

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

---

**DIRECTOR:**

Dr. S. Paredes F.

**REDACTORES:**

Doctor Manuel Larios

Dr. Antonio Vidal

Dr. -José R. Duron

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Doctor Gabriel K. Agilitar

Doctor Henry D. (Suilbert)

Año VI

Tegucigalpa, Hond. C A-, Julio y Agosto de 1936

No 65

---

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*Con fecha 5 de octubre de 1935 la Secretaría de Relaciones-Exteriores del Gobierno de Honduras hizo la denuncia de un tratado suscrito, con España en 1905, en el cual, entre otras cosas se incluía el intercambio de títulos profesionales. Como en 30 años de existencia tal cláusula no mostrara ningún provecho para Honduras y sí para España, en perjuicio de los profesionales hondureños, el Gobierno atinadamente resolvió dicha denuncia.*

*Nosotros, los Médicos, estamos de acuerdo con la resolución porque son muchos los españoles que han venido a incorporarse a nuestra Facultad de Medicina con el solo requisito de presentar el diploma y probar su personalidad, en goce del mencionado convenio; en cambio un solo hondureño no ha solicitado incorporación en España. Si bien podría alegarse que nadie nos impide ir allá a ejercer la profesión hay un argumento poderoso que nos fuerza a no intentarlo siquiera: la enorme congestión de profesionales que inundan aquella tierra y que pasan tan serias dificultades para ganarse la vida en una forma excesivamente modesta, contemplando un porvenir sombrío para sus mujeres e hijos.*

*Ningún prejuicio, odio, malquerencia o antipatía sentimos por los españoles, al contrario son los ciudadanos europeos que gozan del mayor aprecio y simpatía en estas regiones de la América Latina. Es simplemente un espíritu de justicia y de protección a los nacionales quien nos inclina a calificar de bondadosa la determinación del Gobierno.*

*Pero la denuncia del tratado no significa de manera alguna el cierre de las puertas de Honduras a los Médicos de España, no; a ellos como a los del mundo entero les permiten las leyes de*

nuestro país la incorporación a la Facultad -previa identificación de la persona, certificación de buena conducta y examen general sobre las materias de la profesión; satisfechos esos requisitos pueden trabajar en la República por tiempo indefinido.

*El que estas líneas escribe permaneció en España dos meses en 1933 y tuvo oportunidad de apreciar el adelanto prodigioso de la ciencia española que no desmerece ante ninguna otra del continente; la amabilidad, gentileza y simpatía que gastan con los hijos de América Latina; la belleza infinita del suelo español; el encanto de sus habitantes, derroche perpetuo de gracia y de talento; el arte legendario y original manifestado en la pintura, la música, la poesía, la arquitectura actual y la bellísima de las viejas ciudades; todo, en fin, contribuye a despertar la admiración y afecto por esa noble y caballeresca tierra de nuestros conquistadores. Tal fue la impresión de profunda y agradable que en aquel paseo corto pero intenso, tomamos la resolución de regresar a vivir unos cuantos años en el vergel ibérico que constituye la España entera... Muchos son los hondureños que gustosos suscribirían este párrafo.*

*La mente de nosotros no es de impedir o rechazar en tumulto los profesionales extranjeros sino pasarlos por el tamiz del examen para recibir a los muy buenos que vengan a enseñarnos y o servir al país con el prestigio de su saber y experiencia; y regresa\* los inferiores a nosotros que no harían sino una ruina competencia y mal servicio a los solicitantes, desacreditando así nuestra Facultad y la del Estado de donde procede.*

*Sirvan estas palabras para explicar los motivos que nos **empujan** a estar de acuerdo con la denuncia hecha por el Gobierno del tratado de 1905 suscrito con España y al mismo tiempo para testimoniar el homenaje de admiración, simpatía y afecto por el noble pueblo hispano caído ahora, por desgracia, en tan lamentable hecatombe, cuyas proyecciones en el futuro son de tan difícil pronóstico. Nuestro deseo ardiente y sincero es que de entre los torrentes de sangre que ahora inundan la Madre Patria, salga triunfante y gloriosa mostrando al mundo que la raza de los Pelayos y Guzmanes, de Santa Teresa y Cervantes, cuanto más se funde en el crisol, más brillante y más noble resplandece.*

## ABSCESO AMIBIANO DEL HÍGADO

Angela R. de 70 años, viuda, de oficios domésticos, nacida en Tegucigalpa, vecina de Danli, ingresa al I Servicio de Medicina del Hospital General el 24 de junio de 1936 por un dolor de abdomen.

**HISTORIA.**—Se queja de un dolor en el hipocondrio derecho y epigastrio, sordo al principio y más tarde agudo que se irradia al hombro correspondiente, acompañado de náuseas y vómitos biliosos, astringencia del vientre y temperatura vespertina precedida de fuerte escalofrío; estas molestias empezaron hace una semana.

Varias veces en el transcurso de un año se ha presentado este cuadro aunque no tan marcado como ahora. En los intervalos de los períodos dolorosos sólo había falta de apetito y constipación. Hay enflaquecimiento.

**ANTECEDENTES.**—En los últimos 18 meses ha sufrido repetidos ataques de disentería, tan ligeros que no merecieron cuidados médicos, con remedios caseros desaparecieron. Pocos días antes de aparecer el dolor que hoy la trae al Hospital tuvo la última manifestación disentérica.

Hay historia de repetidos accesos palúdicos.

Otra clase de antecedentes sin importancia.

**EXAMEN LOCAL.**— Abombamiento en el hipocondrio derecho y epigastrio, más notorio en la semi-flexión del muslo y decúbito lateral izquierdo. Piel enrojecida en una faja como de

4 traveses de dedo de anchura, paralela al borde costal que termina en el epigastrio.

Temperatura local, hiperestesia, dolor, defensa muscular impidiendo palpar el borde del hígado.

La percusión muestra el límite superior del hígado en el espacio intercostal sobre la línea mamilar y en el 6 sobre la axilar. El límite inferior pasa del borde costal 4 traveses del dedo y en la xifo-pubiana a 5-traveses del apéndice. La matidez se extiende al hipocondrio izquierdo borrando en parte el espacio de Traube.

**EXAMEN GENERAL.** — Mujer de pequeña talla, delgada, facies de angustia, disnea moderada, respiración costal, tinte sub-ictérico, de la piel y conjuntivas, temperatura bucal la mañana, del examen 38, la tarde 39.5 precedida de escalofrío intenso.

Esas variantes térmicas se presentan en los días subsiguientes con estado sabural del la boca.

Tensión arterial 9.5 mx., 6.5 mi

Reacción de Kahn; negativa.

Hematozario: negativo.

Glóbulos rojos: 3.120.000.

Glóbulos blancos: 17.400.

Fórmula: Polinucleares neutrófilos 90 %; linfocitos 10 %

Heces: Repetidos exámenes negativos por toda clase de parásitos intestinales.

**TRATAMIENTO.** — Bolsas de agua caliente sobre el hipocondrio, dos días después desaparece la rubicundez y se encuentra una prominencia como una me-

día naranja achatada, caliente, dolorosa, fluctuante situada en la parte super-interna de la región.

Con el diagnóstico de ABSCESO HEPÁTICO DE ORIGEN AMIBIANO se envía al I Servicio de Cirugía para la intervención el 28 de junio.

A pesar del pésimo estado general y de la avanzada edad de la enferma el mismo día y sin anestesia se abre el absceso subcostal con la mayor facilidad y sale una enorme cantidad de pus achocolatado al principio y al final, amarillo al medio, calculado como en 500 gramos. Dos árenos gruesos y una gaza.

La tarde de ese día la temperatura no pasa de 37: al siguiente 36.5; el aposito está empapado de pus; la enferma se siente mejor.

Se la hacen inyecciones diarias de 4 centigramos de Clorhidrato de Emetina con un miligramo de Sulfato de Estricnina; inyecciones de 500 gramos de suero glucosado subcutáneo y 5 c. c. de Aceite Alcanforado mañana y tarde; Adrenalina inyectada. Alimentación líquida.

A pesar del tratamiento las fuerzas iban disminuyendo hasta fallecer el 3 de julio por la noche en estado de adinamia.

No se presentó ninguna complicación peritoneal o pulmonar; el intestino funcionó regularmente. Estado mental perfecto hasta el último momento.

El examen microscópico del pus del absceso mostró gran cantidad de Amibas Histolísticas y ningún otro germen microbiano.

#### COMENTARIO

Nada de nuevo encierra el relato de este caso de Absceso amibiano del hígado en una mujer de 70 años; tanto la evolución como el final y la comprobación de la calidad amibiana ya afirmada por la clínica están enteramente de acuerdo con los conocimientos desde hace muchos lustros adquiridos. No cabe ninguna discusión respecto al diagnóstico esencial y etilógico ni sobre el tratamiento. Ellos y la patogenia están claramente demostrados desde los célebres trabajos de Kelsch y Kiener y Kartulis.

En reciente número del Journal de Chirurgie de París aparece en primer término un extenso y bien documentado estudio de Huard y Meyer May, Médicos franceses que trabajan en la Indo-China, basado sobre 175 abscesos hepáticos y que intitulan: Radio-Cirugía en los abscesos del hígado.

Con extremada frecuencia leemos en Revistas extranjeras noticias sobre tal enfermedad, de manera que nada nos sorprende sobre la materia.

El motivo de esta publicación tiene un objeto diferente: servir de pie para discutir una verdadera anomalía que pasa en Honduras: Porque en un país donde la Disentería Amibiana aguda y crónica y la Amibiasis intestinal sin Disentería abunda tanto como el Paludismo los Abscesos hepáticos son tan raros?

Uno de nosotros, es el relatado el primer caso observado en 15 años, de ejercicio

en varios Hospitales de la República. El otro en 28 años sólo ha visto 2 en varias poblaciones.

Si todos los casos de amibiásicos fueran pronta, y largamente tratados creeríamos que la destrucción completa de las amibas impedía la complicación hepática, pero es al revés, pocos son los tratados relativamente al inmenso número de infectados, aseguran algunos que el 80 % de la población está atacada, y de esos pocos la mayor parte son mal tratados por negligencia de la gente o por la excesiva pobreza. De modo que existe un motivo más para pensar que debieran ser de una alarmante frecuencia los abscesos del hígado, sucediendo justamente lo contrario.

Atribuyen los autores el apareamiento de esta complicación disintérica a los excesos de régimen alimenticio y al alcoholismo y afirman su existencia en mayor abundancia en hombres entre 20 y 40 años; raros en los niños y mujeres.

La alimentación de nuestro pueblo es escasa y de pésima calidad: frijoles, carne y maíz; el alcoholismo abunda más que la misma amibiasis; la raza es débil; mal abrigada; duerme casi al desnudo, como vive; el paludismo, la parasitosis intestinal de variedad riquísima, la gripe, la tuberculosis, la sífilis y como consecuencia de todas ellas la anemia debieran fertilizar el terreno hepático, haciendo menos resistente el desarrollo de los abscesos y no sucede así.

He observado sí y con alguna frecuencia Hepatitis amibianas clásicas leves y graves que cedieron siempre al tratamiento médico por la Emetina. Tendrían estos pacientes pequeños abscesos confundidos con la infección difusa, es probable, pero es el hecho que un cuadro típico de absceso no encontramos.

Entonces a qué atribuir la escasez de abscesos amibianos del hígado en nuestro país? Será una inmunidad creada a fuerza de tener tantas amibas y tantas otras clases de parásitos? Se citan entre los más atacados los extranjeros recién llegados a las zonas donde predomina la amiba. Será que los otros parásitos destruyen buena cantidad de amibas? O será que poseemos una resistencia natural en nuestros hígados para toda clase de abscesos, así es en verdad, a pesar de que mucho nos afanamos en destruirlo por el alcohol y malos alimentos?

Como no tenemos autoridad suficiente para dar una explicación satisfactoria, aprovechamos estos renglones para emplazar una gran interrogación a los Médicos de Honduras en el sentido de solicitar su opinión respecto al por qué del escasísimo número de abscesos amibianos presentados a pesar del inmenso porcentaje de infectados de amibas y del mesquino y casi nulo tratamiento.

*Héctor Valenzuela*

*y S. Paredes P.*

## Tratamiento de vómitos del embarazo, ligeros, graves o incoercibles

Por el Doctor R. LEVEN

En 1884, en un libro titulado *Estómago y cerebro*, Manuel Leven escribía: "Los vómitos llamados incoercibles ocupan un lugar importante en los tratados de clínica clásica. ¿Pero existen en realidad? ¿El embarazo puede producir vómitos que no sabemos curar?"

Estoy convencido que es ello un error debido a los errores mismos de la patología por todo lo que se refiere a la cuestión de las enfermedades del estómago. El día en que la mujer se hace embarazada, el plexo solar se irrita y aparece la dispepsia. La mujer pierde el apetito, o bien éste se vuelve caprichoso, desordenado; tiene antojos; siente repugnancia para la carne, sólo apetece bebidas perjudiciales para el estómago, alimentos nocivos.

El embarazo ha abierto el camino a la dispepsia; la mujer embarazada tiene calambres, vómitos acuosos. Su nueva manera de vivir, que instituye de *motu proprio*, de su propia voluntad, apoyada en la del tocólogo que cree ante todo que no debe contrariarse a la mujer embarazada y que debe dejársela seguir sus instintos, agrava todos los fenómenos dispépticos. La mujer no tardará en estar verdaderamente enferma. Si la irritación del plexo solar es intensa, no tolerará ningún alimento sólido-

Los vómitos empiezan porque el régimen es confiado al azar. Como que la mujer no se alimenta, va debilitándose y muchas veces aparece la inanición.

Pero si desde el comienzo se prescribe un régimen adecuado al plexo solar irritado, no veremos ya aparecer aquellos vómitos terribles que son denominados incoercibles y cuyo desarrollo habremos favorecido."

Después de haber citado algunas observaciones muy interesantes, Manuel Leven termina diciendo: "La conclusión que debemos sacar de todas estas observaciones es *que en realidad, no hay vómitos incoercibles; este nombre debe ser borrado de la medicina; ha sido inspirado por el error, hay que hacerlo desaparecer.*"

Creemos interesante relacionar esta última frase con la fórmula enunciada por el profesor Rudaux en el prefacio de mi libro sobre los "Vómitos de embarazo" *cincuenta años más tarde.*

Así como el profesor Pinard ha podido hacer pintar en las paredes del anfiteatro de la clínica Baudelocque esta frase que resumía una verdadera conquista obstétrica y social: "La basiotripsia en el feto vivo ha vivido," así también habría yo podido hacer poner en las paredes de la Maternidad esta otra fórmula, que es la prueba de un nuevo paso hacia adelante de la

ciencia médica: "El aborto provocado por vómitos incoercibles gravídicos debe ser borrado del cuadro de la terapéutica obstétrica."

Cincuenta años de lucha y observación, tres generaciones de médicos han sido necesarios para hacer admitir a la generalidad de los médicos y de los tocólogos una noción, tan sencilla como fecunda.

Pero lo que nos desconcierta es ver que, a pesar de nuestros esfuerzos, un cierto número de médicos y de tocólogos continúan dejando vomitar a sus enfermas con el pretexto que no existe tratamiento de los vómitos del embarazo, que un cierto número de tocólogos continúan haciendo abortar a sus enfermas en caso de vómitos graves. Los primeros incurrir en una gran responsabilidad médica, porque los vómitos ligeros son sumamente frecuentes, hacen odioso el embarazo a algunas mujeres y les hacen titubear en aceptar embarazos ulteriores. Los vómitos nunca son graves desde un principio, en contra del concepto de Metzger: *curar los vómitos al principio, es evitar siempre las formas graves*. Los otros, además de la responsabilidad médica terrible, puesto que según la reciente estadística de Fruhinsholz la mortalidad, aun en manos experimentadas, es de 21 a 28 %, incurrir también en una responsabilidad moral: la de suprimir un hijo a su madre, un individuo a la sociedad.

En 1929, G. Leven publicó un estudio en este mismo periódico

sobre el tratamiento de los vómitos del embarazo. La técnica se ha perfeccionado desde entonces y se impone hoy una revisión de los últimos perfeccionamientos. El tratamiento es muy sencillo, puesto que compañeros de provincia y extranjeros han podido aplicarlo con éxito sin haber presenciado su aplicación, por la sola lectura de nuestros trabajos anteriores; pero al mismo tiempo es delicado porque exige una precisión absoluta en sus detalles.

Para simplificar, empezaremos por recordar sucintamente las nociones indispensables que deben conocerse para la implantación del tratamiento; después lo expondremos en forma de prescripciones comentadas.

Bajo la influencia de modificaciones humorales y endocrinas propias del embarazo (acerca de las que no podemos extendernos en este trabajo), el plexo solar "cerebro abdominal" se irrita y provoca la aparición de un estado dispéptico o se acentúa una dispepsia que ya existía.

He aquí una primera forma de vómitos: *Forma dispéptica pura*.

En algunos casos la excitación de la corteza cerebral y del vago produce una sialorrea causa de la aerofagia: esta aerofagia aumenta con los espasmos gastro-esofágicos. Es una segunda forma de vómitos: *Forma dispéptica con aerofagia*.

Finalmente, la gestación provoca a veces modificaciones del tono muscular que producen una atonía gastrointestinal y la acentúa. De donde una tercera for-

ma de vómitos: *Forma dispéptica con dilatación atónica del estómago.*

Estas diversas formas pueden combinarse: la ptosis va muchas veces acompañada de aerofagia. El tratamiento varía según la forma de que se trate.

En todos los casos debe calmarse la irritación solar con el reposo en cama, el régimen alimenticio y algunas medicaciones calmantes del sistema nervioso. Pero debe sufrir algunas variantes según que la dispepsia sea simple o vaya complicada con aerofagia o dilatación atónica del estómago.

