

## 4<sup>ème</sup> Congrès de la Presse Médicale Latine

(Venise: 29 Septembre —  
3 Octobre 1936)

Nous rappelons à nos lecteurs que le 4<sup>e</sup> Congrès de la Presse Médicale Latine aura lieu à Venise, du *mardi 29 Septembre au samedi 3 Octobre 1936*, sous le haut patronage de S. E. Monsieur le Ministre de l'Éducation Nationale d'Italie et sous la présidence de Sénateur Professeur D. GIORDANO.

Le Comité de Patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le Prince FERDINAND de SAVOIE, Duc de Genes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la Province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent 3 questions:

1<sup>o</sup>—*Histoire de la Presse Médicale dans les Pays Latins.*—  
Rapporteurs: Prof. TRICOT-TOYER (Louvain), Dr. E. NOGUERA (Madrid), Prof. LAIGNEL-LAVASTINE et LEVT-VALENSI (Parte), Prof. RODOPOULOS (Athènes), Prof. PAZZINI (Rome), Prof. DA SILVA CARVALHO (Lisbonne), Prof. V. BOLOGA (Cluj.)

2<sup>o</sup>—Influence sociale de la Pres-

*se Médicale.*—Rapporteurs: Prof. A. LE SAGE (Montréal), Dr. T. OLIARO (Turin), Dr. J. B. PEREIRA (Rio de Janeiro).  
3<sup>o</sup>—*L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays latins.* —Rapporteurs: Prof. HARTMANN (Paris), Prof. PÉREZ (Rome), Prof. DANIELOPOLU et PAVEL

(Bucarest), X. .. (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera: — des conférences des Prof. Maurice LOEPER (de Paris), Nicolás PENDE (de Rome), A. CASTIGLIONI (de Padoue); — une excursion aux lacs de la 'Lagune de Venise, offerte par la Municipalidad de Venise; — un concert de la "Banda Ciudadina" sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile; — une visite de l'Hôpital marin, au Lido;

— une excursion de 2 jours en autocars à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre de 1915-1918;

—une réception offerte par le Président du Congrès a l'Hotel Danieli; un banquet, etc..

Tous les médecin-s des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixé e a 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres *titulaires* (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique medical), et a 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres *adhérents* (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnat les Congressistes).

Le Secrétaire du Congrès est le Professeur SARAVAL, Hopital Civil á Venise.

Les adhésions peuvent lui etre adressées directment; elles peuvent l'etre également, pour les Congressistes non italiens, au

#### CONGRES INTERNATIONAL DE THERAPEUTIQUE

BERNE (Suis), 19-21, Mai 1937.

Sous les auspices de l'UNION THERAPEUTIQUE (Association Internationale) un *Congrès International de Thérapie*, préside par M. le Professeur Emil. BURGI, aura lieu a Berne du 19 au 21 Mai 1937.

Les inscriptions au Congrès sont recues par M. le Dr. GORDONOFF, Humboldtstrasse 53 a Berne, qui fournira les renseignements utiles.

Dr. L. M. FIERRA. Secrétaire General de la Fédération de la Presse Médicale Latine, "L'Hermitage," Luxeuil (Hte Saone), ou á M. Robert GARDETTE, Secrétaire Administratif de la "Fédération, 23, rué du Cherche-Midi, Paris.

## A Propósito del Tratamiento de las Quemaduras

Por el Dr. Juan JUDET, Jefe de clínica quirúrgica de la Facultad de Medicine de París

A pesar de ser las quemaduras un proceso sumamente trivial, pocas son las lesiones cuyo tratamiento sea tan discutido y tan variado.

Debates recientes, numerosos artículos, el gran número de métodos y de productos recomendados peligran despistar el práctico cuando se encuentra en presencia de un individuo que ha sufrido una quemadura. El tratamiento es urgente y el médico debe presentarse ante el enfermo con una línea de con-

ducta previamente meditada y adaptada a los diferentes tipos de lesiones que puede encontrar.

¿Cuál debe ser esta línea de conducta?

¿Qué método es el que parece ser más eficaz y más fácil de aplicar? He aquí lo que deseamos exponer en pocas palabras, según los documentos recientes y nuestras observaciones personales.

Tan sólo nos ocuparemos aquí de las quemaduras superficiales, llamadas de segundo grado, ca-

racterizadas por una flictena, cuya abertura deja el dermis al descubierto. Son en realidad las más frecuentes.

Exprofeso dejaremos de lado los eritemas simples y las quemaduras acompañadas de necrosis y escaras.

