenales de animales. Como se vé, la carestía de un tratamiento completo está en razón directa con la cantidad de hormona empleada. El día que este producto llegara a obtenerse de una manera sintética o se descubriese algo que aumente el poder de la hormona, entonces, los addisonianos pobres tendrían resuelto el proble-

Los accidentes consecutivos al empleo del extracto cortical, consisten según los autores norteamericanos en una sensación de calor y mal sabor en la boca. Otros dicen que la inyección va

seguida de mareos, debilitando el pulso, y todo un cortejo sintomático que recuerda el shock proteínico.

El doctor Maraño cree que todos estos accidentes son debidos a la impureza de los extractos, sin que por eso no se deje de tomar en cuenta la actitud que tienen los addisonianos para presentar todos esos fenómenos.

Dada la novedad del método, la pos-ología de la medicación no se ha podido determinar exactamente. Sin embargo, Hartman dice que son suficientes las dosis de 1 a 2 c. c. diarios, excepto en algunos casos graves que necesitan algo más. Si esto fuera cierto, el problema práctico del extracto cortical se simplificaría, pues su precio en el mercado es alto debido a la poca cantidad que produce cada cápsula suprarrenal y a la gran cantidad de extracto que es necesaria para un tratamiento completo.

El doctor Maraño cree que para el tratamiento completo de un addisoniano son necesarios alrededor de unos 500 c. c. de hormona, para cuya obtención son precisos unos 50 kilogramos de cápsulas suprarrenales de animales. Como se vé, la carestía de un tratamiento completo está en razón directa con la cantidad de hormona empleada. El día que este producto llegara a obtenerse de una manera sintética o se descubriese algo que aumente el poder de la hormona, entonces, los addisonianos pobres tendrían resuelto el proble-

ma de su tratamiento, sin que por eso se afectase su pequeña economía.

En la clínica Mayo de Rochester se emplea la fórmula, corticalina-tiroidina. El doctor Marañón cree que es preferible asociarla a la adrenalina teniendo en cuenta el papel importante que esta última substancia desempeña en el organismo.

Tales son en síntesis las ideas actuales sobre la corticalina. Es indudable que su descubrimiento representa un progreso gigantesco no solo para la Bioquímica sino también para la Patología.

Hoy solo hemos querido referirnos a su más interesante indicación: la enfermedad de Addison, por ser ésta una afección terrible contra la cual el médico se halló siempre desarmado. Pero en el horizonte de su futuro, se vislumbran ya otras indicaciones, no menos importantes, que la experimentación irá confirmando o rechazando: enfer-

medades infecciosas agudas, vómitos del embarazo, intoxicación intestinal, astenias, estados de desnutrición, atrepsia e hipotrepia etc., etc.

En el estado actual de la cuestión solo es de desear, dada la dificultad de obtener el producto y la carestía del mismo, que pronto se llegue a su fabricación sintética o *que se* descubra un método, mediante el cual, se comunique a la nueva hormona una *más* elevada potencial de acción.

Para terminar, digamos solamente que con el advenimiento de la corticalina, el porvenir de los addisonianos se ha transformado por completo; antes, una vida sombría con una muerte segura y cercana; hoy, una vida preñada de esperanzas y una curación completa o casi completa, ■ siempre que el enfermo llegue a tiempo a nuestras manos.

Madrid, abril de 1932.

A propósito del tratamiento de la apendicitis aguda

En la presente nota clínica, aunque muy ligeramente, me propongo llamar la atención de mis estimados compañeros, acerca de un punto que estimo de capital importancia en el tratamiento de las apendicitis agudas graves; me refiero a la canalización.

Felizmente, en nuestros días, todos o casi todos los cirujanos intervienen de una manera sistemática en los casos de apendicitis agudas y con mayor razón en los de carácter grave, que son precisamente las que voy a referirme.

En el particular estoy enteramente de acuerdo con las ideas fundamentales que ha venido dando a conocer el Dr. J. Revé, Cirujano jefe de los Hospitales de Nimes. Dice a este respecto, aunque sumariamente, y en relación a varios artículos publicados en LE MONDE MEDICAL, bajo el título "De la intervención sistemática en la apendicitis ■ aguda", que en presencia de tales casos, su conducta ha sido operar *sistemáticamente, sea cual fuera, el estado del enfermo, sea cual fuera el número de horas o de días transcurridos desde el comienzo de la crisis, y añadía que era siempre preciso extirpar el*

apéndice y dejar la pared ampliamente abierta en los casos graves, canalizando con un Mikulicz,

Recientemente, en el mismo periódico, vuelve a llamar la atención del público médico con motivo de una comunicación del Profesor Duval, a la Sociedad de Cirugía de París, intitulada "Reflexiones a propósito de 752 casos de apendicitis aguda en el adulto, operadas de urgencia". Según Duval:

1º Toda apendicitis aguda, debe ser operada, ■ inmediatamente después de su ingreso en el Hospital, cualquiera, qué sea el tiempo transcurrido desde el comienzo de la crisis.

'29 El apéndice debe ser sistemáticamente buscado y hacer todo lo posible para extirparlo.

Lo cual indica claramente la igualdad de pareceres, tanto del Profesor Duval como del Dr. Revé!, en lo referente a la intervención; pero conviene advertir, que esto no obstante, hay una discrepancia entre la conducta operatoria de ambos cirujanos en lo tocante a dos puntos de técnica.

"Duval recomienda la suerote-

rapia gangrenosa inmediata e intensiva, cuando está indicada.

Revel dice: "el aire corriente continúa siendo la primera de las medicaciones antigangrenosas". "En realidad, en las apendicitis gangrenosas no empleo nunca el suero antigangrenoso, porque estoy convencido que no sirve de nada, y me satisface leer que Bazy, al contestar a Duval, dice: "Esta medicación me parece estar desprovista de toda especificidad".

"Pero para obtener la curación en estos casos graves, acompañados de peritonitis más o menos localizada con gangrena y pus fétido, es necesario, agrega Revel, dejar ampliamente abierto el vientre e introducir en él, en lugar adecuado, compresas de gasa".