#### L—Forma dispéptica pura

1?—*Reposo en cama.* Por sí solo permite a veces contener vómitos ligeros. Es siempre indispensable y debe ser exigido durante una semana aproximadamente. El aislamiento sólo es necesario en casos excepcionales, en que la compañía de familiares resulta nociva.

29—*Régimen alimenticio.*— El régimen alimenticio figura como base de nuestra terapéutica. Durante los tres primeros días, la enferma sólo tomará líquidos, aun cuando éstos sean menos bien tolerado que los sólidos. Este reposo completo del estómago permite contener los vómitos en la mayor parte de los casos hacia el cuarto día, fecha indicada para reanudar la alimentación sólida.

*Primer día.*—1.500 grs. de un infuso, tilo o naranjo). Cada hora y media la paciente tomará una taza de de las de té (150 grs.) de este infuso caliente y

azucarado. Diez tazas cada 24 horas.

*Segundo día* — 1.500 grs. de una mezcla en partes iguales (leche 750 grs. infuso 750 grs.). Cada hora y media la paciente tomará una taza de las de té de esta mezcla, caliente y azucarada.

*Tercer día.*— 1.500 grs. de leche cada dos horas y media un tazón (250 grs.) de leche caliente y azucarada, aromatizada con vainilla, agua de azahar, caramelo o café, a voluntad de la enferma. Colutorio con agua hervida, después de cada toma, de leche.

A partir del cuarto día se reanuda la alimentación sólida:

*Desayuno.*— Leche 150 grs. y tisana 50 grs., mezcladas, algunos bizcochos.

*Almuerzo o comida.*— Huevos, pastas o legumbres, postre; o, pescado, pastas o legumbres, postre; o carne, pastas o legumbres, postre.

*Huevos.*—Uno para empezar, dos si el hambre lo reclama. Comerlos con una cucharita para fragmentarlos.

*Carne.*— 30 grs. para empezar; aumentar progresivamente sin pasar de 60 grs. Está permitido el jamón, cordero, carnero, ternera.

*Pescado.*— 50 grs. para empezar; aumentar progresivamente sin pasar de 80 grs. Pescados blancos, como lenguado, merluza, etc.

*Legumbres.*— 130 grs. al principio; aumentar progresivamente sin pasar de 180 grs. Las patatas (no fritas) están permitidas, como también los purés de guisantes, de judías, de castañas.

arroz, pastas en todas sus formas. (El peso de los alimentos se refiere a después de cocidos).

*Postre.*— 20 grs. de queso. Bizcochos, entremeses de arroz, de sémola, de tapioca, crema, flan, compotas, mermelada de manzanas, a voluntad de la enferma, que tomará uno o dos postres, según su apetito y según la cantidad que pida.

Si a la enferma le gustan las sopas con leche, esta clase de sopa podrá substituir en la cena el plato de huevo, la carne o el pescado.

*Pan.*—Prohibido, debiendo ser substituido por sequillos (dos a tres en cada comida como máximo).

*Bebida.*—Un vaso de infusión en cada comida (200 grs.) de malva, tilo o naranjo caliente.

39—*Medicaciones.*—Hasta que queden contenidos los vómitos, los medicamentos deberán ser prescritos por vía rectal o en inyecciones, para poder ser retenidos:

*Gardenal soluble, diez centigramos.*

Manteca de cacao, c. s. para un supositorio.

Dos supositorios en las 24 horas: uno por la mañana al despertar, después de vaciado el intestino, y otro 12 horas después.

O bien; *gardenal sódico (ampollas de 20 centigramos. Media ampolla, o sea 10 centigramos)* en inyección subcutánea profunda o intramuscular, por la mañana al despertar y 12 horas después.

En caso de intolerancia absoluta, añadimos, seis horas des-

pués de la inyección, una enema medicamentosa compuesta de 3 grs. de bromuro sódico en 100 grs. de agua templada.

Cuando la mejoría permite volver a la ingestión bucal, preferimos el *gardenal* en comprimidos de 5 centigramos. Medio comprimido 30 minutos antes de las tres comidas y antes de dormir, o sea 10 centigramos en total en las 24 horas. También el *bromuro sódico* en una fórmula conteniendo 29 grs. por 300 de agua destilada, de la que la enferma tomará una cucharada sopera durante el desayuno y la cena.

4"—Durante los primeros días; de alimentación líquida hemos visto que los vómitos persistían, aun cuando su frecuencia iba disminuyendo. Para reducirlos al minimum hay que explicar a la enferma que debe hacer los posibles para no vomitar, porque un vómito llama a otro vómito.

Para ayudarla en este esfuerzo será necesario, desde el comienzo del acceso nauseoso, que la enferma beba una copita de agua de Seltz (20 grs.) cada cinco minutos, dos o tres veces consecutivas como máximo. El gas carbónico del agua de Seltz calma la sensibilidad gástrica y no distiende el estómago, como lo haría la poción de Riviere.

Además, deberá mantener bajo el control de la voluntad el diafragma, músculo del vómito. Lo conseguiremos ordenando a la enferma haga una serie de expiraciones suaves y prolongadas, como si quisiera inclinar la llama de una bujía sin llegar a apagarla. Este ejercicio respi-

ratorio será repetido 5 veces consecutivas. Tiene la ventaja de mejorarla hematosi pulmonar y calmar la angustia que produce el vómito.

50—Finalmente, no olvidaremos que el estreñimiento es habitual durante la hiperemesis, que este estreñimiento es fisiológico porque permite la utilización lo más completa posible de la ingesta. Será, pues, necesario respetarlo. Casi siempre la primera deposición tiene lugar el séptimo día, fecha que indica el retorno a la normal de la diuresis y la desaparición de todos los síntomas producidos por la deshidratación y la inanición.

Transcurrido este tiempo, si la enferma no consigue evacuar, autorizaremos se ponga una enema con un vaso de agua y medio vaso de leche, para impedir la resecación de los excrementos.

#### II.—*Forma dispéptica con aerofagia*

19—*Igual régimen alimenticio.*  
—Para evitar sea tragado aire, o reducirlo al *mínimum*, la enferma tomará todos los líquidos con una paja y se le exigirá que expulse la saliva.

2°—*Igual medicaciones.* — Pero para disminuir la sialorrea podremos asociar el gardenal con una pequeña cantidad de belladona. Además, será muchas veces conveniente añadir una poción bismutada. *Carbonato de bismuto*, 10 grs.; goma arábiga, 20 grs.; agua destilada y esterilizada, 300 grs.

Tres a cinco cucharadas soperas en las 24 horas, dosis que será progresivamente disminuida.

30—Finalmente, los *ejercicios respiratorios* (bujía soplada) serán efectuados no solamente durante el acceso nauseoso, sino también de un modo regular, siguiendo un ritmo de *cinco espiraciones cada 30 minutos*, en total 20 series, al día, para movilizar el diafragma inmovilizado por la presión intraabdominal.

#### III.—*Forma dispéptica con dilatación atónica del estómago*

19—*Igual régimen alimenticio;*  
2°—*Las viismas medicaciones.*

En ella existe casi siempre una hiperestesia cutánea intensa de la región solar. En las mujeres gruesas, esta hiperestesia es aveces generalizada a to-

do el abdomen y en algunos casos va acompañada de celulitis.

Cuando la hiperestesia cutánea no cede con las medicaciones calmantes del sistema nervioso, será conveniente inyectar en la región solar 5 a 10 cc. de una solución de novocaína al 1 %, mitad en el dermis, mitad debajo de la piel, repitiendo esta inyección diariamente hasta la desaparición del dolor. Tres o cuatro inyecciones bastan en la mayor parte de los casos. En el intervalo de las inyecciones aplicaremos en la región sensible una capa de vaselina y por encima pondremos un paño y algodón. Esta noción de hiperestesia cutánea es muy importante porque la irritación periférica mantiene el vómito, que persiste hasta la desaparición de la sensibilidad superficial.

3<sup>o</sup>—Finalmente, el estómago será levantado mediante una venda de crespón de 30 centímetros de ancho (siendo constante la longitud). Este procedimiento de compresión es superior a todos los medios clásicos: a) porque la ausencia de partes rígidas permite tolerar la venda, tanto en la cama como en la posición de pie; b) porque el apoyo anterior tiene lugar por encima del pubis y no sobre el pubis, como ocurre con la mayor parte de los cinturones, que, por este hecho, ejercen, un escasa contención; c) porque el apoyo posterior queda muy bajo, descendiendo por debajo del pliegue glúteo, impidiendo el ascenso de la venda durante los movimientos; d) porque es posible variar la aplicación durante el

tratamiento, cosa completamente indispensable.

Cuando la atonía gástrica va acompañada de aerogastria y aerocolia, la venda deberá ser colocada muy abajo en el plano anterior para evitar la dificultad respiratoria que llevaría consigo la elevación de todo el abdomen. Más tarde, a medida que los gases van desapareciendo, la venda deberá ser más ancha por delante, llegando hasta cerca del ombligo. En nuestra obra sobre los *Vómitos del embarazo*, publicamos veinte esquemas sobre la manera de colocar la venda de crespón, esquemas que por falta de espacio no reproducimos aquí.

Con lo dicho damos por terminada la exposición de nuestro tratamiento de los vómitos del embarazo. Consideraremos realizado nuestro objeto si hemos conseguido hacer comprender al lector;

1<sup>o</sup>—*Que nuestro método no realiza, como muchos otros tratamientos, milagros aislados, pero da siempre buenos resultados: cuando es bien aplicado;*

2<sup>o</sup>—*Que es un método, es decir una "marcha razonada" y no una medicación que sirve para todo;*

3<sup>1o</sup>—*Que el aborto provocado; por vómitos incoercibles debe ser borrado del cuadro de la terapéutica obstétrica.*

R. LEVEN.

—De *Le Monde Medical*.—

## INCONTINENCIA DE ORINA

Es la salida involuntaria e inconsciente de la orina fuera de la vejiga por la uretra. Puede ser en masa sin que el enfermo tenga la sensación ni posibilidad de detenerla en un cierto momento del día y las otras micciones normales. Tal la incontinencia esencial de los niños. O bien las orinas salen continuamente o en ocasión de esfuerzos de risa y tos. Otros pierden la orina gota a gota.

El diagnóstico es siempre fácil. Las fistulas vesico-vaginales por los antecedentes, el examen físico, la inyección de sustancias coloreadas, el tapón vaginal quedan muy en claro. Las uretro-vaginales por la ausencia de lesiones vesicales, el control vaginal, la no salida por la vagina de sustancia coloreada, la eliminación de azul de metileno por la vagina al tomarlo el paciente, la imposibilidad de hacer penetrar al uréter un catéter la despistan.

La pérdida de orina debida a implantación anormal de un uréter en la uretra no se confundiría con la incontinencia por la presencia de micciones normales y por encontrarse a la cistoscopia un solo orificio ureteral. El examen vaginal en la mujer y la uretroscopia en el hombre confirman el diagnóstico.

Las micciones imperiosas se diferencian de la incontinencia en que son concientes, aunque involuntarias.

En el uretrocele la bolsa se vacía inconsciente e involuntaria-

mente después de la micción; se diagnostica por la tumefacción situada en el tabique uretro-vaginal inmediatamente atrás del meato. La penetración por la vía uretral a la bolsa y otra a la vejiga al mismo tiempo descartan el **cistocele** afirmando el uretrocele. La presión da lugar a salida de orina por la uretra. Una radiografía previa inyección de colargol en la bolsa resuelve la cuestión.

La incontinencia es debida a lesiones nerviosas, lesiones de las vías urinarias, insuficiencia primitiva del esfínter, incapacidad vesical, distensión vesical y sin lesión aparente: incontinencia esencial.

Incontinencia por lesiones **nerviosas**: paraplegia, hemiplejía, tabes, traumatismos de la médula, sea por parálisis de los esfínteres o parálisis de la vejiga que produce una distensión después incontinencia por rebalsamiento. En la epilepsia existe incontinencia involuntaria e inconsciente de orina por atonía pasajera del esfínter.

La incontinencia por lesiones de las vías urinarias son debidas a una insuficiencia esfinteriana primitiva o secundaria de diversos orígenes. Primitiva: consecutiva a destrucción de los esfínteres, en la mujer por la tuberculosis vesico-uretra; en el hombre estallidos de proyectiles; deformación considerable del cuello vesical que impide el cierre del esfínter como en el adenoma prostático, después de la operación se debe a bridas;

cuerpos extraños, cálculos en particular, y tumores vesicales incluidos en el cuello; en el cistócele hay incontinencia por dislocamiento de los esfínteres debido a la tracción ejercida sobre ellos; la tuberculosis renal sin lesiones vesicales por medio de un reflejo crea la hipotonía del esfínter comprobándose por la desaparición al practicarse la nefrectomía. Se explica ese reflejo por la continuación de fibras musculares en el triángulo de Lietaud y la uretra intrincándose con las fibras del cuello hecho demostrado por los cortes histológicos.

La incontinencia por incapacidad vesical es generalmente precedida por micciones imperiosas, poco a poco la vejiga fuerza las fibras del cuello por hiperpresión.

Las cistitis, en especial la tuberculosa, los tumores malignos de la vejiga, los cálculos vesicales, sobre todo en los niños.

La incontinencia por distensión vesical se debe a un adenoma peri-uretral o a un cáncer de la próstata. En el primer caso por distensión debida a retención crónica que conduce al rebalsamiento. En el segundo sigue a la retención aguda completa; la contracción vesical vence los esfínteres que se relajan y dejan pasar la orina por el pequeño conducto que deja la estrechez, la vejiga se evacúa completamente al revés del prostático, tal sucede en los estrechos de la uretra.

La incontinencia esencial se llama también infantil; consiste en una verdadera micción involuntaria e inconciente; la ori-

na se elimina con fuerza, en bloc, se hace a menudo por la noche, excepcionalmente por el día. Abandonada a su evolución cesa generalmente a los 20 años. Un examen riguroso del niño permite a veces encontrar la causa: epilepsia durante el sueño, mordidas de la lengua; hipertrofia de las amígdalas, vegetaciones adenoides, hernia inguinal, tuberculosis renal, cálculo vesical, fimosis, adherencias del clitoris, estrechez congénita de la uretra, hiperacididad de la orina, adherencias sacras a una espina bífida oculta. Cuando es perfectamente imposible establecer la causa merece el calificativo de incontinencia esencial para mientras los progresos de la ciencia la aclaran.

Ha incontinencia es uno de los síntomas más importantes y frecuentes en urología. Para el enfermo enfermedad espantosa. Para llegar a darle la verdadera significación semiológica se hará un examen minucioso del enfermo; la orina se llevará al laboratorio; especial atención ha de prestarse al examen de la uretra, vejiga, próstata y riñones como al sistema nervioso.

#### *DISURIA*

Es la dificultad que siente un individuo para orinar. Si es durante toda la micción se llama total; si al principio inicial y si al fin de la micción, terminal.

Gran valor semiológico tiene tal clasificación de disurias, como se verá.

La total resulta de un trastorno de la contractilidad de la ve-

jiga o de un obstáculo uretral permanente. Los primeros tienen por causa un desorden de inervación, funcional a veces, como en la neurastenia, físico en otros: lesiones medulares, traumáticas, tabéticas; disminución del flujo nervioso por neuritis alcohólicas o sifilíticas. El obstáculo uretral más frecuente es la estrechez. En el adenoma prostático la disuria es rara vez total, salvo cuando la deformación del cuello sea muy marcada; en los tumores o cuerpos extraños de la uretra la disuria es total.

Cuando hallemos una disuria inicial habrá de buscarse la causa en una hipertrofia de la próstata siendo más marcada a medida que la congestión es más intensa. El paciente hace esfuerzo para que su orina franquee la eminencia creada por el adenoma, pero tan luego como lo consigue el resto se evacúa fácilmente. Se observa también la disuria inicial en individuos nerviosos que no pueden orinar en público.

La disuria terminal se observa en las cistitis agudas y subagudas, en los cálculos vesicales; su volumen produce una sensación de plenitud vesical que obliga al paciente a hacer un nuevo esfuerzo al final de la micción.

#### RETENCIÓN DE ORINA

Es un síndrome caracterizado por la imposibilidad de evacuar naturalmente la totalidad o parte de la orina contenida en la vejiga.

Retención completa es cuando no se emite una gota de orina; es aguda y crónica. Aguda cuando aparece bruscamente; crónica cuando se instala a continuación de una aguda. La necesidad de orinar se hace dolorosa y subintrante, el hipogastrio se distiende y vuelve doloroso; si el paciente no consulta al médico, la vejiga evacúa por rebalsamiento, caso no observado jamás cuando la retención es debida a hipertrofia de la próstata antes se rompe que evacuar. La palpación hipogástrica muestra una masa mediana suprapúbica renitente, dolorosa, que es la vejiga; el sondaje lo comprueba. No confundir la retención aguda con la anuria; esta no muestra globo vesical y la sonda nada evacúa.

*Causas.*—De origen nervioso: psicopático, cerebro-medular, reflejo: histeria, estados ataxo-adinámicos, fiebre tifoidea, apoplejía y coma, meningo-encefalitis y meningomielitis, compresiones medulares, tabes, esclerosis en placas, operaciones, chok, raquianestesia, fisuras anales y hemorroides, apendicitis, etc.

Por reflejo reno-vesical: tuberculosis renal, pielo-nefritis del embarazo.

Por modificaciones patológicas del músculo vesical: traumatismos de la vejiga, cistitis, divertículos de la vejiga, después del parto.

Por modificaciones patológicas de la uretra: hematoma perineal, compresión por fragmentos óseos, tumores uterinos enclavados, cálculos, coágulo, cuerpos extraños de la uretra, tumo-

res de la uretra, estrecheces, prostatitis aguda, cáncer, adenoma periuretral rigidez del cuello vesical, por esclerosis o hipertrofia muscular, espasmo del cuello después de una exploración.