#### I.—CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS SEGÚN SU GRAVEDAD

Al comenzar el estudio del tratamiento de las quemaduras, se impone una distinción capital entre las quemaduras benignas, accidentes puramente locales, y las quemaduras graves, que van acompañadas de síntomas generales intensos, cuyo pronóstico debe ser siempre reservado.

Al ser llamados con urgencia cerca de un individuo que se ha quemado, lo primero que deberemos hacer en concepto diagnóstico es incluirlo en una u otra de estas categorías y, para ello nos fundaremos principalmente en la extensión de la quemadura.

Es clásico decir que una quemadura es grave en el adulto

cuando abarca la mitad de la superficie cutánea, y tratándose de un niño cuando afecta la tercera parte tan sólo. A decir verdad, es ello una indicación puramente esquemática, y para hacer el pronóstico y reglar el tratamiento no deberemos perder de vista algunas nociones especiales.

—Ante todo la frecuencia de quemaduras múltiples diseminadas, cuya importancia puede pasarnos desapercibida a causa de los grandes intervalos de piel normal que las separa.

Después, el hecho que, junto y limitando zonas francamente invadidas, en las que numerosas flictenas son la manifestación típica de la quemadura de segundo grado, existen zonas simplemente eritematosas y edematosas cuya importancia puede pasarnos desapercibida a primera vista, pero que en realidad forman parte de la superficie quemada y en las que las flictenas irán apareciendo durante las horas siguientes. Deberán ser muy tenidas en cuenta para apreciar la extensión real de una quemadura.

—Finalmente, no olvidaremos que la repercusión de una quemadura será muy diferente según el individuo que la sufra, recordando que las edades **extremas** son las más sensibles, que las cardiopatías y las lesiones renales agravan siempre el pronóstico.

En definitiva, será necesario, en términos generales, mostrar-nos más severos en la apreciación de la gravedad de una quemadura de lo que acostumbra hacerse, y no titubear en instituir, a la menor duda sobre su benignidad, un tratamiento general enérgico.

## II.—QUEMADURAS BENIGNAS

No insistiremos en ellas **por** ser su tratamiento muy sencillo.

A poco de ocurrido el accidente, todos los autores están de acuerdo en la necesidad de practicar una *desinfección cuidada* de la región quemada y de la piel próxima: los colgajos de piel quemada serán cortados con tijera, las flictenas abiertas asépticamente. Un abundante lavado con suero fisiológico templado resultará muy eficaz y con el mínimum de dolor para el enfermo. Deberemos después secar cuidadosamente y, al ser posible, con aire caliente.

Realizada esta limpieza y desinfección, ¿qué producto aplicar sobre la quemadura?

Sumamente numerosos son los recomendados, hablando de cada **uno de ellos** sus partidarios con gran entusiasmo, e insistiendo todos en la rapidez de

las cicatrizaciones obtenidas y de su calidad.

Quiere ello decir que muchas sustancias dan buenos resultados en estos casos.

*Los cuerpos grasos* (pomada, tal graso, etc.) impiden la adhesión dolorosa del aposito, pero carecen de valor absorbente. Su asociación con la vitamina D parece activar mucho su acción cicatrizante.

Empleando *la ambarina y las parafinas resinosas* (según el método de Barthe de Sandford y sus derivados) las curas no necesitan ser muy frecuentes, lo cual no deja de ser una gran ventaja. En efecto, las curas son dolorosas y el aposito permanece muchas veces adherido, haciendo sangrar la herida y arrancando la capa frágil de las células epidérmicas de reparación, por otra parte, las parafinas forman a veces una costra gruesa, por debajo de la cual pueden desarrollarse la infección y acumularse serosidad y pus.

De aquí que en las quemaduras benignas consideremos el método de Quenu y Kuss, expuesto de un modo muy claro y preciso en la tesis de Valade, como el que debe ser preferido.

Inmediatamente después de practicada la desinfección, aplicaremos en toda la superficie quemada, una hoja de tarlatana empapada en aceite de lino esterilizado, a la que previamente habremos practicado unas pequeñas aberturas. El aposito será después completado con compresas empapadas en suero fisiológico, que podrá ser

cambiado a diario sin producir dolor, pues carece del inconveniente del aposito graso por ser absorbente.

*La aplicación de mercurocromo*, método reciente, aun en estudio, parece ejercer una acción notable sobre la evolución de las quemaduras.

Finalmente, desde hace algunos años, con la curtiación se han obtenido muy buenos resultados. De ella hablaremos más extensamente al estudiar las quemaduras graves.

### III.—QUEMADURAS GRAVES

El caso es aquí completamente diferente.