En cuanto a la canalización, Duval aconseja colocar uno o varios tubos de goma y "nunca el Mickulicz". Revel sostiene lo contrario, aconsejando la canalización con compresas de gasa, ya que es bien sabido, como él lo recuerda, que el tubo de goma no canaliza fiada, y las compresas, en cambio sí canalizan y favorecen las adherencias que sirven para aislar el foco operatorio de la gran cavidad **peritoneal**.

Yo estoy enteramente de acuerdo, según dije al principio de esta mi nota clínica, con el proceder del Dr. Revel. En mi servicio quirúrgico del pabellón 3, de este Hospital General, he tenido la oportunidad de practicar la

canalización por medio de las gasas, en los casos de apendicitis agudas que he operado y en los cuales estaba indicada dicha canalización. Siempre han salido bien los operados, conforme a **tal** técnica: siendo de advertir que en un caso en que la canalización se hizo con dos tubos de goma, el resultado no fue satisfactorio; sucumbió el enfermo y recuerdo que en la necropsia se comprobó una peritonitis generalizada, que quizás se hubiera podido evitar con la canalización a 3a manera **del** Mickulicz. Me parece, según todo esto, que conviene aconsejar la práctica de la canalización por **medio** de las gasas en todos estos casos,

Para terminar, estimo conducente hacerlo, transcribiendo las siguientes palabras que Revel ha escrito a guisa de conclusión de su citado artículo.

"Queridos colegas: operad siempre las apendicitis agudas en cuanto caigan en vuestras manos. Cuanto antes operéis, más rápidamente las curaréis todas. Cuanto más tarde las operéis, mayor será la mortalidad. En presencia de casos graves (gangrena, peritonitis, pus y, generalmente, todo a la vez), dejad ampliamente abierto el vientre. Canalizad con el Mickulicz, como os he indicado, y tendréis la satisfacción de decir, en presencia de lesiones graves que atemorizan a los ayudantes ignorantes: No os alarméis, ahora es cuando comienza la curación.

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos puede ser establecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales.

Un tal órgano es también el testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza corporal general, el tono normal del sistema nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel en la función sexual. ("Experimentos en perros de Biedl.") Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stillé, es la función sexual debilitada y la impotencia.

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

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia, las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un

preparado que contenga las materias que ayudan la función de los testículos.

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

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad de origen endógeno y de enagenación mental maniaca-depresiva. Así empleó Schiff, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que a pesar de la recepción disminuida de calorías no presentaron adelgazamiento, es decir en los cuales la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 6 a 10 semanas, y consistió en la administración de inyecciones y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de materias heteroproteínicas (Brotta ven "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta Bakody, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enagenación mental, ob-

.servó la aclaración de la cara sin expresión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las alucinaciones y la vuelta de la movilidad y del buen humor.

La administración se hace durante largo tiempo, porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio normal se puede restablecer solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas

se administran según posibilidad diariamente una (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas es 1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y tabletas combinadas.

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

Lista de las Especialidades Farmacéuticas registradas en la Facultad de Medicina y Farmacia de la R., de Honduras

- Abasina**, Aceite Eléctrico de Grath, Aceite de Hígado de Bacalao de Lanman y Kemp., Acidol Pepsina Bayer, Adalina, **Agarol**, Alvina Elíxir, Analgina, Anasma, Anestésico Bayer, Antipalúdico Gehe, Antipirina Knorr, Antiflogistina, Antireumático **Espirosal**, Anusol, Anusol, Arcanol, Aristoquina, Artigon Extrafuerte, Asaya Neural, Ascaridol, Aspargin (pildoras), Atofán Bálamo, Atofán, Atofánil, **Atofánil** con Anestésico.
- Bayasararina**, **Bioplastina**, **Sereno Tropical**.
- Csfiaspirina, Cal **Bis-Ma**, Cápsulas del Dr. Zúñiga, Cardui. Caporit Casbis, Castoria Fletcher, Coleflavina, Compral, Compuesto de Allen para la Tos, Compuesto Picot, Corifina Bombones. Creoterpina (**Wampole**), **Cresival**, **Cyotropina**.
- Chlifugue Dulce de Dicks, Chlifugue amargo, **Cholagogue** Indio de Osgood,
- Dioxogen.
- Eldoformo**, Emulsión Gehe, Emulsión de Aceite de Hígado de Bacalao de Davis y Lawrence, Emulsión de Scott, Emplastos Porosos Allcock, Endoioidina Bayer. Estreptosarina, Equisquina, Ezo Tabletás.
- Fanodormo, fenaspirina, Fenocola. Ferrovim, Fosfo-Lecitina Wampole.
- Gardan, Gastrogen Pastillas, Gonargina, Gonasan, Granulado Picot, Guayacose.
- Hamamelis de Virginia, Extracto Doble, Hegenon Tabletás, Hegenon, Pastillas, Helmitol, Hemotonic, Hexofán, Hormotone, Helmitol.
- Insulina, Iodex Simple. Iodex con Salicilato de Metilo, Isticina.
- Jabón Afridol, Jarabe compuesto de Pino Blanco y Brea Panflavina, Jarabe de Hipofósfitos compuesto de Davia y Lawrence, Juvenina.