Todas las causas pueden reducirse a dos: fuera de toda lesión urinaria y bajo la dependencia de las lesiones de las vías urinarias. El diagnóstico es fácil de establecer cuando la imposibilidad de evacuar la vejiga aparece en el curso de una afección extraña a las vías urinarias.

Reconocer en un traumatizado una herida o ruptura de la vejiga por medio del cateterismo. Es imposible el cateterismo de la uretra en las rupturas de la misma, pero cuando se llega a realizar la orina no es sanguinolenta como en las lesiones de la vejiga, hay uretrorragia. Pero si ninguna de esas afecciones existe, deberá pensarse en la médula espinal o bien en retención refleja por chok traumático.

Excluyendo traumatismo, afecciones urinarias el médico buscará en toda retención urinaria aguda establecer si es de menos de 48 años o de más. En un joven será una estrechez de la uretra o prostatitis; el tacto rectal y los beniqués resuelvan. Siendo negativos estos exámenes pensar en afección renal o divertículo vesical. Tuberculosis y pielonefritis gravídicas; examen de orina, antecedentes del enfermo, pielografías, embarazo, hallazgo del bacilo de Koch dirán el resto.

En el divertículo existe micción en dos tiempos, piuria, la cistoscopia y cistoradiografía lo muestran claramente.

Después de 45 años pensar en hipertrofia de la próstata y en el cáncer cerciorándose por el tacto rectal. No olvidar en ausencia de estas enfermedades la rigidez del cuello vesical por esclerosis o por hipertrofia de las fibras musculares del esfínter.

La retención se llama incompleta cuando la vejiga en vez de vaciarse en su totalidad deja un residuo perpetuo. Si esta no llena la vejiga se denomina retención incompleta sin distensión y si la llena con distensión. Como síntoma no tiene sino la polaquiuria. Se demuestra la retención por el cateterismo vesical después de la micción. El retencionista incompleto con distensión se queja de una de estas tres cosas: polaquiuria muy intensa, con deseos imperiosos cada 5 a 10 minutos; escurrimiento de orina. continuamente; los últimos son trastornos digestivos: anorexia, sequedad de la garganta, náuseas, constipación, diarreas, meteorismo, vejiga distendida, renitente y mate. En los operados bastará con pensar en la retención.

Pensar también en el adenoma prostático, la prostatitis y trastornos nerviosos. Si ninguna de esas enfermedades existe buscar el riñón y principalmente la tuberculosis, la barra interureteral, los divertículos y en último caso la cistitis.

O." M.

## Lo que el Médico no debe Hacer

### *Palpitaciones.*

- NO cometáis el error de decir a vuestro enfermo que sus palpitations no valen nada y que pronto pasarán; demostrándosele sin decirlo.
- NO hagáis un examen superficial, que nada os enseñará y que desconsolará al enfermo.
- NO olvidéis que muchas palpitations diagnosticadas como nerviosas o cardiacas son de origen tuberculoso.
- NO olvidéis la insuficiencia mitral, cuando las palpitations aparecen después de un esfuerzo.
- NO olvidéis que muy frecuentemente indican hipertensión arterial.
- NO olvidéis que la anemia y la clorosis son una causa frecuente de palpitations.
- NO olvidéis que las palpitations que sobrevienen después de la siesta son de origen dispéptico.
- NO confundáis la taquicardia con las palpitations, que para que existan necesitan ser percibidas por el enfermo.
- NO dejéis de pensar en el bocio exoftálmico si a las palpitations se agrega el temblor.
- NO dejéis de buscar el origen tóxico de algunas palpitations.
- NO olvidéis que el hierro puede provocar palpitations en los cloróticos y anémicos, que padecen de dispepsia.

### *Paludismo*

- NO creáis en la tesis clásica de que el período de incubación del paludismo sólo dura unos pocos días; se han observado casos en que dura muchos meses.
- NO dejéis de emplear los métodos de provocación de la fiebre en los casos de diagnóstico dudoso; la coloïdosis, la adrenalina, el benzol, son eficaces.
- NO olvidéis que el examen microscópico de la sangre no permite siempre descubrir el hematozoario.
- NO dejéis de examinar cuidadosamente la sangre, que en los casos de fiebre tropical antigua, presenta una granulación basófica de los glóbulos rojos, muy parecida a la que se observa en el saturnismo.
- NO dejéis de examinar la orina que contiene urobilina y urobilinógeno y no da la diazoreacción.
- NO olvidéis que si en el paludismo agudo el diagnóstico presenta muchas dificultades, son mayores en la forma crónica, que puede ser confundida con la tuberculosis, cirrosis, anemia perniciosa, etc.
- NO confiéis ciegamente en el tratamiento profiláctico por

- la quinización.
- NO deis dosis insuficientes de quinina que producen el paludismo quinino-resistente y exponen al enfermo a la fiebre hemoglobinúrica.
- NO prescribáis dosis uniformes de quinina en todos los casos; no se combate con la misma dosis un acceso pernicioso que uno de fiebre intermitente simple.
- NO deis dosis enormes de quinina que pueden provocar envenenamientos y cegueras irremediables.
- NO olvidéis que algunos enfermos tienen una sensibilidad extremada por la quinina, que puede provocar fenómenos alarmantes.
- NO os conforméis con prescribir la quinina; el arsénico y la higiene, son necesarios para obtener una curación estable.
- NO olvidéis que el cambio de clima permite obtener curaciones que son imposibles con la terapéutica medicamentosa.
- NO hagáis el tratamiento del paludismo sin el control del microscopio; la clase del parásito y su abundancia deben regir la terapéutica.
- NO dejéis de mandar la sangre al laboratorio, aunque el enfermo haya tomado quinina; hay casos en los que el parásito aparece aunque el enfermo esté saturado del alcaloide.
- NO creáis que una fiebre no es palúdica porque ha resistido dosis enormes de quinina.
- NO creáis que obedece a una albuminuria la reacción queda el reactivo de Tanret con la orina de las personas que han ingerido quinina.
- Panadizo.*
- NO recetéis cataplasmas ni tintura de iodo; abrid pronto.
- NO busquéis una fluctuación que nunca ha de aparecer.
- NO abandonéis al enfermo después de operarlo; prevenid la anquilosis en flexión del dedo, que exige la amputación. >
- Pancreatitis.*
- NO dejéis de pensar en la pancreatitis cuando vuestro diagnóstico oscile entre una peritonitis y una oclusión intestinal.
- NO olvidéis hacer la reacción de Fehling.
- NO olvidéis que la colelitiasis es la causa más frecuente de pancreatitis aguda.
- NO dejéis de buscar las grasas, en las heces; este síntoma con ictericia y dilatación de la vesícula sugiere el diagnóstico de pancreatitis o cáncer.
- NO esperéis el diagnóstico, a veces, imposible, para operar.
- Paperas.*
- NO olvidéis que algunas intoxicaciones, sobre todo por iodo, provocan reacciones en las parótidas que, si coinciden con un movimiento febril, pueden aparecer como paperas.

- NO confundáis las paperas con las infecciones de las parótidas, consecutivas a otras infecciones generales, o de la cavidad bucal.
- NO dejéis de examinar la sangre en caso de diagnóstico dudoso; en las paperas no hay leucocitosis, al revés de lo que sucede en las infecciones piógenas.
- NO olvidéis que las paperas, fuera de su complicación principal, la orquitis, pueden atacar el timo, cuerpo tiroideos, glándulas lagrimales, órbita y el encéfalo.
- NO olvidéis que las paperas provocan bradicardias sin importancia.
- NO pronostiquéis esterilidad indefectible en las orquitis consecutivas a las paperas, porque podéis provocar catástrofes conyugales.
- NO prescribáis compresas de alcohol ni hielo.
- NO apliquéis pomadas mercuriales, porque el mercurio, al eliminarse, ataca las glándulas -salivales ya alteradas.

*Parálisis facial.*

- NO olvidéis nunca que puede ser de origen ótico; haced la paracentesis, si hay otitis aguda; la trepanación, si hay mastoiditis; el vaciamiento, si hay otorrea crónica.
- NO olvidéis que la parálisis periférica es directa y total y que generalmente la central es cruzada y parcial.
- NO olvidéis que la parálisis puede obedecer a la recidiva de una infección nerviosa sifilítica, por tratamiento insuficiente; en tal caso la parálisis está acompañada de trastornos de los nervios trigémino, acústico y vestibular.
- NO dejéis de pensar en la neuritis sifilítica del facial, cuando va precedida o acompañada de dolores.
- NO olvidéis que la parálisis facial provocada por padecimientos de la base del cráneo, se instala lentamente y no presenta trastornos gustativos.
- NO paséis inadvertida la parálisis del motor-ocular externo asociada a la facial, que indica una lesión de la protuberancia.
- NO olvidéis hacer la sutura de los párpados cuando la córnea amenaza ulcerarse.
- NO hagáis una terapéutica brutal si la úlcera se produce.

*Parásitos intestinales*

- NO olvidéis que el niño se re inocula constantemente; hacedle cortar las uñas e impedid que se toque los contornos del ano.
- NO deis vermífugos a los niños muy pequeños.
- NO deis más de 0.30 de santonina, cualquiera que sea la edad del enfermo.
- NO deis quenopodio antes de los seis años, ni santonina antes de los dos.
- NO olvidéis acostar al enfermo al darle el medicamento para evitar los vértigos, que son muy penosos.

- NO os conforméis con un sólo tratamiento si no habéis obtenido resultados.
- NO prescribáis una dieta muy severa antes de dar el anti-helmíntico, porque facilitáis la absorción del medicamento.
- NO prescribáis dosis muy elevadas de medicamento.
- NO deis purgante de aceite con el helecho macho.
- NO mezcléis el helecho con la raíz de granado.
- NO repitáis el medicamento antes de que pasen varios días.
- NO olvidéis que muchos sujetos presentan idiosincrasias para ciertos vermífugos.

*Partos.*

- NO tratéis de intervenir forzosamente, porque habéis sido llamados para asistir un parto; en el normal, el único papel que tenéis que desempeñar es el de vigilar para impedir o remediar cualquier complicación.
- NO dejéis de prepararos para cualquier emergencia; en partos se tienen sorpresas desconcertantes.
- NO confundáis los dolores del parto con los cólicos intestinales, nefríticos, hepáticos.
- NO diagnosticuéis trabajo de parto si no comprobáis la existencia simultánea de contracciones dolorosas del útero y la dilación y desaparición del cuello.
- NO hagáis la palpación del abdomen ni la auscultación de los ruidos fetales en el momento de las contracciones; esas maniobras son inútiles: y dolorosas.
- NO repitáis el tacto vaginal inútilmente, porque aumentáis las 'probabilidades de infección.
- NO hagáis nunca el tacto vaginal si no estáis provistos de guantes de hule.
- NO olvidéis hacer evacuar la vejiga y el intestino antes del parto.
- NO dejéis nunca de pensar en un parto gemelar.
- NO hagáis lavados vaginales innecesarios.
- NO esperéis el momento de la expulsión para hacer el diagnóstico de la presentación o de estrechamiento pélvico.
- NO olvidéis que en un parto normal, la principal complicación que se presenta es la ruptura del periné.
- NO esperéis indefinidamente la ruptura de la bolsa de las aguas; rompedla si el trabajo se prolonga mucho, estando suficientemente dilatado el cuello.
- NO dejéis de aplicar la narcosis siempre que sea posible.
- NO hagáis la palpación del abdomen ni la auscultación de los ruidos fetales a través de las ropas de la mujer.
- NO hagáis la palpación con las manos frías; se provoca impresión molesta en la mujer y contracciones uterinas y abdominales que dificultan el examen.
- NO intentéis hacer una palpación a fondo desde el primer momento, porque aparecen contracciones reflejas

- que impiden una buena exploración.
- NO os conforméis nunca con los resultados que hayáis obtenido de la palpación de un solo lado del vientre; palpád ambos lados, lo cual puede haceros rectificar los datos obtenidos o recoger nuevos.
- NO dejéis de sostener con la mano el polo opuesto a aquel que auscultáis a fin de evitar que el feto se deslice.
- NO confundáis los latidos del corazón fetal con las pulsaciones de la madre que son mucho menos frecuentes y de ritmo distinto.
- NO confundáis la dehiscencia del cuello de las múltiparas con la dilatación del período expulsivo.
- NO permanezcáis todo el tiempo al lado de la parturienta que necesita vaciar su vejiga y su intestino frecuentemente.
- NO os alejéis mucho tiempo de la casa de una múltipara en la que la dilatación esté bastante avanzada.
- NO os limitéis a diagnosticar la presentación fetal; determinad la posición y seguid de cerca la evolución de la cabeza.
- NO os limitéis a impedir que la parte fetal salga bruscamente; sostened el periné.
- NO olvidéis que la salida brusca de los hombros es causa frecuente de la ruptura del periné.
- NO dejéis de vaciar la vejiga después del parto; la distensión de ella impide la regresión uterina, lo que expone a las hemorragias.
- NO hagáis tracciones sobre el cordón umbilical para ayudar a la expulsión de la placenta.
- NO hagáis maniobras violentas para ayudar a la regresión uterina.
- NO os asustéis por la ligera hemorragia que sigue a la expulsión de la placenta, sobre todo cuando ésta sale por uno de los bordes.
- NO hagáis la ligadura del cordón inmediatamente después del nacimiento del niño; esperad que hayan concluido los latidos del cordón.
- NO olvidéis que muy frecuentemente estalla después del parto un escalofrío sin importancia, que puede ser indebidamente considerado como febril.
- NO olvidéis que, después del parto, el intestino funciona perezosamente y que con frecuencia se cometen groseros errores de diagnóstico, atribuyendo a infección puerperal los fenómenos que provoca la retención estercoral.
- NO esperéis que la vejiga esté muy llena para hacer el catterismo.
- NO dejéis de hacer la rotación manual de la cabeza.
- NO olvidéis que el pronóstico en las presentaciones de cara no es muy favorable para la madre y sobre todo para el niño.
- NO dejéis de prevenir a los padres del aspecto monstruoso que las bolsas sero-sanguíneas dan a los niños en

- las presentaciones de cara.
- NO dejéis de hacer la versión precoz cuando la cabeza es muy grande en relación con la pelvis, sobre todo cuando se trata de una posición mento-posterior.
- NO olvidéis que el escollo principal en las presentaciones de cara es la dificultad para la rotación de la cabeza y que cuando ésta no se verifica es indispensable aplicar el fórceps para hacer posible el parto.
- NO apliquéis el fórceps en niño vivo en las presentaciones de cara, cuando la cabeza es muy grande y la pelvis viciada, o la cabeza está poco encajada y se le puede movilizar.— Preferid la operación cesárea.
- NO esperéis el cambio espontáneo de la presentación de nalgas; haced la versión por maniobras externas si sois llamados al octavo mes.
- NO abandonéis a las fuerzas naturales la expulsión de la cabeza en el parto de nalgas completo que evoluciona regularmente; desprended el cordón umbilical 'y haced la maniobra de Mauriceau.
- NO dejéis de hacer la extracción manual de los pies y el descenso de los brazos en las presentaciones de nalgas que no evolucionan normalmente.
- NO autoricéis el matrimonio de los sifilíticos que no hayan sufrido un tratamiento esterilizante efectivo.
- NO permitáis nunca el matrimonio de los sifilíticos antes de tres años de haber contraído la enfermedad.
- NO permitáis nunca el matrimonio de las mujeres sifilíticas antes de que hayan pasado cinco años del principio de la sífilis.
- NO dejéis de provocar el aborto en las icterias graves si el tratamiento médico no tiene éxito.
- NO provoquéis el parto prematuro en las tuberculosas; esperar el parto, pero no permitáis la lactancia.
- NO permitáis el matrimonio de las cardíacas, sobre todo si padecen de insuficiencia mitral.
- NO hagáis taponamiento vaginal en la hidrorrea vaginal; poned a la enferma en reposo y hacedle lavados antisépticos.
- NO dejéis de pensar en la mola hidatiforme siempre que haya hemorragias indoloras en una mujer embarazada.
- NO hagáis tratamiento paliativo en la mola; vaciad el útero.
- NO olvidéis que la muerte habitual del feto es debida a intoxicación o infección.
- NO hagáis nada para expulsar un feto muerto si el huevo está cerrado y aséptico.
- NO provoquéis el parto si el huevo está abierto pero aséptico; haced lavados vaginales y taponamientos antisépticos de la vagina.
- NO retardéis el vaciamiento del útero cuando el huevo esté abierto e infectado.

*Pelvis estrecha.*

- NO esperéis un parto natural cuando el diámetro conjugado verdadero no pasa de cinco centímetros; la cesárea es imprescindible.
- NO esperéis un parto espontáneo con niño vivo si el conjugado verdadero es de 7 centímetros y medio. Solo la cesárea salva al niño y sólo la perforación permite acabar el parto por las vías naturales.
- NO esperéis un parto normal si el conjugado es de 9 centímetros y medio. Generalmente necesitaréis la versión que es fatal para el niño.
- NO operéis de sopetón si el conjugado es mayor de 9 centímetros. — Conducios como en un parto normal.

*Perforación del ojo.*

- IMO hagáis la enucleación inmediata; reservadla para cuando haya muñón doloroso u oftalmía simpática.

*Pericarditis.*

- NO olvidéis que una pericarditis puede evolucionar sin que la auscultación más cuidadosa permita descubrir ningún fenómeno anormal en el corazón.
- NO olvidéis que una enorme proporción de casos de pericarditis es diagnosticada en el anfiteatro o ya cuando hay muy poco que hacer.

NO olvidéis que la pericarditis está frecuentemente asociada a una inflamación de la pleura y aún del peritoneo en las infecciones tuberculosas y en el reumatismo, dando lugar a la poliserositis que es muy compleja.