No se trata ya de estudiar las modalidades de cicatrización de una herida limitada; de activar la evolución mediante filigranas de cura y tópicos variados.

Los individuos con extensas quemaduras están en estado de shock, su pulso es muy pequeño, sienten dolores atroces, les amenazan accidentes tóxicos, su vida corre peligro.

Hay que obrar de un modo rápido y metódico.

Practicaremos inmediatamente, *dos inyecciones*: una de aceite alcanforado, para combatir el estado de shock, y otra de morfina para atenuar los dolores, calmar la agitación y permitir proceder con toda calma al tiempo capital de la desinfección.

Esta deberá ser practicada con mucha suavidad, pero de un modo completo.

El empleo de la morfina permite evitar la anestesia general, recomendada por algunos autores.

Cual en una verdadera intervención, usaremos guantes y aislaremos el campo operatorio con puños esterilizados.

La temperatura de la habitación será elevada. Durante los días siguientes procuraremos por todos los medios posibles evitar que el herido se enfríe (botellas de agua caliente, esterilla eléctrica, etc.).

Después excindiremos con las tijeras los tegumentos esfautados, jabonaremos cuidadosamente la región y los tejidos intac-

tos inmediatos, y, finalmente, practicaremos la curtición.

*Esta modalidad de cura*, practicada primeramente en América, en 1925, merece ser calurosamente aconsejada. Sus principales ventajas son las siguientes:

El tanino, formando con los albuminoides puestos en libertad al nivel de la superficie quemada, un compuesto insoluble, impide la reabsorción, que es causa de la toxemia de la que dependen la mayor parte de los accidentes generales mortales.

Además, una curtición bien efectuada aguanta 8 a 10 días, por lo menos, de donde la inutilidad de renovar las curas, lo cual tiene para el enfermo una enorme ventaja.

Daremos la preferencia a una *solución de tanino al 25 %*.

Como que esta solución no tarda en oxidarse, deberá ser preparada en el acto.

A esta solución, preparada como hemos dicho, en el acto, (25 gramos de tanino por litro de agua esterilizada), será conveniente añadir 10 grs. de bicarbonato de sosa para neutralizar y 0'25 gr. de oxicianuro de mercurio, antiséptico no tóxico que sirve para esterilizar el tanino (Wolbringer).

En definitiva, solución fácil de preparar, si se tiene la precaución de disponer de algunos paquetes dosificados de tanino.

*La pulverización* sobre las porciones quemadas es sumamente sencilla. A este objeto de curtición muchos objetan la pretendida dificultad de este tiempo esencial. En realidad, nada

tan fácil: un insuflador de termocauterío, un pulverizador corriente, y, a falta de cosa mejor, una jeringa de punta muy fina bastan para obtener una proyección suficiente.

Si el aparato importa poco, es, en cambio, esencial efectuar bien la curtición. Precisan 6 a 12 pulverizaciones sucesivas, con algunos minutos de intervalo, para obtener la coloración parda y la costra delgada y flexible reveladora de que la curtición ha sido efectuada correctamente.

Se pondrá un sencillo aposito constituido por algunas compresas sostenidas por una venda o simplemente algunas servilletas esterilizadas y se dejará la cura aplicada durante 8 o 9 días.

El tratamiento general tiene una gran importancia. Va esencialmente dirigido contra la toxemia, que es la principal causa de muerte en las quemaduras graves. Es urgente practicar.

Consiste ante todo en inyecciones intravenosas de cloruro sódico: 20 cc. de solución de cloruro sódico hipertónico al 10 o 15 %, que serán introducidos con suma lentitud en la vena, tres o cuatro veces al día, durante los cuatro primeros días, y una o dos veces durante los tres o cuatro días siguientes. No suspenderemos la reacloruración antes de tiempo para no exponernos a que la cantidad de orina vaya disminuyendo y la lengua se ponga seca, es decir, se presente la uremia.

Los efectos de este tratamiento son notables.

Curtición e inyecciones intravenosas de cloruro sódico constituyen la base del tratamiento

de las quemaduras graves. Han conseguido disminuir la mortalidad inmediata debida a la toxemia, y muchos enfermos, así tratados, han podido franquear la fase crítica de los cuatro primeros días.

Además de estos dos elementos principales, no descuidaremos el tratamiento coadyuvante : digitalina, bebidas abundantes, alcanfor.

La transfusión de sangre a pequeñas dosis, puede tener un cierto interés.

#### IV.—QUEMADURAS INFECTADAS

Sumamente frecuentes antes, sin por ello ser excepcionales hoy, es relativamente frecuente ver un individuo que ha sufrido una quemadura, venir a consulta por una supuración más o menos antigua.