- Kalmol Pastillas, Kola Nut Tonic, Krisolgan.
- Lactovina, Leche de Magnesia Philips Leche Dryco, Linimento Davis & Lawrence, Listerina Antiséptica, Listerina Rub., Linimento Sloan, Luaminal, Laxol.
- Maltosellol, Manzan Pomada Medicinal, Mentholatum, Mercurio-Cromo, Metranodina, Miel y Alquitran de Pino Bell. Mitigal Bayer, Mul-En-Ol, Myosalvalsan.
- Novatophán, Neosalvarsán, Neotropina, Nervo Forza, Neuraljón, Neurofosfato Eskay, Neutralón con Belladona, Neutralón Simple, Novalgina, Novocaína Solución B, Numotizine.
- Omnadina, Optarson, Oxan, Ozomulsión.
- Pamala Elixir, Painkiller Pomada, Panflavina, Panosan. Parches Hazol, Menthol Porosotificante Davis & Lawrence, Paroxil, Piramidón Pastillas, Pastillas para Tos Lanman y Kemp, Pastillas antisépticas Evans, Pectoral Anacahuita, Petrolagar N° 2, Pildoras Bristol, Pildoras Davis para el Hígado, Píldoras Doan, Pildoras Foster, (Condicional), Píldoras Reuter, Pildoras Sajonia Gehe, Pildoras Urisépticas, Pildoras de Witt, Piramidon, Plasmoquina Simple, Proginón, Protargol Granulado, Protargol Pomada.
- Quadrolina, Quinoplasmina.
- Refrescante Salino Gehe, Rivanol.
- Sal Hepática, Sal de Uvas Picot, Salirgán, Salófeno, Seretina Bayer, Solganal, Sinfebril, Somatóse Líquida, Sublamina Staphar.
- Tonofosfán, Tripaflavina, Tripsofen.
- Unguento de Doan, Ungüento de Hamamelis, Ungüento Menthol Davis, Uroselectán B, Urotropina Pastillas, Urotropina inyectable.
- Valisan, Vasano, Veramon, Veronal Pastillas, Vigantoi, Wampole Extracto Hígado Bacalao. Yatrén 105.
- Zarzaparrilla Chaning, Zarzaparrilla Bristol, Zonite.
- Tegucigalpa, abril de 1932. R.
D. ALDUVÍN.
-

ALGUNOS PROGRESOS EN LA OBSTETRICIA ACTUAL

Solicitado para hacer una comunicación sobre el estado actual de la obstetricia por un miembro de la comisión encargada de la continuidad de estas conferencias, no he podido sustraerme a la devoción y fervor que siento por esta ilustre corporación, aceptando gustoso el encargo dentro las posibilidades de la limitación del tiempo y tal vez en calcular sus dificultades.

Es imposible, señores académicos, entrar en un estudio de la marcha de la obstetricia actual sin dirigir una breve mirada sobre el cambio que ha experimentado la humanidad en lo que afecta a la reproducción. Todos estábamos convencidos, hasta hace poco, de que el mundo era suficientemente grande para poder alimentar una población de mayor volumen que la actual, y de repente, después de una hecatombe en la que han perecido cerca de once millones de hombres, resulta que prácticamente se ha empequeñecido y la actual población es excesiva, calculándose en un 20 por 100 el sobrante para Europa. El número de

obreros sin trabajo va cada día en progresión creciente la miseria va infiltrándose con rapidez en naciones fuertes y robustas en las que parecía que tal plaga debía estar muy alejada de ellas.

Hoy el nacimiento de un hijo ya no se estima, en general, como una bendición, sino como una desgracia al considerar la situación económica actual y las dificultades en que los sucesores pueden encontrarse. Al vencer el hijo único francés a los cinco alemanes ha llevado a muchos el convencimiento que una nación indiferente al aumento de su población, sin poner trabas a él, se labra su infortunio cuando llega el momento de una perentoria y forzosa expansión. El porvenir que espera, según los extremistas, y son legión, a la humanidad, de ser nivelados socialmente todos los hombres, lo que sólo puede hacerse tomando por patrón la indigencia, no seduce a muchos. Estamos viviendo, como dice Spengler, el quinto acto de una tragedia.

El *aborto criminal* va cada día en aumento y alcanza hoy cifras

aterradoras, y muchos médicos, algunos ilustres, creen que es mucho mejor enseñar al pueblo la manera de evitar los embarazos, que no el destruirlos una vez existentes. En congresos y en los periódicos más importantes del mundo se estudian y se proponen nuevos medios para evitar la procreación.

Algunos médicos llegan más allá. Para evitar los accidentes traumáticos e infectivos con la provocación instrumental de los abortos, recomiendan pomadas abortivas, como el provocol y el interruptín, fáciles de usar y de rápido efecto.

A más, las condiciones actuales para ganar la subsistencia se van haciendo tan difíciles, que las mujeres cada día se van casando en edad más tardía, amonradas en muchas de ellas su fuerza y aptitud para el parto y la elasticidad y resistencia de sus tejidos para soportar sin lesionarse la violenta dilatación de ellos al dar paso a un nuevo ser. Hoy en día, en muchas mujeres pesa sobre ellas una triple función a cual más agotadora: la de madre, la de ama de casa y la de contribuir al sustento de la familia con su trabajo. Tales esfuerzos son bien superiores a su resistencia orgánica, por mucho que se trate de masculinizarla con el deporte y haciéndole adoptar la educación y maneras de ser del hombre; pero no basta con disfrazarla de hombre para

que adquiriera la resistencia de éste.- Un examen atento de las trabajadoras del arte textil de Alemania ha dado por resultado comprobar que un 64 por ciento de sus partos no son normales.

Delante de un número crecido y cada día mayor de parturientas inferiorizadas, la obstetricia se ha vuelto más piadosa, más humana y ha aceptado dos mandamientos que hasta ahora no querían, ni se podían cumplir debidamente, y son 1º, procurar que el parto tenga una marcha lo más rápida posible; 2º ahorrar a la mujer el máximo posible de dolores. Estos mandamientos deben realizarse de una manera prudente, sin impacencias, que pueden provocar intervenciones indebidas y funestas. Hoy como ayer las dos únicas indicaciones para una intervención son el peligro de vida para la madre o para el feto. Debe, por tanto, ser abolida toda aplicación de fórceps de complacencia como se ha hecho mucho en Inglaterra y actualmente se practica aún en los Estados Unidos, y abolida también la extracción manual de un feto que se ofrezca en presentación de nalgas por el solo hecho de aparecer un pie en la vulva, maniobras destinadas exclusivamente a acortar el trabajo del parto, sin existir indicación vital.

Jamás deben ser, por tanto, objeto de intervención la lentitud en la marcha del parto o el excesivo dolor. Estas dos complica-

ciones deben tratarse siempre por indicación casual: o reforzando el poder contráctil de la fibra uterina en el primer caso, o disminuyendo la sensibilidad dolorosa en el segundo.