NO olvidéis que el roce pericardítico característico, generalmente desaparece cuando el derrame es abundante.

NO dejéis de buscar los fenómenos pericardíticos por medio de los rayos X y por la auscultación de la pared posterior del tórax.

NO dejéis auscultar sistemáticamente el corazón de vuestros enfermos de pleuresía, pneumonía y reumatismo febril.

NO olvidéis al evacuar un derrame pericárdico, el peligro de herir los vasos mamaros.

NO hagáis la paracentesis del pericardio cuando la pericarditis sea tuberculosa y esté acompañada de cavernas pulmonares y supuraciones múltiples.

NO olvidéis que frecuentemente, la pericarditis produce la adherencia de las dos hojas del pericardio, lo que es indispensable conocer para no instituir una terapéutica irracional.

NO suspendáis la administración del salicilato ni las aplicaciones frías.

*Ricardo D. Alduvín.*

*{Continuará}*

## EL MÉTODO OGINO-KNAUS

Por el Dr. Blanco Herrera

El conocimiento de la fecundidad e infecundidad periódicas de la mujer, dice Knaus en el prologo de su excelente monografía, abre un período nuevo de la regulación de la natalidad, que liberará a los hombres de todos los procedimientos usados en la prevención de embarazos y sustraerá la fecundación del reino de la casualidad, para convertirla en un hecho consciente.

Este solo enunciado justifica el interés promovido por el método y nuestro modesto aporte a su conocimiento.

Mirando alrededor nuestro, cómo se comportan las hembras de los mamíferos, sabemos que solo tienen aptitud para el coito y son fecundas en la época de celo. En la *perra* dura tres semanas y es solo fecundada en los días de mayor excitación sexual, del noveno al duodécimo después del comienzo de la hemorragia proestral; la *cochina* tiene un ciclo de 21 días de los que tres corresponden al celo; en la *vaca*, de 21 días y tres de celo. La *mona*, el único animal con menstruación regular cada 27 o 30 días puede verificar la cópula en cualquier instante, pero, sin ser fecundada tras cada coito.

Hartman, estudiando una colonia de monos, calculó un 25 % de fecundidad para el undécimo día, 11 % para el duodécimo y décimo tercero y otro 25 % para el décimo cuarto del ciclo menstrual.

El veterinario Keller asegura que el momento de la ovulación coincide en la mayoría de los animales con la época más dominante del celo. Los experimentos hechos, en la coneja, por Jenin, Regaut y Dubreuil confirman que durante este tiempo existen folículos maduros en los ovarios. En esta especie, como también en la gata y en la hembra del hurón la ovulación depende del coito, de manera, que éste condiciona la puesta ovular, pero, en la mayoría de ellos es espontánea, rítmica e independiente de toda influencia exterior.

Esto que ocurría en el mundo animal hizo dudar a algunos naturalistas y médicos de la antigüedad, Pouchet (1842), Bischoff (1843), Raciborsky y Courty de la capacidad permanente de fecundación en la mujer. Como no conocían los factores de la fecundación sino muy imperfectamente, sus doctrinas fueron olvidadas por más de treinta años hasta que Capellmann las recogió en su trabajo *Esterilidad facultativa, sin quebranto de leyes morales*, publicado en 1883, que ha estado en boga casi medio siglo y ha sido conocido y aprobado por muchos sacerdotes y moralistas.

Pasó un nuevo período de treinta años y con los trabajos de Siegel, Pryll, Jaeger, Zangemeister y Nurnberger tratando de establecer el momento de la concepción en las mujeres de

militares que habían gozado de cortas licencias, tras las cuales la mujer había quedado embarazada, se puso de nuevo de actualidad el asunto de la fecundidad y esterilidad periódicas de la mujer.

Se fue conociendo mejor la ovulación gracias a un gran número de trabajos hechos por este o aquel investigador, la cirugía, la física, química, anatomía normal y patológica hicieron notables progresos, los rayos X suministraron muchos experimentos biológicos, apareció la hormonología y el esclarecimiento de algunos problemas de fisiología genital y en posesión de todos estos conocimientos, abordaron con bases científicas, Ogino en el Japón y Knaus en Austria, sin conocer el uno los trabajos del otro, de nuevo, el problema de la esterilidad temporal de la mujer.

El método se basa en los tres hechos siguientes:

- 1°—Fijeza periódica de la puesta ovular.
- 2°—La corta vitalidad del óvulo.
- 3°—El corto tiempo de duración del poder fecundante de los espermatozoides.

En la mujer, para determinar la fecha de la ovulación se ha tomado como base lo que parece tener lazos más estrechos con ella, la menstruación, y no solo en su manifestación más ostensible, la hemorragia, sino también, aprovechando los estudios modernos, en las distintas fases porque pasa la mucosa del útero. Hoy sabemos que esta pasa por tres fases.

Proliferación, del 5° al 15° día después del primero de la menstruación en que, reducida en su capa funcional a los fondos de saco glandulares, se repara y crece. Al duodécimo día la capa funcional es cinco veces más alta que la basal.

Secreción, del 16° al 28° días. La mucosa se edematiza. Las células epiteliales se hacen dos veces mayores que en la fase anterior. Las glándulas presentan muchos divertículos con escaso tejido interglandular. El conjunto toma el aspecto de una decidua.

Menstruación, destrucción de gran parte de la capa funcional de la mucosa con hemorragia capilar.

El estudio de estas fases, con otras menos evidentes de las trompas, vagina y mamas ha sido hecho con el fin de relacionarlas con el ciclo ovárico (maduración folicular, puesta ovular, formación y regresión del cuerpo amarillo). Es de todo conocido el esquema de Shroder en que se observa la correlación entre el ciclo ovárico y el uterino y se ve la ovulación correspondiendo a la fase de proliferación y cómo el cuerpo amarillo acondiciona la fase de secreción.

No hay menstruación sin ovulación; fisiológicamente, antes de la pubertad y después de la menopausia; en el orden patológico después de una castración quirúrgica o por los rayos X.

Lo difícil es saber en qué día del ciclo menstrual tiene lugar la ovulación. Esta cuestión ha preocupado siempre a los ginecólogos y la observación clínica

ha permitido algunas veces saberlo, pues, en ciertas mujeres hay malestar general, en otras modificaciones psico-sexuales y en otras, en fin, los pequeños dramas abdominales de la ovulación, pero, esto no era suficiente.

Se han hecho investigaciones en el curso de laparotomías relacionando el estado de los folículos o cuerpo amarillo con el estado intermenstrual de la operada. Pero, como la apreciación del estado del ovario es muy personal y no ha sido sorprendido nunca un folículo en el momento de romperse, se ha encontrado bastantes diferencias.

Coste, en cadáveres, creía que la ovulación coincidía con la menstruación. Fraenkel, el primero, en estudiar con bases científicas la ovulación en la mujer, afirma que en ninguna operada en el momento de empezar la menstruación ha encontrado folículos a punto de estallar o recientemente rotos. Después de estudiar sus 113 casos más los observados por Hergessel, Pittler, Tischirdewahm y Darek, lo que da un total de 397 casos formula la ley de que la menstruación y la ovulación no coinciden. Además, habiendo sorprendido el cuerpo amarillo de formación reciente (del tamaño de una cereza, prominente, exuberante y ligeramente sangrante) en 62 casos y después de relacionar la fecha de la última menstruación, cree poder afirmar que la ovulación ha ocurrido 18 a 19 días después del principio de la regla. Hablan piensa que tiene lugar el 170 día. Meyer, que ocho días

después de las últimas reglas Schroder, basándose en la evolución del cuerpo amarillo fija del 109 al 159 día antes de la aparición de la próxima menstruación.

Watrin, por la titulación de la colessterina en los diversos estados de evolución del cuerpo amarillo fija el duodécimo día.

Frank propone relacionar la fecha de la ovulación con la foliculinemia. Parece que encuentra foliculina en cantidad apreciable en la sangre de la mujer durante los catorce primeros días del ciclo menstrual y que desaparece bruscamente después de esta fecha.

El momento en que ocurre la ovulación ha sido precisado por Ogino en el curso de 118 laparotomías practicadas en mujeres de las que 81 tenían un ciclo menstrual regular de 23 a 24 días. Para resumir sus comprobaciones, el autor llega a la conclusión de que la ovulación no tiene ninguna relación con la regla pasada y si, de modo preciso con la que sigue. Así, numera los días con relación a estas reglas por venir y asegura que la ovulación ocurre lo más pronto al decimosexto día y lo más tarde al duodécimo de las reglas por venir. Por sus observaciones y estadísticas de distintos autores Ogino reunió 557 casos de los que solo 15 estaban en desacuerdo con sus observaciones.

En otro trabajo posterior, este mismo autor aportó la confirmación de su teoría por la observación de mujeres con un coito único en fecha conocida.

De modo que, para Ogino, el período de fecundidad de la mujer se compone del período de ovulación (cuatro días) y los tres que preceden.

Las investigaciones de Knaus son igualmente interesantes y deben ser estudiadas bajo varios aspectos:

- 1—Etonológico, por las costumbres de los judíos ortodoxos. El Talmud dice que una mujer no puede quedar embarazada más que después del baño de purificación prescrito por la ley de Moisés a las que han tenido sus reglas, baño que tiene lugar generalmente al duodécimo día del ciclo menstrual. Para los judíos ortodoxos, las relaciones sexuales están prohibidas 24 horas, por lo menos, antes de la aparición de la menstruación; durante éstas, que se supone durar cinco días y después de los siete siguientes días y si las reglas han durado más tiempo, una semana después de haber cesado.
- 2"—Observación de fecundaciones después de un coito; resultados absolutamente superponibles a los de Ogino.
- 3°—Experimentación fisiológica basada en la noción de que el cuerpo amarillo inhibe la contracción uterina. Haciendo fluoroscopías después de la inyección de aceite iodado en el útero, Knaus ha visto que la **matriz** se contraía, como respuesta a una inyección de pituitrina los catorce primeros días y que a partir del décimo sexto, no hay contracción, salvo la víspera de las reglas. Por consiguiente, Knaus estima que la

ovulación tiene lugar al décimoquinto día del ciclo menstrual y formula la siguiente ley general: El período de concepción de la mujer corresponde al de la ovulación ampliado en los tres días que le preceden y el día que le sigue.

■Seguy y Simonnet en sus estudios para la fecundación artificial han buscado en la mujer signos exteriores que revelen el tiempo de la puesta ovular... Hablan de signos clínicos, de poco valor y además han observado modificaciones en la fluidez: y grado de alcalinidad de la secreción cervical con aumento de la descamación de la vagina. De 12 mujeres observadas, en ocho han coincidido el máximo de foliculinemia con la secreción translúcida del cuello. En cinco mujeres laparotomizadas por pexias han visto la coincidencia de la secreción translúcida *áet* cuello con la madurez folicular y su rotura; además, la foliculinemia correspondía a su máximo en esos días. La fecha en que se presenta esta secreción translúcida del cuello, que coincide con la ovulación, según esos autores, es la misma en los cuatro quintos de los casos, que la que da Ogino para la ovulación.

Le, *escasa vitalidad ovular* es el segundo pilar en que descansa el método. Una vez madurado el óvulo, no tarda en morir si un espermatozoide no le salva la vida y lo pone en camino de llenar su misión. Las experiencias de Coste de hace casi 100 años] demostraron que el óvulo se degrada muy de prisa cuando entra en la trompa sin ser fecun-

gado. En fecha más reciente, Pincus ha confirmado que rápidamente, después de la entrada del óvulo en la trompa de la coneja, se forma a su alrededor una sólida capa albuminosa que explicaría la pérdida de su aptitud para la fecundación.

Ogino sostiene en su experiencia de más de siete años que no ría habido un solo coito fecundante cuando ha sido practicado después de la fecha de la evolución en mujeres con ritmo constante de 28 días, lo que prueba según él, la escasa vitalidad del óvulo. Menciona nueve casos bien estudiados de mujeres en las cuales la concepción ha ocurrido o no según el día del ciclo menstrual en que se ■encontraban. Se trata de casos de coito único en fecha conocida.

Para Knaus, el óvulo solo conserva su fecundidad muy pocas horas después de la ovulación.

*El tiempo limitado del poder fecundante de los espermatozoides* es el tercer sostén del Método.

Su traslado en las vías genitales de la mujer es mal conocida. Para algunos (Coste, sería muy larga, de ocho a diez horas; para otros (Hartmann y Hall) sería casi instantánea, de 30 a 50 segundos.

De la misma manera, la supervivencia del espermatozoide en las vías genitales femeninas, tampoco es bien conocida; algunos autores señalan haber encontrado espermatozoides vivos ocho y hasta quince días después del coito. En los animales, la supervivencia del espermatozoide varía mucho según las es-

pecies. En la perra, Bischof, Wagner, han visto espermatozoides vivos al cabo de 48 horas; en la coneja Prevost y Dumas hasta después de ocho días. Yochem ha estudiado esto en la rata y en el curiel encontrando un número pequeño de espermatozoides, poco móviles en los cuernos uterinos y trompas 41% horas después de la inseminación artificial. Los espermatozoides de curiel inyectados en el útero de una rata se mantienen móviles 11 horas y los del ratón inyectados a la curiela 4 y<sub>2</sub>. En la gallina la vitalidad es aun más larga: una sola cópula permite la fecundación por un tiempo bastante largo; los espermatozoides del gallo se colocan al acecho de los huevos que salen del ovario. Lenhart toma 10 pollonas vírgenes y las acopla con un día de intervalo con el mismo gallo, después las aísla. Ponen el primer huevo fecundado al cabo de veinte horas, que es, pues, el tiempo indispensable para que los espermatozoides lleguen a la vecindad del ovario; después, los huevos fecundados se suceden con intervalos regulares durante una semana. Pasado este tiempo las puestas comprenden proporciones variables de huevos fecundados y no fecundos y al cabo de un mes, en fin, parecen haber perdido toda vitalidad y los huevos puestos se hacen vírgenes de un modo uniforme.

En la abeja la supervivencia del espermatozoide sería de cuatro a cinco años.

Señalemos, en fin, el caso del murciélago hembra, que habiendo copulado en el otoño, no es

fecundado hasta la primavera. Courier ha comprobado que existe durante la intervención una secreción uterina y tubaria que sirve de material nutricio a los espermatozoides de esta especie.

Aunque, como hemos dicho más arriba, se han encontrado por algunos autores en las trompas de la mujer hasta ocho y diez días después del último coito, no se ha demostrado que estos espermatozoides tengan poder fecundante y que éste pase de las cuarenta y ocho horas.

Ogino reconoce que hay espermatozoides móviles al cabo de tres y ocho días, pero, no cree que se pueda afirmar que posean poder fecundante por más de tres días.

Knaus considera las supervivencias prolongadas como raras, pues, las trompas serían hormigueros de espermatozoides en ciertas mujeres y porque la temperatura de la pelvis es elevada y disminuye rápidamente su vitalidad. Por cierto, que este autor, siguiendo a Crew y

Moore, estima que el escroto es: un órgano encargado de la regulación local del calor manteniendo los testículos a una temperatura inferior a la de las cavidades del cuerpo. Knaus fija la siguiente ley: A consecuencia de la temperatura del abdomen a la que los espermatozoos se encuentran sometidos en los genitales femeninos y la de los productos de secreción de las glándulas masculinas accesorias, con las que se mezclan en el acto de la eyaculación, los espermatozoides de todos los mamíferos con testículos escrotales, pierden su fecundidad en las primeras 48 horas post coitum. Maclas de Torres señala el hecho que cuando una mujer ha tenido su menstruación normal, si después no ha habido relaciones sexuales no creará nunca estar embarazada. Si el espermatozoide tuviera una vitalidad superior a varios días podría darse el caso de sobrevenir una fecundación por un espermatozoide del coito anterior que hubiera quedado en la trompa. No-

---

se ha citado nunca un solo caso axial.

En la práctica el método Ogino-Knaus tiene algunas dificultades. En las mujeres que no tienen una menstruación regular es imposible de aplicar y esto, en países como el nuestro donde tan frecuentes son los trastornos menstruales, adquiere una gran importancia. En las enfermedades infectivas agudas, la menstruación sufre variaciones; después de un parto un aborto no se puede determinar con exactitud la fecha de la menstruación próxima. En la amenorrea de la lactancia en que pueden existir ovulaciones sin menstruación, el método es impracticable.

Son solamente tributarias las mujeres con un ritmo menstrual definido y para mayor seguridad teniendo los datos de las seis últimas menstruaciones.

En presencia de una mujer que menstrue regularmente cada 28 a 30 día, una vez conocida la fecha de la próxima menstruación contando de esta hacia atrás, los once primeros días serán de seguridad, los ocho siguientes corresponderán al índice de concepción, que se descomponen así;

Cuatro días variables de la ovulación.

"Un día de vida del óvulo.

Tres días de poder fecundante del espermatozoide.

Según Knaus el índice de fecundidad correspondería del undécimo al decimoséptimo día, es decir, un día de ovulación, los

tres que le preceden y el que le sigue.

Entre las mujeres de ciclo menstrual irregular hace Ogino un aparte de aquellas cuya irregularidad oscila entre dos límites conocidos, llamadas de *ciclo multiforme constante*. En estos casos, para determinar la fecha de la menstruación próxima la haremos como si siguiera siempre el ciclo mayor. Una vez anotado el posible primer día de la próxima menstruación se cuentan once días hacia atrás (días de seguridad), después ocho de abstinencia más cuatro por la variación de ciclo. Los restantes serán libres.

Smulders en Holanda, Guchteneere en Bruselas, Hobart en Norte-América, Macías de Torres en España, Zavala-Sáenz en Buenos Aires han empleado con éxito este método (1).

No es necesario insistir en la importancia de este método, clave de resolución de los siguientes problemas;

1°—La regulación natural de los nacimientos.