Apelaremos a los antisépticos: Dakin, agua oxigenada. La pa-

pilla láctica da también buenos resultados.

Vigilaremos el corazón, el hígado, los riñones, porque en estos enfermos pueden presentarse complicaciones tardías, cuyo pronóstico es siempre grave. EN DEFINITIVA

Sin tener la pretensión de recomendar un método exclusivo, y puesto que se impone una elección entre todos los que han sido recomendados}, podremos aplicar:

1°—En las quemaduras benignas:

El procedimiento de Quenu y Kuss, o la curtición.

2°—En las quemaduras graves:

La curtición y la inyección intravenosa de una solución de cloruro sódico hipertónico para combatir la toxemia y mejorar el pronóstico tan a menudo grave de estas lesiones. —*De Clinique et Laboratoire.*—

## Hernia estrangulada y Trombosis Mesentérica

El lunes 27 de abril (1936), se presentó a mi despacho en el Dispensario "Los Planes," como a las 8 de la mañana, el individuo C. Alemán, de 30 años de edad, originario de Cedros y operario actualmente en la finca "Nerones." Hacía seis días que le había principiado un fuerte dolor en la región inguinal izquierda acompañado de basca, timpanismo y falta absoluta de evacuación fecal.

Examen Clínico: Al practicar el examen del enfermo me encontré con una tumefacción co-

mo del tamaño de un huevo da gallina sobre la línea inguinal aproximadamente en la parte media; refería el enfermo que esa tumefacción le apareció desde hacía seis meses a consecuencia de un esfuerzo cargando fruta, pero que des-J pues del dolor del primer día no Le había vuelto a molestar ni aumentaba ni disminuía de tamaño y que hace seis días a consecuencia de otro esfuerzo le había vuelto a aparecer el dolor ya en forma continua y progresiva con los síntomas anterior-

mente referidos. Quise hacer la reducción de la tumefacción y fue completamente imposible, presentando reacción inflamatoria y adherencia a la piel, a la percusión tenía sonido mate. El examen abdominal daba timpanismo no muy marcado pero sin fibrilación superficial, síntoma inequívoco de reacción peritoneal. Al examen general, presentaba temperatura de 38 grados y facies de intoxicación orgánica.

Diagnóstico: el cuadro anterior, como es fácil notar, no presentaba los síntomas clásicos completos de una lesión definida y desde luego se prestaba para hacer diagnósticos reservados, ya que la tumefacción databa de seis meses y los síntomas abdominales eran, se puede decir, hemi-clásicos; hechos que se comprobaron en la operación al descubrir que la luz del intestino no estaba completamente cerrada y los gases tenían curso por una tercera parte del calibre entérico y eso permitió al enfermo soportar su lesión durante seis días, durante los cuales, como es práctica casera, se le dieron purgantes, lavados rectales, masajes y otra variedad de tratamientos que hace la curandería popular, los que sirven únicamente para agravar los males y poner al enfermo en un estado de muerte inminente.

Tratamiento: En vista del cuadro anterior el tratamiento que se imponía era el operatorio, ya que el incruento no se debía ni intentar, debido a las se-

guras adherencias irrompibles que el intestino y la parietal peritoneal tendrían con los tejidos circunvecinos en tanto tiempo de haberse insinuado la vícera, formando la tumoración a que antes me he referido. OPERACIÓN: Desde luego, fue dirigido el acto operatorio al foco y se practicó la incisión directamente encima de la pelota herniana; se separó el saco peritoneal y se comprobó que la calidad de la hernia era casi directa o mejor dicho "Inguinal Oblicua rectificada"; una vez separado el saco se incindió notándose inmediatamente la isquemia o asfixia del intestino delgado el que se trató primeramente de reaccionar por el suero caliente y baños de éter sin conseguirse una reacción satisfactoria durante 15 minutos, debido a ello se practicó una ampliación aun mayor del trayecto producido con la quelotomía y se redujo el intestino a la cavidad abdominal con la idea de verificar una resección que se imponía, para la cual se practicó una Laparotomía Media Sub-Umbilical. En este momento fue que se presentó la gran sorpresa y lo sombrío del pronóstico. Fueron tres los hechos que llamaban la atención: 1°—Localización de la extrangulación. Esta se encontraba en el íleon, como a 60 centímetros del Yeyuno tomando más o menos las dos terceras partes del intestino y como dije antes fue lo que permitió al enfermo soportar su mal durante seis días; desde —  
*Continuará.*—