Delante del problema que se ofrece al tocólogo por la disminución creciente en resistencias orgánicas de las parturientas se han ido reuniendo una multitud de pequeños detalles en la asistencia del parto, que, debidamente ordenados, constituyen un adelanto ciertamente notable en la práctica obstétrica. El parto así asistido se conoce hoy, según denominación de Sellheim, con el nombre de *parto cuidadoso*.

Veamos las conclusiones que sienta Sellheim en un trabajo, que analizaremos brevemente:

1* *Conclusión*.— Una vez iniciado el parto, se conducirá a su fin con la pequeña ayuda de cantidades de azúcar o quinina y, en caso necesario, con preparados de hipófisis.

Esta conclusión, para los que no han vivido la época de pocos años hace, en que no se conocían los preparados de hipófisis o éstos no estaban debidamente estandarizados, ni se conocían sus efectos, ni su debida administración, les parecerá vulgar y ridícula; mas no así a los que peinamos canas y hace años que luchamos en la asistencia obstétrica. Uno recuerda casi con horror los partos que duraban días (dos, tres, cuatro y más), que-

dando agotados parturienta, familiares y tocólogos inclusive, y que hoy, llevamos a buen término casi siempre con pequeñas dosis de quinina, seguidas de alguna inyección hecha con pocas gotas de pituitrina o timofisina, etc.

Han debido pasar varios años para que el uso de tales medios no se estimase como una locura al emplearse en el período de dilatación. Sin estar estandarizado el medicamento, ni conocerse su dosificación, en casos de parto enojoso se iban dando inyecciones y más inyecciones, hasta provocar la tetanización de la matriz con su subsiguiente rotura. Yo hube de practicar una operación de Porro por tal motivo en una enferma en que el tocólogo asistente practicó toda suerte de intentos sin resultado, después del uso abundante y sostenido de inyecciones de pituitrina: fórceps, perforación, céfalotripsia. Los casos como el relatado no eran escasos y se llegó a la conclusión que la pituitrina debía utilizarse solo en el período de expulsión.

Conocemos actualmente un hecho de gran importancia, y es que la quinina a grandes dosis, en lugar de reforzar las contracciones uterinas, las paraliza y que, administrada a dosis medidas, en casos favorables, las acrecienta y, cuando no, sensibiliza a la fibra uterina a la acción ulterior estimulante de la pituitrina.

Y como más vale prevenir que curar, es de hoy también el evitar la salida de fetos gigantes, casi siempre resultado de ser pasados de tiempo y causa principal de los partos prolongados y enojosos. Con la cinta métrica en la mano, vigilamos el crecimiento de un feto, aun incluido en el seno materno y que haya pasado el término, y si se ve que su volumen comienza a ser inquietante, con el uso combinado de quinina y pituitrina, intentamos provocar el parto, en la mayoría de los casos, con resultado positivo.

Por igual procedimiento se terminan, según Schroeder, los abortos con retención e infectados.

2" *Conclusión.* — Para aliviar los dolores más intensos en cualquier período del parto, se administrará una inyección de morfina, pantopón o el combinado morfina-escopolamina, especialmente cuando en una dilatación agotadora es preciso proporcionar a la parturienta un espacio de reposo y tranquilidad o en el período de expulsión, obteniéndose en este último caso una mayor eficacia en la acción de la prensa abdominal, no retenida por la cuantía del dolor.

He aquí otra conclusión nueva, formada por materiales bien antiguos. Todos los tocólogos hemos utilizado inyecciones calmantes; pero pocas veces para disminuir el dolor, hacia el que hemos tenido el más soberano ol-

vido. Hubo de ser una reina para que el comadrón se fijara en él y le administrase algunas gotas de-cloroformo con ánimo de mitigarlo.

Dice Sellheim, a este propósito, lo siguiente: El médico es llamado. En una habitación está un hombre en la cama con un ataque de cólico hepático. En el acto, se le administra una inyección de morfina y queda libre de sus dolores. En la habitación del lado se queja amargamente su mujer bajo la acción de los dolores del parto. Sufre seguramente más que el hombre, y el médico nada hace, ni tan sólo piensa en disminuir la fuerza y energía del dolor hasta hacerlos compatible con las posibilidades físicas de la parturienta.

¿Por qué hasta ahora hemos j tenido tanta crueldad para las puérparas? Por la razón de que el calmante más insignificante puede detener el curso del parto. Un cuarto de centigramo de dilaudid, administrado en forma de supositorio, basta, en caso, para lograrlo. Hoy, con el conocimiento más completo de la acción de los preparados hipofisarios, podemos lanzarnos a ser más piadosos, más humanos; pues si con los calmantes el parto se detiene, se puede poner nuevamente en marcha con el uso de ellos, Pocos tocólogos eran capaces de dar una inyección de morfina en el período de expulsión por miedo a detener la salida fetal; hoy

sabemos que si aminoramos la energía del dolor, la prensa abdominal ejerce una acción más eficaz.

Con las inyecciones calmantes hay que ser muy prudentes, no pasando de tres las que se administren en el curso de un parto.

Ojalá llegue pronto el día en que se pueda alejar del todo el dolor en el parto; pero por ahora, con los procedimientos actuales destinados a tal fin, si bien en general no ocurren grandes cosas, se juega con fuego, según expresión del mismo Sellheim, y no son propios para ser usados en la práctica privada. El estado de excitación que provocan con sobrada frecuencia en la parturienta y una mayor mortalidad fetal, son los obstáculos principales, debiéndonos contentar, hoy por hoy, en la práctica domiciliaria, con obtener una hipopostesia, sin que con ello peligren la vida de la parturienta ni la del feto, y sin alterarse la función parto, y sin necesidad, en un momento determinado, una intervención pronta o rápida, como ocurre con el sueño crepuscular.

^ *Conclusión.* —Para el momento dolorosísimo de la expulsión cefálica servirán a la perfección unas inhalaciones de cloruro de etilo, auxiliadas, tal vez, con la continuación de pequeñas cantidades de éter.

En el período de expulsión, existiendo ya la posibilidad' de

terminar el parto en el momento que se quiera, bien con el fórceps o con la maniobra más modesta de Kegelkugel de Liepmann, la tocología despliega todo su valor hasta llegar a proponer la anestesia general. Sabida es también la tolerancia de las parturientas para los anestésicos.