2°—Por el contrario, conseguir la fecundación en aquellos casos en que los cónyuges están

(1) En Cuba el Dr. R. J. Cowley ha publicado en las Memorias de la Sociedad Poey, Universidad de la Habana, (Mayo de 1935), un trabajo sobre fertilidad y esterilidad en el ciclo catamenial de la mujer. Es autor de un tabulador para la aplicación práctica del método, que ha empleado en varias clientes con buenos resultados.

sanos, utilizando los días de fecundación.

3°—Para determinar la edad del embarazo.

4°—Como un dato más para el diagnóstico de la post-madurez fetal, de gran importancia en la práctica obstétrica.

5°—Un dato a añadir a la prueba de la homología sanguínea en los casos de paternidad dudosa.

Araya, de la Argentina, que ha trabajado mucho sobre fisiología genital, habiendo publicado notable monografía sobre Ovulación y menstruación que obtuvo el premio Saintour de la Academia de Medicina de París, niega certeza al método de Ogino-Knaus, niega en documentado trabajo aparecido en 1935, llegando a la conclusión de que es errónea, porque lo son las bases en que descansa.

Vital Aza, el notable toco-ginecólogo madrileño al que tantas enseñanzas debemos, señala en publicación reciente, cómo entre diez casos de clientela privada falló en dos el método es-

tudiado, mostrándose pesimista de sus resultados en la Clínica a pesar de las rígidas normas de exactitud científica en que se funda.

Entre una veintena de casos hemos registrado seis en que el Método no respondió como esperábamos. Han sido veinte mujeres, con ciclo menstrual normal de 28 a 32 días, de clientela privada, con preparación para comprender el método, con deseo vehemente de restringir la natalidad por diversos motivos y de ellas, seis, han quedado embarazadas en los días de seguridad señalados por nosotros en cuadros que les entregamos.

Como lo único que puede valorar el método es la observación humana y la verdad es siempre útil, hemos creído nuestro deber publicar esos casos de embarazos comprobados, algunos ya terminados por partos, para que sea el futuro quien decida, si debo olvidarse esta hermosa concepción científica.

—De *Vida Nueva*.—

## La Alimentación y la Higiene Pública

Tenemos la costumbre de considerar la producción, la distribución y la consumación de materias alimenticias, exclusivamente desde el punto de vista económico en el campo de la ley de la oferta y de la demanda a la que debemos, desde hace varios años, el espectáculo paradójico e inhumano de un mundo donde la superproducción marcha a la par con la falta de alimentación. Pero por poco que se consideren las necesidades de las masas humanas de distinto modo que en función directa de su poder adquisitivo, la ciencia vuelve a tener suficiente poderío para contrarrestar las siniestras previsiones de Malthus.

Actualmente, a pesar del mentís que los "stocks" invendidos y la reducción de las superficies cultivadas parecen infligir a esta afirmación, sería imposible procurar al conjunto de la población del globo un régimen alimenticio satisfactorio.

Se ha demostrado, en los Estados Unidos, que de cuatro regímenes cuyo valor nutritivo fuese en aumento, únicamente se podrían procurar a la población los tres primeros; el más completo exigiría 335.108.000 áreas (134 millones de hectáreas) siendo cultivadas en 1933 solamente 294.219.000 áreas (118 millones de hectáreas).

Según el Dr. Enid Charles, "la producción de materias alimenticias en el mundo podría ser multiplicada varias veces sin necesidad de aumentar la su-

perficie cultivada si el hombre explotase hasta el máximo los conocimientos científicos de que dispone." Esto sucede en Java, donde los holandeses han creado una variedad de caña de azúcar que da un rendimiento cuatro veces superior y la Escuela de Agricultura de Cambridge produce regularmente 60 celemines cuando la producción media en Inglaterra es de 32. Es; evidente, que en las circunstancias actuales un perfeccionamiento análogo de la técnica agrícola sería ruinoso para los labradores.

La *distribución* de los productos alimenticios que podría hoy día asegurar a todos los habitantes del mundo una independencia completa respecto a la naturaleza del suelo y del clima, está dificultada por las condiciones económicas. Las tarifas aduaneras se han elevado tanto, desde hace algunos años, que la circulación de mercancías, aun activa dentro de las fronteras, ha sido considerablemente reducida de país a país.

El *consumo* de alimentos, por fin, acusa una evolución paralela a la que el desarrollo de la industria ha impuesto al trabajo humano. El régimen nutritivo es más ligero, la carne, la mantequilla, el azúcar, las legumbres y las frutas adquieren más importancia que el pan, los cereales, las patatas y la manteca de cerdo que antes formaban la base de la alimentación popular.

Pero la carne es un alimento caro que necesita mucho terreno y mucho trabajo. Estando calculado en 1.400.000 calorías el consumo anual de un adulto, las 2.850.000 hectáreas dedicadas al cultivo de la patata en Alemania son suficientes para la necesidad en calorías de 50 millones de individuos y solamente habría para 6 millones si las patatas pasasen por cerdos de cría. Por consiguiente, a pesar del aumento de su producción este país debe importar el 28 por ciento de su consumo de proteínas y el 20 por ciento de las calorías que necesita, lo que es tanto más oneroso cuanto que la exportación de productos industriales ha sido muy reducida a causa de la crisis económica.

La cría de ganado es un lujo casi imposible en los países todavía primitivos, de población densa como los de Extremo Oriente, donde la mayor parte

de la tierra está dedicada al cultivo de cereales y de arroz. El organismo encuentra sobre todo hidratos de carbono, y hoy día está demostrado que un régimen donde los alimentos llamados "protectores," es decir las proteínas, las grasas, las vitaminas y las sales minerales faltan, acarrea terribles enfermedades de carencia: beri-beri, pelagra, raquitismo, escorbuto, xeroftalmía (enfermedad que suele determinar la ceguera), sin hablar de las caries dentales, de la falta de resistencia contra las infecciones, del retraso en el crecimiento y del descenso de vitalidad.

La ciencia de la alimentación ha llegado a fijar, bajo la forma de "standards de raciones," la proporción en que los diferentes factores de la nutrición deben figurar en un régimen normal.

Midiendo la energía desgastada o la cantidad de alimentos

consumidos por individuos que viven en diversas condiciones y realizando trabajos variados, se ha calculado la *necesidad de energía* de un hombre mediano ■ que tenga una actividad moderada en 3.000 calorías por día. Esta cifra, adoptada por la Conferencia de Expertos de la Sociedad de Naciones (Roma, 1932) ha sido aceptada universalmente. Ha servido de base para el establecimiento de una escala de coeficientes familiares en la que las necesidades de la mujer han sido fijadas a 0,8 de las del hombre adulto.

Respecto a la *necesidad de proteínas* hay diversidad de opiniones. En general, las razas humanas que consumen una ración elevada de proteínas son típicamente superiores a las otras. Pero, entre los límites extremos, es difícil fijar la ración óptima. Si "os esquimales consumen de 260 a 300 gramos diarios de proteínas hay millones de seres humanos en cambio, entre ellos las poblaciones frugales y sanas del sur de Italia, que no toman más que 60 o 70 gramos.

En todo caso, la ración de proteínas, constituida en parte por la proteína de origen animal, debe ser superior para los niños que para los adultos, puesto que a éstos les conviene consumir en progresión inversa de la edad.

■ La Comisión consultiva de alimentación del Ministerio británico de Higiene ha establecido la proporción siguiente para un hombre mediano que trabaje

moderadamente y consuma 3.000 calorías al día:

100 gramos de proteínas de las cuales 37 de origen animal.

100 gramos de grasa.

400 gramos de hidratos de carbono cuya función es la de procurar la energía muscular e impedir que las proteínas y las grasas no cumplan su utilización normal.

Para reemplazar en los tejidos los elementos minerales que se eliminan constantemente, la alimentación debe contener *sales minerales* que los cereales, tal y como se utilizan ordinariamente, ofrecen sólo en cantidad mínima; cuando éstos forman una parte muy considerable del régimen alimenticio, el raquitismo y las caries dentales se desarrollan. Las sales minerales más útiles son el fósforo, la cal, el hierro y el yodo.

Las *vitaminas* figuran desde hace muy poco entre los "factores esenciales de la nutrición". A falta de datos cuantitativos satisfactorios, se recomienda consumir gran cantidad de vitaminas; su ausencia acarrea las enfermedades de carencia que hemos numerado antes y su insuficiencia causa las pre-carencias cuyo papel en la debilidad de que sufre gran parte de la población, comienza a ser conocido.

Se pueden resumir en las proposiciones siguientes las prescripciones de la dietética moderna:

1) Los principios alimenticios indispensables tienen más

probabilidades de obtenerse con un régimen variado.

2) El régimen debe contener "alimentos protectores," las verduras y frutas, ricas en sales minerales y en vitaminas y, sobre todo, mucha leche alimento completo desde cualquier punto de vista.

3) Asegurados los alimentos protectores, la higiene deja para el resto del régimen cierta latitud. La carne, el pescado, los huevos, en cantidad moderada, son útiles, pero los órganos glandulares (hígado, riñones, molleja, etc.) y la sangre son más ricos en vitaminas y sales minerales que el músculo, es decir la carne de los animales. Lo mismo sucede con los cereales completos con relación al mismo producto molido, lo que explica la campaña actual contra el pan blanco y el arroz molido.

Nada es, por consiguiente, más simple que el "standard" de calidad y cantidad capaz de asegurar el funcionamiento regular del organismo. Su aplicación general tropieza, no obstante, con dos obstáculos inmensos: la ignorancia de las masas, y su pobreza. Esta no es del dominio de la higiene pública remediarla. Pero, dentro de los límites impuestos por las circunstancias económicas, se puede emprender en favor de la alimentación racional una acción cuya urgencia y diferentes modalidades mostraremos en un próximo artículo.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12 rue Newton, PARÍS. XVIe.)

---

## REVISTA QUIRÚRGICA

*Vacuna antidiftérica y antitetánica*

G. Ramón, del Instituto Pasteur, en Revue d'Inmunologie, se refiere a las ventajas de la vacuna antitetánica a semejanza de la antidiftérica por medio de la anatoxina tetánica, haciendo resaltar las ventajas sobre la sueroterapia; ella confiere una inmunidad por 5 años; alcanza hasta el niño si se ha practicado durante el embarazo. De 3 semanas en tres semanas 3 inyecciones se harán, la primera de 1 c. c. y las dos siguientes de 1.5. Uno o dos años después de la primera vacuna será conveniente hacer otra de 2 c. c. El autor nunca ha observado reacciones locales o generales de consideración. Concluye haciendo incapié en las ventajas de la vacunación asociadas que considera como un perfeccionamiento en los métodos de inmunología.

*Diagnóstico histológico en el curso de operaciones; valor de la técnica supravital de Terry en 1.030 biopsias*

C. A. Hellwlg de Wichita, Kansas, en Surgery, Gynecology and Obstetrics, recomienda la técnica siguiente: la pieza para examen se fija sobre una placa de corcho; con una navaja de barba se corta una película tan delgada como sea posible y se extiende sobre una lámina de vidrio; se colora la capa superficial durante 1 a 3 segundos con

azul policromo de Terry; se quita el exceso de colorante con un chorro de agua y se recubre con una lámina cubre-objeto; se examina al microscopio aclarando con una luz potente (lámpara Mazda de 60 Watios).

Sólo la capa superficial es coloreada con núcleos azul oscuro, tejido conjuntivo y músculo ligeramente rosados.

Los tejidos se decoloran en 6 minutos pero puede recolorearlos o hacer un nuevo corte.

Ventajas del método: Las piezas pequeñas no se pierden como en el método por congelación, pues los cortes pueden tomarse de nuevo y aplicarles otro procedimiento de coloración. La técnica es fácil y al alcance de cualquiera sin ser técnico; ningún método es tan rápido, en un minuto se hace y colora el corte, por consiguiente se pueden hacer en diversos puntos del tumor y en los ganglios.

Existe acuerdo entre el resultado del método de Terry y el de parafina en el 93.1 % de casos. El diagnóstico entre tumor benigno y tumor maligno se mostró correcto en 96.6 %.

En los tumores del seno no hubo un solo fracaso. En el producto de raspado del útero y pequeños pólipos vesicales hubo alguna dificultad. Los casos más difíciles fueron las lesiones no cancerosas de los ganglios linfáticos (4 casos de enfermedad de Hodkin se diagnosticaron tuberculosis. Al contrario las metástasis cancerosas ganglionares.

A veces fue necesario hacer varios cortes para llegar al diagnóstico. IS010 en un 1.6 % fue imposible hacer el diagnóstico debiéndose recurrir al método de la parafina. 5 veces un cáncer no fue reconocido, pero jamás una lesión benigna se calificó de maligna, salvo un caso de angioma celular de la piel calificado como sarcoma por un defecto de claridad.

*Tratamiento de las mastitis  
■ puerperales por auto-  
hemoterapia*

L. Sinn de Breslau en *Munchener Medizinische Wochenschrift* refiere 60 casos de mastitis puerperal tratados por autohemoterapia. En los casos graves aplicó 3 inyecciones de 20 c. c. con 12 horas de intervalo, consiguiendo una curación casi inmediata después de una reacción importante de choc. Los casos ligeros recibieron 3 a 5 c. c.; casos tratados por métodos médicos habituales tuvieron una evolución mucho más larga.

*Proyectil retenido en la cavidad  
del ventrículo derecho durante  
18 años donde llegó por embolia  
desde la vena iliaca primitiva  
derecha*

Buglieri Singlitico de Padua en *La Clínica* refiere la historia de un hombre herido durante la guerra de 1914, de 38 años de edad, recibió un balazo de revólver que penetró en la cadera derecha; no hubo después de la herida pérdida de conocimiento, dolor precordial, ni angustia respiratoria, sino una hemorra-

gia importante que se contuvo espontáneamente.

La presencia de otra herida del lado opuesto condujo al diagnóstico de herida en seton y poco tiempo después el paciente se consideró como curado.

Un examen radiológico pulmonar hecho por distinta razón mostró por azahar, un proyectil de revolver en la cavidad del ventrículo derecho. A falta de otra puerta de entrada debe creerse que el proyectil entró a la vena iliaca primitiva y de allí emigró sin causar accidentes a la cavidad de ventrículo donde se sospecha que está adherida a la pared cavitaria por la ausencia de movimiento giratorios, Como no existen trastornos cardíacos no se contempla, ninguna intervención.

*Estenosis de los conductos biliares por tejido cicatricial de vecindad*

E. Eliot de New York en *Annals of Surgery* relata 10 observaciones inéditas de estenosis por tejido cicatricial, 6 consecutivas a operación y 4 no. Piensa que ese tejido cicatricial aparece a consecuencia de una operación sobre las vías biliares o sobre los órganos vecinos o bien por reacción peritoneal por inflamación de vecindad sin operación anterior. La estrechez se debe con frecuencia a una angulación del conducto o a una compresión. El hecho de ser respetada la vena porta prueba que el mecanismo de la angulación es más frecuente que la compresión.

*Resultados clínicos del uso de injertos ováricos*

L. Mayer de Bruxelles en Bruxelles Medical del estudio de 38 resultados lejanos de injertos ováricos con conservación del útero concluye:

I.—En 95 % de casos de ovariectomía doble el injerto asegura una menstruación regular.

II.—Si la conservación total del útero es imposible se esforzará por hacer una histerectomía supra-ístmica en la cual el injerto ovárico da reglas buenas en 50 %.

III.—Si la histerectomía es total el injerto previene los accidentes de la menopausia quirúrgica.

IV.—La actividad de los injertos comienza a manifestarse hasta el segundo mes y la menstruación aparece al cuarto.

V.—Es preferible colocar el injerto en un lecho músculo-aponeurótico de la pared abdominal o en el tejido sub-mamario que en el epiplón o en el gran labio.

*Amputación biológica de los miembros en el hombre*

M. zur Verth, de Hamburgo, en Munchener Medizinische Wochenschrift fundado en la experiencia de la guerra hace incapie en los niveles de miembros donde debe amputarse.

En el fémur debe el cirujano ser conservador entre el pequeño trocánter y la parte baja de la diafisis, al revés en los cóndilos completa-

mente inútiles. Desarticulación de la rodilla jamás, ni conservación de la extremidad superior de la tibia. Económico de la tuberosidad tibial a la parte media de la pierna. La Chopart es mala. La amputación a través de los metatarsianos es magnífica.

En el miembro superior se distinguirá entre el intelectual y el obrero, mostrando la inutilidad de la extremidad inferior del húmero y de los huesos del antebrazo.

*Pie forzado*

I. H. Maseritz de Baltimore en Archivs of Surgery relata el caso de un pie forzado por una larga caminata acompañado de radiografía donde se ven fracturas múltiples al nivel del 2, 3 y 5 metatarsianos, incompletas y fragmentación del borde interno de la primera cuña.

*Un caso de colelitiasis con anquilostomas en las vías biliares*

Y. Fukui en Nagasaki Igakkwai refiere que una campesina de 34 años presentaba trastornos gástricos desde los 14. Su frecuencia indicó una intervención, aunque la colecistografía no mostró cálculo. En las heces se encontraron dos anquilostomas y un sondaje duodenal retiró un anquilostoma macho por lo que el autor concluyó en el diagnóstico de anquilostomosis de las vías biliares.

*S. Paredes P.*

## El Ritmo de las 24 horas en el Hombre

*Acercas de la importancia práctica del ritmo de las 24 horas en el hombre, por Jores A. (Revista Médica Germano-Ibero-Americana, año VIII, N.- 1112, Nov.- Dic. 1935).*

Ahora estamos informados muy exactamente sobre el hecho de que varios factores considerados antes como constantes -se hallan sujetos a un ritmo de 24 horas. Este ritmo no radica en el género de vida, sino en un factor todavía desconocido, situado fuera de nosotros. El género de vida se adapta al ritmo.

Se citan algunos de los numerosísimos datos positivos. El ritmo de la temperatura es el más conocido y está demostrada su dependencia de la hora del día del lugar en que se vive. El sueño es otro fenómeno rítmico, que a su vez tiene por consecuencia modificaciones del quimismo sanguíneo con desviación de la concentración de los iones hacia el lado ácido. También los elementos celulares de la sangre están sometidos a oscilaciones. Los índices de los eritrocitos y de la hemoglobina son por la noche más bajos que por la mañana; los de los leucocitos, a la inversa por la mañana más bajos que por la noche. Además presentan los últimos una periodicidad de 6 horas (ondas de flujo y reflujo). También en la velocidad de sedimentación conocemos un ritmo, acusando éste el máximo hacia las 15 a 17 horas y el mínimo en las horas de la mañana. Los riñones fun-

cionan de manera rítmica. En las primeras horas de la mañana, se eliminan menos sales y agua; en las horas del mediodía, aumenta esta eliminación. El hígado presenta un curso alterno en el contenido en glicógeno y en la producción de la bilis. El contenido en glicógeno acusa su máxima hacia las 4 de la mañana; la producción de bilis, hacia las 22 de día. Se registran correspondientes oscilaciones espontáneas del azúcar en sangre, también en el sano, con un máximo hacia las 4 y un mínimo hacia las 18. Para todo el problema es importante el hecho de que la hipófisis y las glándulas suprarrenales toman parte en este ritmo. La producción de adrenalina acusa su máximo hacia las 18 y su mínimo hacia las 4. En forma opuesta se comporta la producción de la hormona melanófora de la hipófisis. Estas hormonas, unidas al sistema vegetativo, deben de formar la dirección de los fenómenos rítmicos del hombre. La estadística de defunciones señala claramente la importancia de este ritmo para muchos de los acontecimientos que se desenvuelven en el hombre enfermo, pero se ha de tener presente que en muchas enfermedades varía la frecuencia de la mortalidad, siendo la mayor en la tuberculosis hacia las 2 de la mañana y en la peritonitis hacia 18 de la tarde. El conocimiento de estas horas críticas de las diferentes enfermedades es de mucha importancia práctica para el

médico. De estos hechos se tiene que sacar también consecuencias terapéuticas. Se señalan 3 puntos: los diuréticos se han de emplear cuando es de esperar un aumento espontáneo de la eliminación del agua, es decir, cuando no hay nicturia, al mediodía; cuando hay nicturia, por la tarde. El ritmo tiene mucha importancia para la terapéutica de los diabéticos. A las primeras horas de la mañana es mejor la tolerancia de la insulina y peor la tolerancia de los hidratos de carbono; hacia las 18 de la tarde, ocurre lo contrario. Por consiguiente, a veces hay que aplicar a eso de las 4 de la mañana, aun sin adminis-

trar hidratos de carbono, la primera dosis de insulina y trasladar a la tarde la comida principal de hidratos de carbono. Esto se refiere, desde luego, a ciertos casos. De conformidad con el ritmo de la producción biliar, se recomienda administrar los colagogos a eso de las 12, pareciendo inútil su administración en la forma acostumbrada de 3 veces al día. Es de esperar que con el perfeccionamiento de los conocimientos de esos procesos rítmicos resulte modificado todavía más nuestro proceder terapéutico.

D.

—*De Revista Sud-Americana.*

## CANJES

### *De la República Argentina*

Revista Sudamericana de Endocrinología, y Quimioterapia.  
 Revista Médica de Cuyo.  
 Revista de la Conferencia de Médicos del Hospital Rawson.  
 El Día Médico,  
 Revista Médica Latino-Americana.  
 Revista del Círculo Médico de Mendoza.  
 Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina.  
 Revista Médica.

### *Del Brazil*

Annaes Paulistas de Medicina e Cirugía. Memorias do Instituto Oswaldo  
 Cruz. Annaes do Instituto Biotherapi-

co de Bello Horizonte.  
 Revista Médica do Paraná.  
 Gazeta Clínica.  
 Boletín de la Asociación Brasileira de Farmacéuticos.  
 Revista de Leprología.  
 Tribuna Farmacéutica.  
 Boletín de Sociedades de Medicina e Cirugía.  
 Revista Simétrica.  
 Revista de Química y Farmacia.  
 Laboratorio Clínico.  
 Jornal de Clínicos.

### *De Chile*

Revista Médica de los Hospitales.  
 Boletín Médico de Chile.  
 Revista Naval. Revista Médica de Chile.

### *Del Pera*

La Reforma Médica.  
 Boletín de la Sociedad **Geográ-**

- 
- fica de Lima.
- Uruguay*
- Revista de Tuberculosis del Uruguay.
- Revista de Fisiología Práctica.
- Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica.
- Ecuador*
- Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas.
- Revista de la Universidad de Guayaquil.
- Anales de la Universidad Central.
- Colombia*
- Revista de la Facultad de Medicina.
- Medicina y Cirugía. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Senderos. Colombia Odontológica.
- Venezuela*
- Revista de la Policlínica.
- Venezuela Farmacéutica.
- Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Zulia. Venezuela Odontológica. Revista de Medicina y Cirugía.. Archivos de Historia Médica de Venezuela.
- Caracas Médico.
- Gaceta Médica de Caracas,
- Archivos Venezolanos de Cardiología y Hematología.
- Pharmacon.
- Medical.
- Boletín del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Boletín de los Hospitales.
- Costa Rica*
- Revista Médica. Consultorio Internacional.
- Nicaragua*
- Revista Médica.
- El Salvador*
- Boletín de la Cruz Roja Salvadoreña.
- Archivos del Hospital Rosales.
- Heraldo Médico.
-

Anales del Hospital Bloom.  
El Salvador Médico.  
Mi Revista.  
Revista Dental.  
Hermes.

Boletín Sanitario.

*Guatemala*

Revista Médica.

*México*

Revista Mexicana de Puericultura.  
Revista Mexicana de Cirugía,  
Ginecología y Cáncer. La Farmacia.  
Revista Médica de la Clínica y Sanatorio de Occidente.  
Gaceta Médica de México.  
Boletín de la Sociedad Mutualista Médico-Farmacéutica de Guadalajara.  
Gaceta Médico-Militar. Hospital General.  
Cirugía y Cirujanos. Archivos Latino-Americanos de Cardiología y Hematología.  
La Revista Médica de Yucatán.  
Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-rinolaringología.  
Fiat.  
Revista de Gastroenterología.  
El Nacional. Revista Mensual de Ginecología.

*Cuba*

Medicina de Hoy.  
Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Tuberculosis.  
Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana.  
Archivos de Medicina Infantil.  
Vida Nueva.

Revista de Medicina y Cirugía de La Habana. Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría.

*Puerto Rico*

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.  
Odontología.

*Estados Unidos*

Notas Terapéuticas. Revista de Radiología y Fisioterapia.  
Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana.  
Maine Medical Journal. Progreso Farmacéutico. Revista de Organoterapia. Journal of the American Medical Association.

*España*

Revista Española de Medicina y Cirugía.  
La Medicina de los Niños.  
Medicina de los Países Cálidos.  
Revista de Tuberculosis. Anales. Regeneración Médica. La Policlínica. Revista Médica de Sevilla. Revista de las Españas.  
El Momento Médico. Anales de la Casa de Salud de Valdecilla.  
Medicina Latina. Anales de la Clínica de Gastroenterología.  
Revista Española de Tuberculosis.

<p style="text-align: center;"><i>Portugal</i></p> <p>Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana. A Accao Farmacéutica. Noticias Farmacéuticas.</p> <p style="text-align: center;"><i>Italia</i></p> <p>L'Ospedale Maggiore. Centro Internazionale de Collegamento. Acta Médica.</p> <p style="text-align: center;"><i>Francia</i></p> <p>Marseille Medical. Revista Moderna de Medicina y Cirugia. Le Monde Medical. L'Avenir Medical. Revista Terapéutica de Alcaloides. Anales de los Laboratorios Clin. La Presse Medicale. Acta Médica Latina. Boletín de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.</p>	<p>Archives d'Oftalmologie. Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Revue d'Ortopédie. Lyon Chirurgical. Clinique et Laboratoire. Journal de Chirurgie.</p> <p style="text-align: center;"><i>Bélgica</i></p> <p>Revue Belge des Sciences Médicales. Boletín de la Federación Dental Internacional.</p> <p style="text-align: center;"><i>Alemania</i></p> <p>Revista de Información Terapéutica. Anales Merck. Revista Médica Germano-Ibero-Americana.</p> <p style="text-align: center;"><i>Japón</i></p> <p>The Tohoku Journal of Experimental Medicine.</p>
--	--

## Hernia Estrangulada y Trombosis Mesentérica

*{Concluye}*

luego la luz del intestino estuvo permeable por varios días pero para el día de la operación, debido al "Ileus Paralyticus" y el edema consecutivo esa luz estaba obstruida; como consecuencia inmediata de ello estaba en segundo lugar: el Megaenteros o sea el gran volumen que había adquirido el intestino delgado por arriba y abajo de la extrangulación y que se extendía por toda la longitud de él

produciendo una gran presión intraabdominal que hacía más laboriosa la operación y por último en tercer lugar el hecho más importante o sea casi se puede decir el certificado de defunción de nuestro paciente; lo que no se verificó por esos casos tan raros de resistencia orgánica que se presentan en nuestros trabajadores o gente del campo que con frecuencia se salvan por verdaderos milagros y en el presente a ello de-

bemos atribuir la salvación de este individuo, pues se encontró que los vasos del mesenterio estaban completamente TROMBOSADOS, formando verdaderos cordones ascariformes que no dejaban verificarse la irrigación normal del intestino y como consecuencia se vendría encima la gangrena o muerte por toxemia del paciente. Debido a este hecho no se trató ya de ningún procedimiento que pudiera salvar de las garras de la muerte a nuestro paciente y se procedió a cerrar la cavidad abdominal como hubo lugar ya que como dije antes el gran volumen de las asas casi no tenían lugar donde alojarse; fue trasladado a continuación al ler. Servicio de Cirugía de Hombres, habiéndosele hecho lo científicamente posible y condenado a una muerte segura, para la cual se pensó no había ninguna intenciona en contra que hacer.

■Curso Post-Operatorio: Fue colocado su tubo rectal y se le practicó la primera inyección de Petricina (Pitrissin) cuatro horas después de la operación o sea a las 3 a. m. del día 28 de abril; este producto es similar de la Pituitrina o producto del lóbulo anterior de la Hipófisis, que tiene como ésta una acción electiva sobre las fibras de los músculos lisos y el cual ha dado indudablemente mejores resultados que la Hipofisina que se ha usado anteriormente. Durante todo el día 28 se tuvo en observación y no se le dieron más que pequeñas dosis **de agua** helada por cucharaditas. El

miércoles 29 de abril se le aplicaron tres ampollas del mismo producto Pitrissina, lo mismo que el jueves y sábado 30, 1 y 2 de mayo con la misma dieta de pequeñísimas dosis de agua helada estéril; el domingo 3 de mayo ya se notó que el intestino había reaccionado, pues el gran timpanismo que tuvo durante tres días pos-operatorios, había disminuido lo mismo que se notaba la mejoría del estado general del paciente, por lo que se le dio jugo de toronja y agua, en mayor cantidad y el lunes 4 se le dieron pequeñas cantidades de leche; en este día ya el estado del enfermo era de franca mejoría, pues la temperatura había disminuido a la normal el pulso era casi de igual condición y el abdomen había evacuado los gases y heces que retuvo por varios días; de este día 4 en adelante se le mantuvo en observación temiéndose los peligros del embolo aunque el estado general siguió mejorando día por día sin presentarse ninguna de las complicaciones esperadas, dándosele el alta al enfermo el 25 de mayo, completamente curado.

Consideraciones:— Desde luego es notable en este paciente el hecho de la reabsorción de los coágulos contenidos en los; vasos mesentéricos y la mejoría tan rápida que observó lo que se debió a su edad de 30 años o sea el período pleno de la vida y a la resistencia tradicional de nuestros hombres de campo, en los cuales la regla es que Reglas-Clinicas se alteren.

*Roberto Gómez Rovelo-*

## El Tratamiento de los Trastornos del Sueño

Por el Prof. O. Wuth

La terapéutica sistemática de los trastornos del sueño exige del médico una idea clara sobre la etiología y la naturaleza de estos trastornos. Esto no es posible sin algunos conocimientos de la naturaleza y del mecanismo del sueño.

El sueño constituye un problema fundamental de la biología: es un proceso de necesidad vital. Su característica principal es la pérdida transitoria de la conciencia con suspensión de la actividad sensorial, *pero con conservación de la despertabilidad* (sueño del cerebro de Ecónomo), lo que lo diferencia del coma y de la narcosis. Determina incluso el sueño del cuerpo (Ecónomo) con disminución de la actividad cardíaca, de la respiración sanguínea, de ciertas secreciones, con aumento del ácido carbónico de la sangre, acidificación urinaria, etc. Además, prevalencia de la vagotonía, pupilas estrechas, frecuencia de procesos vagotónicos durante el sueño (partos, jaqueca, angina de pecho, cólicos biliares, etc.) Hess considera al vago, es decir, la parte parasimpática del sistema vegetativo (en contraste con el simpático, el cual coadyuva al desarrollo de las energías) como favorecedor de los procesos reconstitutivos. Cannon considera al vago como nervio asimilatario. Por la predominancia de la vagotonía, *el sueño asume un carácter reconstructivo anabólico*. No es consecuencia de fati-

ga, sino, teleológicamente, un preventivo de ésta.

No pasaremos en revista las numerosas teorías sobre la naturaleza del sueño. No dieron satisfacción ni la teoría neurodinámica de la interrupción de la conducción nerviosa, ni la teoría química de la fatiga, ni la vasomotora, ni la de la supresión de las excitaciones sensoriales. Actualmente se acepta la *teoría biológica hormono-vegetativo-nerviosa de Hess*, quien considera al sueño como un acto reflejo del sistema nervioso vegetativo transmitido por el parasimpático, por lo cual se provocaría una alteración de la capacidad funcional del sistema anímico.

La experimentación respecto al punto de partida de las influencias somniproductentes, enseña que hay que distinguir factores de acción cortical y factores de acción talámica. Entre los factores de acción talámica existen algunos que pueden actuar sobre diferentes puntos de excitación multiplicando su acción. Así se acepta la existencia de diversos centros del sueño.

Hemos visto que el sueño representa un proceso biológico, activo y anabólico que se inicia generalmente por **influjos** que parten de los puntos fisio-vegetativos de localización profunda en el cerebro y que provocan la disminución de la capacidad funcional del sistema anímico. En

consecuencia, los trastornos del sueño pueden tener su origen *en la difusión del gobierno central del sueño (tálamo), o bien en una hiper irritabilidad de la corteza* (cafeína, cocaína, efedrina, Basedow, atropina, *o en ambos*. Antes de detallar los trastornos del sueño, debemos considerar las *dos clases típicas del sueño normal*:

1) adormecimiento precoz, profundidad máxima poco después de la iniciación, despertar fresco;

2) adormecimiento lento, profundidad máxima hacia el final, sensación de torpeza y de fatiga al despertar (narcohipnia).

Ambos tipos parecen ser determinados por factores de orden constitucional. El segundo tipo suele ser propio de los trabajadores intelectuales. **Ninguno** de los dos es específico en patología, no obstante observarse con cierta frecuencia una alteración de tipo en estados depresivos.

#### *Clasificación etiológica de los trastornos del sueño*

I. Perturbaciones del mecanismo cerebrofisiológico del sueño:

a) anatómicas: encefalitis, parálisis, arteriosclerosis, abscesos, reblandecimiento, tumores, polioencefalitis hemorrágica superior; D) fisiopatológicas (cuyas bases anatómicas se conocen sólo parcialmente) : delirios alcohólicos, bromúricos, paraldehídicos, clórales; efectos de cafeína, cocaína, de alcanfor; absti-

nencia alcohólica o morfínica, enfermedades infecciosas, Basedow, alucinaciones y esquizofrenia, narcolepsia primitiva. II.

Perturbaciones por influencias anormales de orden físico y psíquico sobre el mecanismo del sueño:

- a) de orden físico: dolor, tos, gastro y enteropatías, afecciones urinarias, surmenage, irradiación solar, etc.;
- b) influjos ideo-afectivos; disgustos, preocupaciones, discordias, conflictos.

Estos últimos derivan de reacciones individuales a los influjos de acontecimientos en la vida diaria y del ambiente. Merecen mención además los casos de letargia psicógena (sueño como recurso, sueño de "protesta", sueño de ametralladoras —**guerra**— (Laudenheimer). Los trastornos de la afectividad provocan alteraciones metabólicas (Cannon. por una parte, y, por otra, confieren al alma capacidad funcional máxima de diferente carácter según la calidad del afecto.

Esta clasificación empírica corresponde exactamente a una diferenciación hecha por Ludwig Binswanger entre "función de la vida" e "historia psíquica de la vida." Nuestro primer grupo comprende los trastornos de la función vital, el segundo representa momentos históricos de la vida.

Conviene no olvidar que los trastornos del sueño pueden tener etiología múltiple: los efectos, por ejemplo, no actúan sólo por vía psíquica, sino también

por vía fisiológica influyendo sobre los puntos reguladoras centro-vegetativos. En el Basedow, el físicos (tos, corazón, diarreas, sudores) ; por trastornos del sueño puede originarse por perturbación metabólica; por los malestares la hiperexcitabilidad afectivo-vegetativa, todos sinérgicos con el trastorno ideógeno por preocupaciones y zozobras respecto a la misma enfermedad.