Si la asistencia del tocólogo en estos momentos Liega a ser tan eficaz, es por poder terminar sin grandes peligros el parto, cuando convenga, pues no hay razón de peso para oponerse a tal criterio, siempre que se tenga a mano un anestesiador medianamente educado. El *partus-narkosis*, que así se llama a tal conducta, es aceptado por muchos.

La anestesia general, aun practicada con éter, puede detener el parto en el preciso momento de la salida fetal, y para orillar tal contratiempo ha debido resucitarse la expresión de Kristeller, casi olvidada por las molestias que provocaba en la enferma en estado de vigilia.

La maniobra de Kugelkegel, modestísima, es digna de ser tenida en cuenta y practicada más a menudo, pues, en muchas ocasiones se puede provocar la rotación de la cabeza mal situada sin acudir al peligroso fórceps de Kjelland o evitando tracciones excesivas con el fórceps corriente. Hace ya algún tiempo, llamados por el doctor Puig y Sais para asistir a una parturienta cuyo feto se ofrecía en presenta-

ción de cara M. P., al introducir la mano para hacer una versión, tuve la idea de coger la cabeza fetal con la mano y practicar, sin conocerla, dicha maniobra que convirtió una presentación tan mala, en una M. A. con una rápida terminación del parto, saliendo el feto vivo. La mano es, a veces, un gran medio de rotación, cuando uno actúa con ella, y tocólogos ilustres sólo aceptan a ella para tales menesteres, afirmando que todo fórceps, sea el que fuere, es instrumento de tracción y no de rotación.

Sin acudir a la anestesia general, en el período de expulsión es práctico el conocido proceder del cloroformo a la reina. Con él se puede obtener un período de expulsión bastante tranquilo, hasta en mujeres que en partos anteriores habían sufrido grandemente, cabiendo siempre el recurso de forzar la anestesia, pasando de la llamada *rauch-anestesia* por los alemanes o *anestesia du debut* de los franceses a la completa. En la anestesia a la reina puede utilizarse también el éter o la mezcla de Limbrecht; pero los mejores resultados los he visto yo con el cloroformo.

Las combinaciones propuestas para abolir o aminorar el dolor en el período de expulsión son muchas y sería sobrado enojoso ocuparse de todas ellas. Citaremos únicamente una de ellas, por ser la última, propuesta por el

propio Sellheim, consistente en una posición hecha con pantopón y eseopolamina a la mitad de la dosis usual, que se administra por la vía bucal media hora o tres cuartos antes del momento en que se cree terminará el parto. Se ha hecho de tal fórmula un específico, llamado Skopan, y se citan buenos resultados.

4* Conclusión.—Cuando se tema que el parto no terminará sin desgarrarse el periné, se practicará la episiotomía como acto previo a la expresión externa y a la satura exacta de los tejidos desgarrados.

Tal práctica es muy de uso corriente; no falta, empero, quien no teme que sobrevenga un desgarramiento de periné en la expulsión fetal y dice que su sutura queda estéticamente mejor que la practicada después de la episiotomía. En efecto, salvo en los casos de desgarramiento en los que se producen verdaderos arrancamientos de tejido muscular, que precisa regularizar con la tijera, quedando la cicatriz por déficit de tejido, algo irregular, en los demás la cicatriz queda tan perfecta, que en la mayoría parece inexistente. En cambio, al suturar una episiotomía, quedan como secuelas pequeñas hendiduras que, si bien desde el punto de vista funcional no tienen importancia, el resultado no es tan perfecto. Ello no ha de ser obstáculo para practicarla cuando la resistencia perineal dificulte el parto.

Muchos son, a más de los citados, los progresos realizados en la práctica de la asistencia obstétrica, como, por ejemplo, los conseguidos para evitar el tacto vaginal al reconocer la marcha del partí; pero de la mayoría ya me he ocupado en otras comunicaciones y el tiempo de que puedo disponer es sobrado breve.

En resumen, un más preciso apoyo de la asistencia a un parto sobre las bases indestructibles de la asepsia y antisepsia, un mayor conocimiento de la acción entóxica de la quinina y de los preparados de hipófisis y un menor temor en el uso de los anestésicos y calmantes, han producido un adelanto digno de ser parangonado a inventos más espectaculares, si se quiere; pero no de tanto valor práctico.

Otro punto de gran resonancia actualmente en la ciencia obstétrica está constituido por la práctica de la *operación cesárea*.

Un artículo de Max Hirsch y otro de Doerfler han puesto tal cuestión en un punto candente. El primero asegura que, a pesar de los adelantos de los cincuenta años, la mortalidad materna y fetal han disminuido en bien poco y la causa de tan pobre resultado debe buscarse en el olvido en que muchas veces se tiene a la operación cesárea, que puede resolverse con menos tiempo y más eficacia a muchas intervenciones por vía vaginal.

Doerfler contribuyó también

al crédito de la operación cesárea, al unirse al criterio de Hirsch y presentar sus extraordinarias estadísticas, llamadas por W ínter *parade-leistungen*, o ser. Estadísticas de propaganda o, mejor aún, *muestras de alarde*. La afirmación más importante de Doerfler es que si en el momento de la intervención el feto vive, fatalmente debe nacer vivo también, pues no hay ninguna razón para que así no sea, dada la escasa cantidad de tiempo que media entre el comenzar la operación y la salida al exterior del feto. En comprobación de ello, presenta una estadística de 411 casos de operación cesárea por él practicada sin una muerte fetal.

Realmente, con la operación cesárea se garantiza en mucho la vida fetal, aunque sin llegar al 0 por 100 de Doerfler, resultado que sólo se puede obtener con una rara habilidad o con una serie feliz.

Estadística de mortalidad fetal

Con la Por vía cesárea vaginal

| | | |
|----------------|-------|--------|
| Eduardo Martín | 0.7% | 4.0% |
| . Krul enberg. | 3.8 „ | 11.9 „ |
| Fraenkel . . . | 3.8 „ | 10.1 „ |

Dejando de lado las estadísticas de los maestros, se puede decir que la mortalidad fetal en la operación cesárea, tomando por base las estadísticas en su

Conjunto, es de 5 por 100, según **Winter**.