Veremos más adelante qué diferentes causas provocan diferentes *tipos de trastornos del sueño* que, a su vez, tienen distintas indicaciones terapéuticas. Los tipos de las hipnopatías, son:

1º, insomnio; 2º, hipnolepsia; 3º, sueño inverso; 4º, adormecimiento difícil; 5º, sueño discontinuo —despertar precoz, sueño corto—; 6º, formas combinadas entre 4º, 5º y 7º, disociación entre sueño cerebral y sueño corporal —sonambulismo (hipnobátesis), somnilocuencia, tic hipnóticos—; 8º, despertar parcial —despertar parcial del sensorium con inhibición subsistente motriz.

Merecen mención especial la picnolepsia, la narcolepsia, la hipnестesia visual y trastornos similares.

Para citar algunos ejemplos: Insomnio absoluto, sueño inverso e hipnolepsia suelen ocurrir en las encefalitis y en las enfermedades del grupo la;

Insomnio suele ocurrir en los trastornos de los grupos Ib y IIa;

Los trastornos del adormecimiento son originados con mayor frecuencia por las perturbaciones ideo-afectivas.

La imposibilidad de adormecerse se manifiesta clínicamente por lo general por la necesidad imperiosa de pensar, torbellino de ideas (por ejemplo, después de alcanfor, cafeína, morfina); el síntoma típico del sueño discontinuo es la incapacidad de dar con la "posición" cómoda —aun controvertida—, dando continuamente vueltas en la cama. Con toda reserva puede presumirse que el primer grupo de trastornos del sueño deriva de la corteza y que el segundo grupo es de origen talámico.

## TERAPÉUTICA

Los medios terapéuticos a nuestro alcance consisten en *higiene corporal y psíquica, terapéutica sintomática, psicoterapia, fisioterapia y terapéutica medicamentosa*. Estos recursos no se excluyen el uno al otro, antes bien, pueden dar lugar a las más variadas combinaciones.

Al hablar de su indicación, seguiremos, en lo posible, la clasificación causal de los trastornos del sueño.

En casos de *trastornos de orden físico* (Ha), se combatirá, en primer término, la afección primitiva y luego se instituirá la *terapéutica sintomática*. Sería salir del margen de este trabajo si habláramos del tratamiento de las afecciones primitivas. Pero respecto al dolor, debe decirse brevemente que su tratamiento por los somníferos resulta ser ineficaz, y que los derivados del opio constituirán sólo el último recurso.

Debo hacer notar con toda insistencia que la *Morfina* y sus sucedáneos, cualquiera que sea su denominación comercial, no son somníferos y tienen acción destructora sobre la vida por el peligro del acostumbramiento que reviste siempre la mayor gravedad. Quizá pueda exceptuarse la *Codeína* que, sin embargo, muchas veces también induce al hábito.

Para apaciguar el dolor se emplearán por lo pronto los anti-neurálgicos; los más importantes son: la *Antipirina*, *Fenacetina*, *Aspirina* y *Piramidón*. Este último puede ser ligeramente excitante en algunos casos. Son

casi siempre mejores los preparados combinados como: *Allonal* (ácido etilisopropilbarbitúrico y Piramidón) con ligero efecto somnífero; *Veramón* (Veronal y Piramidón); *Compral* (tricloruretán y Piramidón); *Novalgina*, *Optalidón* (ácido isobutilalibarbitúrico, Antipirina y Cafeína).

Entre las combinaciones codeínicas figuran; los comprimidos Fenacodina, Gelonida anti-neurálgica, Somancetina.

Los medicamentos enumerados son somníferos sintomáticos, no hipnóticos; son más bien somniproductores por eliminación de los trastornos físicos (dolor) que impiden el sueño. A menudo será necesario combinarlos con hipnóticos.

Los *trastornos ideo-afectivos* (IIb) requieren la intervención de la *terapéutica higiénica*, de la *fisioterapia* y de la *psicoterapia*. La terapéutica higiénica comprende: evitar excitaciones y surmenage, en especial por trabajo vespertino o nocturnos, ingestión de comida liviana, a hora temprana (invariablemente a la misma), e individualmente establecida. De la fisioterapia conviene excluir todos los procedimientos excitantes. Diatermia e irradiación roentgenológica resultaron ineficaces (Poetzl); al igual que el sol natural la asoleación artificial suele excitar y perturbar el sueño. En materia de hidroterapia pueden tener aplicación fomentos totales húmedos o alcohólicos, baños templados, no calientes; el médico establecerá individualmente si el momento óptimo para los baños es antes de acostarse o a las 6 p. m. Stras-

ser, el pionero de la hidroterapia, receta sólo fomentos totales húmedos. Pero la hidroterapia está más indicada en terapéutica general que en la especialidad que nos ocupa ya que no constituye procedimiento somnífero. La psicoterapia nos permite varios métodos según la orientación personal del médico: enseñanza, persuasión, sugestión abierta o disimulada, hipnotismo. De todos modos es necesario descubrir, por exploración a fondo, la categoría del trastorno (hipnofobia, etc.). Frecuentemente será preciso combinar remedios somníferos con la psicoterapia; habrá veces en que el enfermo no necesita otra cosa que saber que tiene a su disposición un remedio.

En los *trastornos del mecanismo cerebro-fisiológico del sueño*, la psicoterapia tiene poco menos que ninguna aplicación útil, la fisioterapia en poquísimos casos; en cambio, se recurrirá a terapéutica medicamentosa.

Los hipnóticos suelen administrarse con cierta aprensión exagerada e infundada. Goldscheider estableció en 1914 direc-

tivas inequívocas sobre su indicación; se prescribirán cuando:

V>, no sea posible obtener el sueño por otro procedimiento; 2?, sea necesario un efecto rápido; 39, el paciente experimente desgano tal que todos los demás métodos resulten ineficaces; 49, sea preciso romper el ciclo fisiológico; 59, sea preciso romper el ciclo fisiológico vicioso; 69, haya gran excitación y psicosis.

El *insomnio encefalítico* es capaz de resistir muchas veces a todos los hipnóticos y a todas sus combinaciones; se lo interpreta como bloqueo de los centros del sueño. En las enfermedades orgánicas del cerebro en patología maniaco-depresiva y esquizofrénicas; en arterioesclerosis y Basedow, estos remedios no serán suficientes; habrá que cambiarlos con remedios de acción cortical, si estos últimos, por sí solos, no dieran el resultado deseado.

Una hipnopatía de difícil terapéutica es la que suele ocurrir en la abstinencia morfinica. Se han recomendado varias combinaciones de somníferos, inclu-

so los narcóticos. Kraepelin observó delirios consecutivos a la administración de dosis masivas de hidrato de doral.

Contra los trastornos del sueño, debidos a los venenos de excitación cortical como alcanfor, cocaína, cafeína, se darán remedios que obren sobre la corteza cerebral. Conviene tener presente el antagonismo entre la cocaína y la cafeína por una parte, y el alcohol por otra. De ahí la eficacia del paraldehído en el insomnio alcohólico.

Después de lo expuesto podemos subdividir los hipnóticos en dos grupos principales: 1º, los hipnóticos de acción cortical; 2º, los hipnóticos de acción talámica.

Entre los primeros figuran: alcohol, paraldehído, hidrato de amileno, hidrato de doral, cloralosa, sales de bromo.

Entre los segundos tenemos: Veronal, Luminal, Dial, Somnífen, Valeriana, Uretán, Cloretón, alcohol triclorisobutilico (Tributan, Nautisán).

Morfina y Escopolamina actúan probablemente sobre puntos corticales, estriados y talámicos. Los derivados halogenados de la úrea, como: Adalina, Bromural, Neodormo, actúan clínicamente como remedios corticales.

Para mejor orientación en la *Administración clínica* de los somníferos, nos guiamos por los grupos de la clasificación de los trastornos del sueño.

Los más frecuentes son los trastornos del adormecimiento, el sueño discontinuo y trastornos combinados. Los primeros se atribuyen, con algunas salve-

dades, a la hiperexcitación talámica. En efecto, el éxito clínico nos enseña que, exceptuando poquísimos casos, tienen mayor eficacia:

1º) los remedios de acción cortical, en los trastornos de adormecimiento;

2º) los remedios de acción talámica, en el sueño discontinuo;

3º) las combinaciones de ambos, en los trastornos combinados.

De los hipnóticos el paraldehído es el más seguro y el menos tóxico. El alcohol debe excluirse por ser inicialmente excitante y por el peligro del acostumbramiento. También el paraldehído administrado en forma crónica y en dosis masivas puede inducir al hábito y hasta determinar delirios. Por lo general es inocuo. La dosificación habitual es de 2 gr., 4 gr., 6 gr. En mi casuística personal hay algunas psicosis y enfermedades abstinenciales en que administré hasta 30 gr. en una sola dosis y por noche. Bumke refiere administraciones hasta 150 gr. sin inconvenientes consecutivos. A la generalización de su uso se oponen gusto feo y olor (la eliminación se hace por el aire espiratorio); se desconocen medios para evitar estos inconvenientes. El Paraldehído reemplazó casi totalmente al hidrato de amileno (dimetil-etilcarbino) y al Isopral (alcohol trielorisopropílico. El hidrato de cloral, temido por su acción hipotensora, está contraindicado en la insuficiencia cardiaca, pero es muy bien utilizado en la arteriosclerosis con hipertensión, en dosis de 1 a 3 grs. Ini-

cialmente las dosis serán no más de 1 gr., por posibles idiosincrasias (exantemas, perturbaciones gástricas, excitaciones paradójales). El Cloralium formamidatum es de acción insegura; el Dormiol (producto de condensación de cloral y de hidrato de amileno) no ofrece ventajas.

Los remedios enunciados, aunque inocuos, son de acción drástica y de indicación general en psiquiatría en las afecciones de gravedad. Nombraré ahora los remedios de acción menos energética, que al mismo tiempo son sedantes. Son de acción talámica la Valeriana y el Voluntal. Tenemos en primer lugar los preparados del lúpulo y de la valeriana: Hovaleta, Recvalysato. Intracto de Valeriana, Valyl, Neobornyval. Hipnóticos livianos de fama son además: Bromural (úrea bromisovalerianilica) en dosis de 4 a 6 comprimidos de 0,3 gr. c u.; Sedormid (fiso-propüetilcarbamido) 2 a 4 comprimidos de 0.25 gr. clu.; Neodorno (alfaisopropilalfabrombutiramJdo) 0.3 a 0.9 gr.; Adalina (úrea bromdietilacetilica) 0.5 a 1.5 grs.; Novonal (ditelilalilacetamido) 0.3 a 0.5 gr.; Voluntal

(uretán del alcohol tricloretilico 0.5 a 1 gr. El bromo, aunque no es hipnótico en la acepción estricta del vocablo, tiene acción talámica y se lo emplea con mucha frecuencia. Actúa como calmante y provoca la disposición al sueño. Se administra diariamente 1 a 3 gr. de bromuro de sodio en solución; mezclas de bromuro no ofrecen ventaja alguna. Lo mejor es recetar bromuro para uso continuado e hipnóticos livianos, según las necesidades. Para profilaxis del acné brómico se recetará solución de Fowler V gotas 2 veces por día. Hay médicos que prescriben bromo en ciclos ascendentes y descendentes de 4 semanas para evitar dosificación excesiva. Pero lo más seguro es determinar, según el método simple de Wuth, por examen de la orina, el nivel brómico relativo del organismo; será Suficiente un nivel de 12 a 15 por 100, pero no debe jamás pasar de 20 %.

El grupo de los remedios contra los trastornos de la continuidad del sueño comprende los derivados del ácido barbitú-

rico (úrea malonílica, de acción talámica).

Han sido eliminados de este grupo el Trional y el 'Sulfonal por sus efectos lejanos, el Nirvanol por sus efectos secundarios (exantemas escarlatiformes, hinchazones cianóticas, hipertermia).

El prototipo de los barbitúricos es el Veronal (ácido dietilbarbitúrico), combinado e introducido al mercado por Emil Fischer y Mering en 1903. Es difícilmente soluble, y por su eliminación lenta tiene efectos lejanos que pueden anularse con el Piramidón; la sal sódica, Medinal (0.25 gr., reduce estos inconvenientes. Más fuerte resulta el Luminal (ácido feniletilbarbitúrico) en dosis hasta 0.3 gr. de acción antiespástica y sedante motora. De ahí su indicación en espasmos de toda naturaleza. Conjuntamente con el bromo y en combinación con éste constituye el medicamento de elección en epilepsia. Las Luminaletas de 0,015 gr. representan una dosificación sedante y antiespasmódica muy manejable. Existe incluso la variante inyectable "Luminal soluble". Ha sido mejorado y puesto en venta bajo la denominación nueva de Prominal (N-metil-luminal). En dosis exageradas el Luminal conduce fácilmente a ataxia. Otros remedios son: Fanodormo (ácido ciclohexeniletalbarbitúrico —luminal hidrato), Evipán (ácido N-metilciclohexen —dimetilbarbitúrico). Sobre todo el Fanodormo ( $V_2$  a 1 o 2 comprimidos de 0.2 gr. c/u.) constituye un elemento valioso del arsenal terapéutico. Dial

(ácido dialilbarbitúrico, misma fórmula del Curral). 0,1 a 0,4 gr.; Sandoptal (ácido isobutilalilbarbitúrico), 0,2 a 2 0,4 gr.; Noctal (ácido brompropenilisopropilbarbitúrico, 0,1 a 0,2 gr.; Somnifén (sales dietilamínicas del ácido dietil y alilisopropilbarbitúrico, 20 a 30 gotas "per es" o 1 ampolla por vía intramuscular; y por último, Proponal (ácido dipropilbarbitúrico), Amytal (ácido isoamiletalbarbitúrico) y otros más.

Como el Nirvanol, los preparados del ácido barbitúrico pueden originar idiosincrasias con exantemas morbiliformes y escarlatiformes, angina y nefritis aguda hemorrágica, que a menudo desaparecen sin discontinuar la medicación, pero a veces imponen su interrupción. No se han observado perjuicios crónicos.

A pesar de su derivación de la misma familia química, la acción de cada uno de estos medicamentos es diferente en casos aislados. Así el Fanodormo "más suave" puede resultar muy eficaz en casos donde el Luminal no produce efecto. El médico no debe determinar muchas veces por tanto y con paciencia el medicamento más apropiado. Por ello mismo el gran número de preparados es, en cierto modo, utilísimo.

En los *trastornos combinados del sueño*, aplicamos la *terapéutica combinada*. Las combinaciones más usuales son:

1º) Paraldehído, o bromo, o hidrato de doral, como medicamento cortical, con un ácido barbitúrico;

2º) Bromural, Adalina, o Neo-

dormo, o Sodormid más Medina!;

3<sup>1</sup>?) Bromo más Scopolamina;

49) Luminal más opio,

Existen además preparados de combinación preestablecida como por ejemplo el Lubrocal. Es más manuable, pero no ofrece la ventaja a de la, elasticidad para fijar, en un caso determinado, la proporción óptima. El resultado suele ser siempre mejor, si no se huye al trábalo, siempre provechoso, de establecer, por observación atenta, la mezcla óptima adecuada. La terapéutica combinada permite a menudo reducir al mínimo la dosis necesaria y actuar sobre distintos puntos.

Nos queda por hablar del *insomnio absoluto*; en el insomnio encefalítico absoluto, muchas veces ningún medicamento resulta eficaz. Igual cosa puede acontecer en la abstinencia mortífera y en el delirio. En estos casos de emergencia se recurrirá a los narcóticos.

Contra las hipnolepsias (somonolencia anormal), no disponemos de muchos recursos terapéuticos eficaces. En los últimos tiempos la Efedrina, Efe-tonina y Efedrina-cardiazólica, produjeron el despertar en casos de Picnolepsia, Narcolepsia e hipnестesia visual. Efedrina y Efe-tonina en dosis de 0,025 a 0,05 gr. y hasta 0,1 gr. peroralmente 3 veces por día. Última

administración no más tarde que las 4 p. m. Dosis excesiva conduce al insomnio completo. Otros remedios para despertar son la Lobelina, la Coramina y el Simpatol.

El *sueño inverso* se combate: 19, por reeducación; y 29, por medicación a administrar ya en la tarde.

Para tratar la *disociación del sueño cerebral-corporal* y el *despertar -parcial*, se aumentarán las dosis de los hipnóticos. En las combinaciones medicamentosas se modificará la proporción "componentes de acción talámica y componentes de acción cortical".

Si completamos retrospectivamente los procedimientos, parecerá que se ha concedido mucha importancia a la terapéutica medicamentosa. Pero ella es nuestra arma principal y casi única.

Respecto al *peligro del acostumbamiento* no debe temerse que ello degenera en manía (morfina); no será más que hábito. Esto dependerá de la edad y de la constitución del enfermo. Individuos psicopáticos corren más riesgos que los enfermos orgánicos o depresivos. En los juveniles se procederá con más severidad. El médico no deberá perder nunca el control. Tiene a su disposición un arsenal terapéutico enorme que le permite hallar lo apropiado pa-

ra cada objeto y para cada variante.

La base de la terapéutica de los trastornos del sueño la constituye una anamnesis precisa y la exploración clínica con toda conciencia. En la mayoría de los casos esto permitirá hallar pronto el camino terapéutico adecuado. Pero hay que confesar con toda franqueza **que** el método que debe conducirnos al procedimiento terapéutico a seguir, adolecerá de todos los defectos de cualquier método en clínica médica: el enfermo puede fácilmente cambiar el tipo de la hipnopatía; no se ha establecido en absoluto la proporción de los medicamentos corticales y talámicos; los trastornos a menudo no son atribuibles con certeza a excitaciones corticales

o talámicas. Pero ¿cómo sería posible dar siempre con la causa exacta en un proceso biológico de complejidad tan extrema como lo es el sueño? Este axioma obliga al médico a una observación y control constantes del enfermo.