La conmoción científica producida por los trabajos de Kirsch y Doerfler no fue debida a otro **hecho** sino a la oportunidad. Todo el mundo estaba convencido de que la técnica de la operación cesárea había progresado enormemente; pero faltaba un motivo para que los tocólogos se lanzaran decididamente a su uso.

Véanse, para apreciar los adelantos en la cesárea, la siguiente estadística debida a Stark:

Del año 1891-95 la mortalidad materna era de 42.3 por 100 y la fetal 23.1 por 100; del año 1921-25 bajó la mortalidad materna a un 6.8 por 100 y la fetal a 5.8 por 100.

Y para que se pueda juzgar la importancia de la trayectoria recorrida señalaremos los siguientes datos: en el comienzo del siglo actual, en la quinta edición de la obra de Olshausen-Veit, se señalan para la operación cesárea las tres únicas indicaciones de estrechez pelviana, tumores abdominales obturantes y la eclampsia, cuando está cerrado el orificio del cuello. Este número se ha elevado hoy a 63 distintas indicaciones, casi tantas como el número de contratiempos que pueden surgir en el curso de un parto.

El uso y aun el abuso de la operación cesárea son fácilmente comprensibles. Con ella se elimina toda complicación que se

oponga a la marcha del parto y en bien poco tiempo. En algo más de media hora se termina una distocia que *por vías naturales* podría durar muchas horas. Es una operación espectacular, no **difícil**, habiéndola realizado en casos de apuro, y con éxito, médicos no cirujanos.

Es, por tanto, una operación propicia al abuso, siendo las causas principales de su práctica indebida la impaciencia del tocólogo y la impresión que causa al público, bien diferente de la que ocasionan las modestas operaciones vaginales. Entre las estadísticas de operaciones cesáreas en" Alemania, se cuentan 2.250 practicadas por estrecheces pelvianas durante el año de 1928, número incomprensible si no se admite la mala conformación de casi todas las mujeres alemanas, pues no se trata solamente de 2.250 parturientas con pelvis anormal; hay que aceptar también que la deformación merecía la práctica de una operación cesárea.

Hay además, una condición favorable al abuso y es su relativa fácil ejecución al alcance de cualquier cirujano. En el año citado y en el mismo país fueron ejecutadas 646 operaciones cesáreas en las *Krankenhaus*, sin intervención de un especialista.

Permitidme que señale sus indicaciones. Estas pueden ser: 1°, absolutas y relativas; 2°, mater-

nales, fetales y maternofetales; 3°, precoces y tardías.

Indicaciones absolutas.— V, pelvis menores de 6 cm., pues en tales casos la extracción de un feto reducido de volumen ofrece grandes peligros, aun en manos muy hábiles; 2°, defectos del tramo genital inferior, que impidan la salida de un feto aún reducido en su volumen; 3°, tumores que obren igual.

Indicaciones precoces.— Cuando el tocólogo comprende enseguida que el terminar el parto por *vías naturales* no es posible de un modo seguro. Martins las llama profilácticas. Entre ellas están las enfermedades y alteraciones vulvares, la tuberculosis pulmonar, enfermedades internas, del corazón. En tales casos, es cuando los tocólogos indebidamente aplazan la intervención, con evidente perjuicio para madre e hijo. La intervención ha de ser pronta, así que el feto ofrezca condiciones de vida, sin aguardar que el parto comience, mejorándose así el pronóstico. Véase, por ejemplo, una estadística inglesa muy numerosa y elocuente: en 1.202 casos en los que no se había iniciado el parto, la cesárea dio un 1.6 por 100 de mortalidad, después de iniciarse un 1.8 por 100 y al practicarse tardíamente un 10 por 100. Morrison estima que la mortalidad crece en un 1 por 100 por cada hora que transcurre. Lo dicho es una apreciación general, pues en

casos graves de enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, la situación es mucho más amenazadora y una intervención tardía ocasiona, en general, la muerte de madre y feto.

Indicaciones maternas.— Entre ellas hay la de la pelvis estrecha, enfermedades graves del corazón, riñones, eclampsia. En estos casos la vida fetal cuenta poco, dice Winter; la operación está destinada a la madre. Si sale el feto vivo debe ser estimado como una suerte.

Lo dicho por Winter está dentro de los cánones de la moral más estricta; pero creemos que si estamos frente a una parturienta casi agónica y el *feto vive*, el intentar salvar la existencia de éste por medio de una cesárea no puede considerarse siempre como un acto inmoral. Todo depende de las circunstancias que rodeen el caso.

Citaremos dos casos: En uno fui llamado en junta para visitar a una parturienta, que estaba ya fuera de cuenta y en estado gravísimo. El practicar una operación cesárea era seguramente anticipar la muerte, y aunque el feto vivía y podía salvarse con una operación, desistí de realizarla» porque no tenemos derecho a atacar a sabiendas la vida de un ser para salvar a otro, y puse en práctica una medicación enérgica cardiotónica, que no dio resultado, pues madre e hijo murieron. En otro caso se

trataba de una enferma joven, robusta, que estando en un cine sintió fuertes mareos y se retiró a su casa, y al llegar a ella tuvo un fuerte ataque de eclampsia que fue seguido por otros, perdiendo el conocimiento, que no volvió a recuperar. Llamado en junta, que tuve con el doctor Borina, médico de cabecera, propusimos y ejecuté una operación cesárea doce horas después de haberse iniciado los **ataques**, salvando la vida del feto y muriendo la madre al tercer día.

En el primer caso podía esperarse que, merced a un tratamiento digitalítico enérgico podía la enferma mejorar; en el segundo, después de doce horas de tratamiento valiente continuaba la enferma cada vez peor y su única salvación estaba en eliminar el foco de intoxicación constituido por la placenta. Y, en efecto, después de la intervención el estado renal mejoró notablemente, orinando ampliamente, desapareciendo los ataques y casi la albúmina. Desgraciadamente, había en la enferma otras alteraciones, no diagnos¹ le produjeron la muerte.

Yo creo que en estos casos debe sustentarse el criterio igual que en el aborto provocado, prohibido en casos de vómitos incoercibles y aceptado en el embarazo extra-uterino, pues en este último caso no se ataca al feto para salvar a una mujer; se ataca una placenta, como en mi

caso, que pone una vida, la de la madre, en peligro, con la variante de que en la intervención por embarazo extrauterino se mata el feto y en los casos como el mío se le salva casi siempre.

Estas indicaciones siempre, desde el punto de vista moral, serán objeto de controversia. **Winter** lo soluciona diciendo que la operación sólo debe ir dirigida a la salvación de la vida de la madre: pero es bien difícil precisar en qué casos es posible y en cuáles la intervención precipitará el final. En lesiones graves cardíacas, pulmonares y renales, la muerte será casi siempre el resultado último, tanto si se interviene como no, sobre todo si la intervención es tardía.

Indicaciones fetales.— Entre ellas se citan la muerte habitual del feto, los fetos gigantes, prolapso del cordón y la asfixia intrauterina. Algunos señalan los casos en que la parturienta tiene deseos vehementes de tener un lujo y una intervención vaginal no ofrece bastantes seguridades.

Indicaciones materno-fetales.— Estrecheces pelvianas, placenta previa, presentaciones defectuosas e impedimento por parte (h los tejidos blandos.

Dos indicaciones merecen una mención especial, y son las referentes a la eclampsia y a la placenta previa.

En casos de eclampsia muy graves, la práctica de la operación cesárea no da mejores re-

sultados que los otros procederes.

Véanse las siguientes estadísticas:

Terapéutica activa

| | |
|---------------------|---------|
| Stokel..... | 8.4% |
| V. Peham | 12.5 „ |
| Kermauner . . . , . | 15.0 „ |
| Baumgart..... | ! 8.0 „ |

Terapéutica oportunista le la línea media

| | |
|-----------------------|--------|
| Hammerschlog | 8.2% |
| V. Franqué | 11.0 „ |
| Essen Moeller | 20.0 „ |
| Poten | 20.0 „ |

Si la práctica de la operación cesárea ha sufrido algún retroceso en la eclampsia, cada día se usa más en la placenta previa, medio propuesto por Kroenig y Sellheim en 1908. Su ventaja está en la rapidez con que se termina el parto, economizando sangre y con menos peligro de infección. Debe, sin embargo, abandonarse si el feto o la madre no están en buenas condiciones.

Las condiciones óptimas para practicar la cesárea son cuando no se han hecho tactos ni al final del embarazo, ni durante el parto, ni éste se ha iniciado y la bolsa está íntegra. La expulsión del tapón mucoso aun con integridad de la bolsa de las aguas abre la vía vaginouterina, permitiendo que los gérmenes lleguen a la

parte superior del hocico de tenca, hecho que debe tenerse muy en cuenta para el pronóstico.

La fiebre es una contraindicación, en la misma cesárea cervical intraperitoneal. Dorfler ha obtenido en 9 casos con fiebre y 7 después de intentos de fórceps o versión una mortalidad nula. La causa de semejante resultado debe buscarse en su proceder: eventración del útero, aislamiento minucioso de éste con compresas de la cavidad abdominal, evitando que el contenido uterino se desparrame en ella, y, finalmente, después de una rápida limpieza de la herida uterina, cubre a ésta con una triple sutura peritoneal.

En resumen: la operación cesárea, en su modalidad cérvico-intraperitoneal ha invadido de tal manera la práctica obstétrica que dudamos que cualquier tocólogo no haya practicado más cesáreas, que el más ilustre de años atrás. La rapidez, el solucionar los más complicados casos tocólogos, que de otro modo exigen horas y horas de asistencia cuidadosa y su poca mortalidad., materno-fetal la hacen una intervención obstétrica de primer orden. En su bondad está el peligro, por los abusos que se cometen. Con la etiqueta de estrechez pelviana u otra cualquiera se lanza a una parturienta y a su hijo a las contingencias de una intervención ciertamente brillante y espectacular; pero aún so-

do peligrosa para ser utilizada a diario en toda ocasión.

Si Sellheim ha dicho: *más piedad en la asistencia de los partos*, debemos añadir también y

más cordura y un poco más de ética.

No sé si lo dicho por mí ha podido interesaros; pero creed que en ello he puesto toda mi buena voluntad.

Nuevas experiencias demostrativas de la curación de la difteria en el cobayo por la Haptinogenina [Méndez], y comparación con la obtenida por el suero antidiftérico.

Después del trabajo experimental publicado con Gret (1), sobre este tema y por el cual llegamos a comprobar en el terreno experimental lo que la clínica ha demostrado desde ya largo tiempo en el tratamiento de la difteria en el hombre por la Haptinogenina, hemos querido, por el presente trabajo, analizar aquellos resultados para demostrar de nuevo la exactitud de sus conclusiones.

En el análisis de los procedimientos empleados hemos examinado en primer lugar si era exacto que las propiedades y evolución patógena del cultivo in-

yectado para, enfermar al animal podrían ser comparados a lo que se desarrolla en el hombre enfermo.

En segundo lugar, si la aplicación, en dosificación, concentración y oportunidad de tiempo de la Haptinogenina curativa, influencia la marcha hacia la curación.

El cuanto a la preferencia que damos al cultivo sobre la toxina, es porque en el hombre presa del contagio, no es la toxina el primer agente, sino el germen que se desarrolla en el sitio del contagio y por su peptización elabora los productos que se encuentran en el cultivo "in vitro", que se ha denominado toxina.

La inoculación de cultivo al animal, a más de ser análoga a la infección por contagio en el hombre, tiene también la similitud de ser una inyección pro-

(1) Julio Méndez y Luis G. Gret.— Comprobación experimental de la acción curativa de la Haptinogenina Diftérica (Méndez). ("La Semana Médica", número 35, 1931).

greciente, y no como la de toxina pura, cuya dosis máxima, una vez inyectada, no aumenta. en ambos (animal y hombre), la puerta de entrada (el umbral), aunque no idéntica, es análoga por las alteraciones orgánicas que se realizan: inflamación local edematosa en el tejido celular en uno, en las mucosas en otros, con circunscripción lo 1 de] germen en ambos. Alteraciones en las células cromoafines, macroscópicamente apreciables en las cápsulas suprarrenales. Defectos de circulación observados en el hombre por lesiones del miocardio y en el animal por el hidrotórax doble.