La labor del médico, si en tal o cual circunstancia no acierta con la primera receta, será de todos modos muy sugerente, instructiva e interesante en la profundización de sus conocimientos de este problema biológico tan importante: el sueño.

(De la *Munchener Mediz. Wochensch.* N° 11. 1934).

Traducción de *J. Albani.*

—*Del Día Médico.*—

## NEFRECTOMIA POR PIONEFROSIS

I. v. de L. de 43 años, costurera, vecina de Tegucigalpa, ingresa al I Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General el 6 de julio, por dolor en el riñon derecho.

*Historia.*—■ Dice que desde hace 4 años sufre de dolores continuos en la región renal derecha, de intensidad variable, a veces fuertes, en forma de accesos y a veces suaves, sin propagación alguna, como de tiramiento. Desde su apareamiento hay temperaturas, variables también en intensidad y tiempo, llegan hasta 40 grados.

Atribuye la paciente su actual dolencia a una operación practicada hace 4 años y dos meses

que consistió en Histerectomía vaginal por un tumorcito, dice ella, **que** le causaba hemorragias dos veces al mes. El mes consecutivo a la operación estuvo en estado tan grave, casi sin conciencia, que no se dio cuenta de nada; hasta entonces, al terminar ese mes, notó que le salía orina por la vagina incesantemente, pero que también orinaba cuando sentía deseos. La orina dejó de salir por la vagina hasta 3 días antes del ingreso al Hospital. Dice que hace 2 años y dos meses le operaron para contenerle la orina pero que el mismo día sintió igual malestar.

*Estado actual.* — Se trata de

una mujer destruida, angustiada, una dolorosa retratada en el rostro. Camina con dificultad inclinada del lado derecho, apoyada en el brazo de una enfermera. Sufre al acostarse en la mesa de examen.

La inspección no muestra nada extraordinario en la región donde acusa su padecer.

La palpación nos enseña un dolor exquisito extendido del ángulo costo-vertebral hasta la arcada crural, parte del flanco - derecho y fosa ilíaca del mismo lado. El resto del abdomen normal, región renal izquierda lo mismo.

El examen ginecológico marca ausencia del cuello y cuerpo del útero, dolor en el fondo de saco lateral derecho. Al especulum una pequeña cicatriz en el mismo sitio doloroso.

Temperatura oscila entre 37.6 y 39.5.

Pulso 120.

Tensión arterial 10 Mx. 6 Mn.

Cantidad de orina en 24 horas entre 600 y 900 gramos. Trazas de albúmina.

*Sangre:*

Glóbulos rojos, 3.890.000.

Glóbulos blancos, 10.340.

Polinucleares, 84 %.

Linfocitos, 9 %.

Grandes mononucleares, 6 %.

Eosinófilos, 1 %.

Una pielografía muestra el riñón izquierdo perfectamente bien. En el lado derecho nada se ve.

Otros aparatos y sistemas normales.

*Diagnóstico.* — En presencia de una mujer que desde hace 4 años sufre de dolores renales acompañados de temperatura y de salida de orina por la vagina después de una operación vaginal, orina que cesó de salir hasta hace 3 días, concluimos en que se trata de una Pionefrosis consecutiva a una sección operatoria del uréter derecho. Por el hecho de no derramarse más orina por la vagina y porque la radiografía dice que el riñón derecho no funciona, pensamos que el riñón está destruido o esclerosado.

*Tratamiento.* — El 11 de julio se practica una Nefrectomía derecha sin ningún inconveniente. Por encontrarse el tejido celular de la cápsula perirenal infectado se deja un buen drenaje de Mikulicz. Supura hasta el 22, entonces se retiran los drenos. Luego sigue una evolución favorable hasta el 17 de agosto en que se le da el alta, después de haber recobrado varias libras y olvidado del todo sus dolores.

*Comentario*

Dado que el origen de la fístula urinaria coincide con la histerectomía vaginal practicada hace 4 años y 2 meses a nuestra enferma que también orina normalmente cuando siente deseos, debemos creer que fue un accidente operatorio consistente en sección del uréter derecho el causante de dicha fístula.

Dado que 2 meses después de la operación empezó a sentir dolores en la región renal derecha nos inclinamos a explicar dichos dolores por una dilatación del uréter, pelvis y riñón a consecuencia de la estrechez cicatricial que se forma siempre en el cabo superior de un uréter seccionado. La dilatación favoreció la éxtasis urinaria y ésta la infección traducida por dolores y temperatura en la región renal.

Hecho curioso: el riñón no se encontraba en la casilla renal sino muy debajo, a unos 5 traveses de dedo el polo superior del ángulo costovertebral. El tamaño era normal. Al seccionarlo longitudinalmente se vieron varios pequeños abscesos. Había pus dentro de la cápsula perineal. Cálices, pelvis y uréter muy dilatados.

Por qué el riñón no estaba dilatado como sucede frecuentemente en las Pionefrosis por estenosis uretral? Por qué tampoco estaba esclerosado? La dilatación pionefrótica y la esclerosis son las limitantes de esas estrecheces pero aquí no sucedió así. Ignoramos por qué.

El hecho de estar el riñón destruido funcionalmente nos au-

rizó plenamente para hacer una nefrectomía indiscutible.

Pero si el riñón en vez de estar destruido hubiera funcionado siquiera medianamente aún, cuál hubiera sido nuestra conducta? La misma.

Nuestro Maestro Marión así lo enseñó. Porque las desembocaduras del uréter sea a la vejiga, al intestino delgado o grueso, a la piel conducen a la larga a la estenosis del cabo superior y a la dilatación del uréter, pelvis y riñón, amén del peligro más próximo de la infección ascendente cuando la anastomosis se hace al intestino.

Sólo en el caso de que el riñón opuesto al del uréter seccionado esté en malas o medianas condiciones podrá discutirse alguna de esas intervenciones.

Sin embargo no todos los cirujanos están de acuerdo en el procedimiento radical de nefrectomía para curar las fístulas uretero-vaginales; con frecuencia hemos visto o leído reportes de numerosos casos en que se obtuvo éxito con las anastomosis. Es posible. Yo mismo recuerdo haber seccionado un uréter al extirpar un voluminoso fibroma del ligamento ancho que suturé inmediatamente cabo a cabo con magnífico resultado, de esto hace 7 años.

En conclusión me declaro partidario de la nefrectomía como mejor medio de tratamiento de las fístulas uretero-vaginales cuando el otro riñón está bueno.

Por 3 veces lo he empleado a entera satisfacción.

*S. Paredes P.,*

## RADIACIONES ULTRA-VIOLETAS

*Por John S. Coulter, M. D.*

Profesor Ayudante a cargo del Departamento de Fisioterapia de la Escuela de Medicina de **Northwestern University**, de Chicago. Miembro de la **American Association for the Study and Control of Rheumatic Diseases**.

La dosificación de radiación ultravioleta del sol es difícil de estimar y por lo tanto, para fines terapéuticos, la mayoría de los médicos usan alguna fuente artificial de radiaciones. Las dos fuentes comunes artificiales de radiaciones ultravioletas son la lámpara de cuarzo a vapor de mercurio y la lámpara de arco de carbón.

El Consejo de Fisioterapia de la *American Medical Association* ha adoptado, y, en tanto no se proponga un medio más práctico y viable, continuará usando la reacción eritémica como base para juzgar la efectividad de un generador de ultravioleta por las siguientes razones: a. La reacción eritémica es un indicador de uso común de la tolerancia de la piel y de la cantidad de radiación ultravioleta que puede aplicarse en una sola vez; y mientras se use el tipo de generadores de ultravioleta de hoy en día, la prueba eritémica será necesaria para evitar lesiones por quemaduras.

b. Es casi la única reacción fisiológica de los rayos ultravioletas que está establecida con un grado relativamente alto de exactitud, permitiendo el cálculo de un tiempo aproximado de exposición con la simple medición física del flujo radiante de ultravioleta emitido por la lámpara.

c) Es un medio sencillo y práctico para evitar graves quemaduras al usar potentes fuentes de radiación ultravioleta.

d. Es una salvaguardia eficiente contra la venta fraudulenta de lámparas que emiten poca o ninguna radiación de longitud de onda más corta que la de alrededor de 3.130 unidades angstrom, generalmente aceptada como poseedora de un valor específico en la prevención del raquitismo.

Las especificaciones del Consejo en lo que toca a la intensidad mínima se basan en una distancia cómoda y conveniente (60 centímetros) desde el borde frontal del reflector, distancia a

la que puede hacerse la exposición sin quemar la piel. La intensidad de ultravioleta de la lámpara debe ser tal que el tiempo de exposición necesario para obtener un mínimo apreciable de eritema (el que desaparece en menos de 24 horas) no sea mayor de 15 minutos con una lámpara terapéutica y 60 minutos para las llamadas lámparas domésticas.

El uso terapéutico de la luz ultravioleta en la dermatología se ha hecho recientemente de actualidad debido a investigaciones más activas y más exactas. Su uso tiende actualmente a ser un coadyuvante en el "tratamiento más bien que un método específico.

En psoriasis, algunos casos mejoran notablemente con la ultravioleta y otros dejan de responder a su efecto o aun se agravan. En casos persistentemente recurrentes puede usarse literalmente la **luz** ultravioleta cuando hay peligro de que los rayos X produzcan cambios permanentes en la piel. Se está usando la luz ultravioleta para evitar la recurrencia de lesiones, haciendo que el paciente use la lámpara periódicamente en su casa, aplicándose una dosis **pequeña** que mantenga una ligera pigmentación. En lo general las formas superficiales, ligeramente infiltradas, especialmente en erupciones frescas, responden mejor que las placas gruesas de antiguo origen. La reacción es también mejor en los que no han, tenido un ataque previo, y en aquéllos en quienes el primer ataque ha sido rápido. Un segundo eritema es ne-

cesario, y en áreas gruesas puede usarse una lámpara enfriada por agua para acortar el tiempo. Ahora, en psoriasis usamos una pomada de petróleo crudo al 1 o 5 %, así como ultravioleta, siendo el efecto de esto la sensibilización de las lesiones a la terapia por medio de la luz. La pomada se aplica en las áreas, se deja por toda la noche, se quita parcialmente y se irradian las lesiones.

En alopecia areata de origen reciente puede producirse una hiperemia activa con dosis intensas de luz ultravioleta; no puede esperarse ninguna mejora sin una hiperemia. La hiperemia producida por irritantes, en la que la destrucción no sea demasiado considerable, producirá resultados igualmente buenos. En los casos antiguos, especialmente en los del tipo generalizado, debe probarse la ultravioleta aun cuando el pronóstico sea dudoso.

En alopecia seborreica existe también tendencia a una degeneración del folículo del pelo y la luz ultravioleta puede producir una fina desfibración que no llega a desarrollarse más que tiende a caerse.

En acné vulgar se obtienen los mejores resultados con la luz ultravioleta en los períodos agudos, en los que un pequeño número de comedones con cierta inflamación aguda y una cantidad un tanto grande de secreción aceitosa. Las lesiones pustulares son absorbidas rápidamente con dosis bisemanales; se recomienda un eritema de primer o segundo grado. El tratamiento del acné por ultravioleta-

ta resulta generalmente muy lento. Los pacientes con frecuencia rehusan sujetarse a repetidas e intensas dosis de ultravioleta en la cara. Deben corregirse otros factores en la enfermedad, tales como trastornos endocrinos, indigestión crónica, mala nutrición, etc.

En la tuberculosis de la piel, como lupus vulgaris, la producción de una reacción de segundo grado, localmente, produce mejoría.

La mejoría de la tuberculosis general es también un factor en el tratamiento de la tuberculosis local de la piel.

■La pitiriasis rósea es una enfermedad general cuyos síntomas marcados son unas lesiones graneles de color de venado distribuidas en el tronco y acompañadas de prurito que se empeora durante la noche. La enfermedad, por supuesto, es inofensiva y circunscrita. Una dosis que sea suficiente para producir exfoliación puede usarse para quitar las lesiones y aliviar la comezón, dejando en su lugar un eritema y una exfoliación que

produce la incomodidad de una severa exposición general al sol. Por esta razón muchos pacientes prefieren dejar que la enfermedad siga su curso sin someterse a tratamiento.

En las erisipelas el uso de la ultravioleta da tan buenos resultados como los que son de esperarse de otros métodos aceptados de tratamiento, inclusive los rayos X y la antitoxina. Con el uso de la ultravioleta la técnica es sencilla, económica, desprovista de peligro, requiere sólo unos cuantos tratamientos, *m* está al alcance de la mano en casi toda comunidad. Se administra una doble dosis eritematosa de ultravioleta a las lesiones y en un margen de unos siete centímetros alrededor de ellas.

Entre las contraindicaciones para la actinoterapia pueden contarse las siguientes: fiebres altas o continuas, actividad marcada en las lesiones dérmicas, enfermedades cardiorrenales avanzadas, tuberculosis pulmonar aguda, viruela, e hipersensibilidad a la luz en condiciones tan raras como en hidroa vaccini-

forme, hidroa estival y eroderma pigmentosa.

La radiación ultravioleta tiene algún valor en el tratamiento de enfermedades oftalmológicas.

El tratamiento local es beneficioso en úlceras de la córnea, tuberculosis de la córnea y conjuntiva, tracoma y blefaritis. Las lesiones herpéticas muestran los efectos más marcados de tal tratamiento. Las radiaciones generales del cuerpo son beneficiosas en queratitis flictenular y en condiciones oculares de origen tuberculoso.

La luz ultravioleta tiene un valor definido en el tratamiento de heridas. Debe administrarse la exposición a cada cambio diario de curación, y aumentarse de acuerdo con la tolerancia del paciente. Con el uso juicioso de la radiación ultravioleta se estimula la formación de granulaciones cicatrizantes, y es un coadyuvante valioso en la preparación de tejidos de granulación infectados para los casos de injertos de piel. Para una herida infectada o que está formando costra, se aplica una curación caliente continua, renovándola diariamente. Cuando estas providencias han asegurado una provisión de sangre adecuada, se emplean las radiaciones ultravioletas en dosis suficientes para enrojecer las granulaciones, vascularizarlas y librarlas de exudados. La dosis debe ser tal que produzca un eritema suave en la piel normal, y aumentándose si la influencia en la herida no es suficiente. Cuando el tejido de granulaciones se ha convertido

en una zona no infectada de un fondo firme de color de carne con una línea de epitelio en desarrollo en las orillas, las condiciones son adecuadas para el injerto de la piel.

En casos de raquitismo, el aceite de hígado de bacalao, el viosterol y las radiaciones ultravioletas son generalmente aceptados como agentes específicos en la profilaxia y curación del raquitismo activo en los niños de pecho. El viosterol es ventajoso a causa de su concentración. La radiación ultravioleta produce sin género de duda una variedad de efectos fisiológicos, inclusive influencias en la sangre y la circulación, que aun están por ser cuidadosamente valorizados. La dificultad mayor estriba en la falta de datos sobre la cantidad de radiación ultravioleta requerida. Actualmente, la combinación del aceite de hígado de bacalao, el viosterol y la luz ultravioleta parece ser lo más adecuado.

La susceptibilidad a los resfriados ordinarios ha quedado reducida 40 % según la serie de experimentos que Maughan y Smiley, de *Cornell University*, efectuaron en estudiantes universitarios durante varios años. Esto no ha quedado confirmado por experimentos similares en otras partes, pero nuestra experiencia nos conduce a creer que la radiación ultravioleta desempeña un papel importante en la profilaxia de la bronquitis.

El método más seguro en la tuberculosis es un reposo completo, higiene y dieta, pero la ultravioleta es uno de los adyuvantes más importantes en el

## N O T A S

Recibimos de Santiago de Chile un folleto titulado Megaesófago enviado por los autores Juan y Manuel Marín Rojas que mucho agradecemos.

Como nuevos canjes recibimos este mes Revista Médica de Chile y Boletín de los Hospitales de Caracas. Venezuela. Correspondemos.

tratamiento. Las fuentes artificiales de luz no deben considerarse como auxiliares importantes en el tratamiento de tuberculosis pulmonar. Aun la luz del sol en tuberculosis pulmonar deja mucho que desear. Asimismo, los peligros son tales que hacen arriesgada esta forma de tratamiento, a no ser que se lleve a cabo bajo experta vigilancia. En lo que se refiere a los casos de tuberculosis pulmón  $<x$ , se experimentarán sólo fracasos si el tratamiento se administra con la temperatura del paciente a 37,7° C. El tratamiento puede reanudarse cuando la temperatura se normaliza disminuyéndose la dosis.

La luz solar es el tratamiento de elección para tuberculosis de los huesos y articulaciones, administrando por lo general exposiciones del cuerpo graduadas según el método de Rollier, conjuntamente con la observancia de dieta, higiene y las medidas quirúrgicas necesarias. Se dan

De México llegó el folleto que<sup>1</sup> contiene el Acta General del Séptimo Congreso Pan-Americano del Niño.

Con destino a Rochester, Minnesota, partió el Dr. Manuel Cáceres Vígil, activo Secretario de la Facultad de Medicina.

Para San Lorenzo se fue el Dr. Isidoro Mejía en busca de salud.

exposiciones generales con exposiciones locales adicionales en el área enferma. En tuberculosis de huesos y articulaciones, debe conservarse una tabla del peso del paciente vigilándola cuidadosamente, pues éste es una de las más importantes guías en el progreso de los casos. Cada tres meses deben tomarse radiografías por lo menos de dos vistas de las articulaciones. Deben tomarse siempre las medidas ortopédicas pertinentes.

En tuberculosis de la laringe, las radiaciones generales en el cuerpo deben combinarse con tratamiento local apropiado.

Con el cuidado debido y una concienzuda vigilancia, son verdaderamente alentadores los resultados que se obtienen con las radiaciones ultravioletas en las peritonitis tuberculosas y las tuberculosis intestinales.

—Continuará.—