El procedimiento empleado es 3] mismo que el de nuestro anterior trabajo. Empleamos CVN-vo en caldo común de pH 8.3, dt bacilos de Loeffler virulentos, re-sembrados cada 24 horas a 37% logrando mantener durante lo tres meses que han durado estas

experiencias, el mismo grado de actividad.

Todos los anima-es de un lote han sido inoculados con el mismo tiempo, en el tejido celular subcutáneo. En algunas experiencias hemos esperado la muerte de uno o dos del lote para inyectar con Haptinogenina el resto, ya gravemente enfermos y algunos casi agónicos. En otras, dejábamos sin inyectar Haptinogenina a uno o dos, para servir de testigos, e inyectábamos al resto, a las 30 horas después de la inoculación del cultivo virulento, la Haptinogenina o ti suero.

Hemos empleado el cultivo virulento en cantidades de 0.2, 0.15, 0.1, 0.05 c. c, agitando el tubo durante un cuarto de hora, a fin de homogeneizar en lo posible la suspensión, sin lograr determinar la muerte en un plazo fijo, pero sí produciéndola ciertamente entre las 32 a las 50 y

70 horas. En las **últimas experiencias** —21. y 22— **empleando** cantidades cuatro, tres y dos veces menores que en todas las demás, los animales testigos han muerto a las 70 horas, **lo** que podría significar que hemos estado usando múltiplos de la mortal. No obstante eso, las experiencias resultan aún más demostrativas para el efecto curativo de la **Haptinogenina**, y su **aplicación en** plena evolución de la enfermedad, como sucede en la práctica en el hombre, refuerza y confirma lo observado por la clínica.

Por otra parte, el procedimiento de la aplicación curativa en plena evolución patológica, obedece a dos razones:

La primera es la de ponernos a recaudo de objeciones que podrían atribuir la curación de los animales a una evolución espontánea por la acción de un cultivo poco virulento que enferma, pero que no mata, como sucede a veces. Del total de 59 animales, se han dejado como testigos 19, que han muerto todos en los respectivos lotes, lo que vendría a probar la actividad del cultivo empleado. De los 40 restantes, que han sido inyectados con Haptinogenina y suero, respectivamente han sobrevivido 15, por tiempo variable a los testigos, todos los demás salvados como veremos luego.

La segunda razón se **busca** en la teoría biológica de la **inmuni-**

dad, de Méndez, que atribuye a los **Haptinógenos** la propiedad de facilitar al organismo la **peptización** de los gérmenes patógenos, por la producción de haptinas (anticuerpos), cuyo objeto es la esterilización de ellos. Dentro de este criterio, que está muy lejos del modo de pensar clásico— que atribuye el efecto curativo del suero a la neutralización de la toxina por su antitoxina y por consiguiente la indicación de la aplicación precoz del suero en el hombre—, la aplicación de la Haptinogenina en el **hombre** como en el animal, actúa en cualquier estado de la infección por esa acción peptizante.

En el presente trabajo hemos ido disminuyendo la dosis del cultivo virulento para aproximarnos a la efectiva mínima mortal, a efecto de estandarizar sobre esa base la graduación de la Haptinogenina.

Mientras tanto, hemos usado desde largo tiempo en la terapéutica humana y en **más** de 1.500 a 2.000 casos curados, según estadísticas publicadas, una dilución de los cultivos originales, debidamente atenuados, diluidos al 10 y 5 por ciento. La base experimental de su inocuidad para el animal se comprobaba por la inyección de esos cultivos cuya opacidad al nefelómetro era diez y veinte veces mayor que la de la dilución respectiva que se emplea en el hombre.

El criterio de la aplicación curativa en el estado de gravedad de la enfermedad es puramente de orientación, para comenzar la comprobación en el límite máximo de gravedad y poner el experimento lejos de toda duda sobre el éxito medicatrix de la Haptinogenina.

El porcentaje de los salvados y de los que han sobrevivido por algún tiempo a los testigos es el siguiente: inyectados con Haptinogenina, 25; salvados. 13: 52 por ciento; prolongados, 10: 40 por ciento; y 2 muertos un momento después de la inyección.

El resultado es, pues, sumamente satisfactorio, a pesar de emplear cantidades de cultivo virulento múltiples de la mínima mortal.

Para comparar estos resultados con los de la medicación clásica y universal de la difteria por el suero antidiftérico, hemos verificado concomitantemente experiencias con éste. Las columnas sexta y séptima lo demuestran.

En una primera serie de experiencias, protocolos 1 y 4, cuya publicación suprimimos inyectábamos el suero subcutáneo conforme al plan trazado para la Haptinogenina, pero la autopsia de los animales muertos al mismo tiempo que los testigos nos demostró que el suero no se reabsorbía, viniendo a confirmar

así lo ya bien sabido de que la absorción del suero antidiftérico en el tejido celular subcutáneo es muy retardada. Lo contrario de lo observado con la Haptinogenina, tanto en el hombre enfermo, cuyos efectos se hacen apreciables a las tres horas de la inyección, y en el animal casi instantáneamente.

Las sucesivas aplicaciones del suero fueron hechas intracardíacas. Las hemos dosado en cantidad de 1.500 a 3.030 u. para chanchitos de 300 gramos de peso, lo que representa en el hombre de 14 kilos de peso un valor de 140.000 a 230.000 u. por una sola inyección.

Como resultado se tiene que han recibido suero, 15 animales; salvados, 6: 40 por ciento; prolongados, 5: 33 por ciento. Concomitantes 2 y 2 antes que los testigos, que no se deben tener en cuenta, atribuyéndose más bien al pequeño traumatismo de la operación.

El suero empleado es el producido por el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, con un contenido de mil unidades por centímetro cúbico.

A pesar de las enormes dosis y de la aplicación intracardíaca, el porcentaje de salvados presenta un saldo de 12 por ciento más en favor de la Haptinogenina.