

Archivos del Hospital Rosales

ORGANO DEL INSTITUTO DE SU NOMBRE

DIRECTOR Y REDACTOR, **Doctor Guillermo Trigueros**

PUBLICACIÓN MENSUAL.

PERSONAL DEL HOSPITAL ROSALES:

<i>Director</i>	<i>Director Suplente</i>
DR. RAMÓN GARCÍA CONZÁLEZ	DR. SANTIAGO LETONA HERNÁNDEZ
<i>Administrador</i>	<i>Tesorero</i>
DR. JUAN B. MAGAÑA	DON VICTOR NOUBLEAU

MEDICOS Y CIRUJANOS

- | | |
|---|---|
| 1. <i>Servicio de Cirugía y Oftalmología</i> - DR. TOMÁS G. PALOMO. | 1. <i>Servicio de Medicina</i> - DR. CARLOS BONILLA. |
| 2. <i>Servicio de Cirugía</i> - DR. FRANCISCO GUEVARA. | 2. <i>Servicio de Medicina</i> - DR. SANTIAGO LETONA HERNÁNDEZ. |
| 3. <i>Servicio de Cirugía</i> - DR. ALFONSO QUIÑÓNEZ M. | 3. <i>Servicio de Medicina</i> - DR. LUIS V. VELASCO. |
| 4. <i>Servicio: Maternidad y Padiatria</i> - DR. JOSÉ LLERENA. | 4. <i>Servicio: Tuberculosos</i> - DR. LUIS LAZO ARRIAGA. |
| 5. <i>Servicio: Vias Génito-Urinarías, hombres</i> - DR. F. GUILLERMO CANO. | <i>Servicio de Pensionistas</i> - DR. LUIS PAREDES P. |
| 6. <i>Servicio de Cirugía y Dermatología</i> - DR. PEDRO MEJÍA. | <i>Servicio de Consultas Externas</i> - DR. ADAN LAÍNEZ. |

Enfermedades Infecto contagiosas - DR. J. SIMÓN PACHECO.

Médico Interno

DR. RAFAEL VILLACORTA

Director del Gabinete de Electricidad

DR. DAVID C. ESCALANTE

Director del Laboratorio de Bacteriología y Vacuna

DR. JUAN C. SEGOVIA

CONDICIONES DE LA REVISTA

EL AUTOR Ó EDITOR QUE REMITA UNA OBRA tendrá derecho á un anuncio en espacio y tiempo proporcional al valor de la misma. Por dos al anuncio y á un análisis. Si el envío fuere constante el anuncio será permanente.

Tout ouvrage envoyé á la Direction du Journal, sera annoncé dans un espace proportionnelle á son prix; seule seront analysés ceux qui auront été remis en double. Toda correspondencia dirijase al Sr. Director: Hospital Rosales San Salvador, Rep. de El Salvador, C. A.

Suscripción gratuita para médicos y practicantes que la soliciten. **Anuncios: Precios convencionales**

Archivos del Hospital Rosales

DIRECTOR Y REDACTOR,
DOCTOR GUILLERMO TRIGUEROS.

N.º 10.

S. Salv., Enro., Febro. y Mzo. de 1916

NOS. 104, 105 Y 106.

CONTENIDO

¿Existe entre nosotros la Febre Biliosa Hemoglobinúrica, por el Dr. Luis V. Velasco. — A propósito de un caso de Dermatitis Polimorfa Dolorosa Crónica Recidivante. — Revista Científica. — Estudio Clínico, por J. de J. Zamora. — Trabajos en idioma español, por Sarabia y Pardo. — Elogio Fúnebre, por M. Quijano Hernández. — Sobre Diarreas Infantiles, por el Dr. G. Trigueros. — Crónica Médica, por el Dr. Serrallach. — Notas Varias.

¿Existe entre nosotros la fiebre biliosa hemoglobinúrica?

Tal era la pregunta que a diario nos hacíamos desde el comienzo del ejercicio de nuestra carrera profesional; y desde entonces nuestra atención había estado a la expectativa hasta que por fin nos fué dado descubrir el primer caso.

Se trataba de un niño que hace como dos años asistía nuestro estimable colega, el doctor Miguel Peralta Lagos, quien, precisamente, por tener la sospecha de que su enfermito se hallaba atacado de esta piroxia, nos hizo el honor de recabar nuestro humilde parecer, y porque, además, el caso revestía un caracter de suma gravedad y quería nuestro compañero solicitar nuestro concurso terapéutico.

El niño a que aludimos venía sufriendo hacía algunos meses de *fiebres intermitentes palúdicas* y con tal motivo había sido sometido repetidas veces a la medicación quinínica. Fué, pues, en estas circunstancias como el pobre niño contrajo la terrible fiebre que hubo de cegar para siempre su preciosa existencia.

Por demás está decir que desde el primer instante nuestra impresión coincidió en un todo con la del distinguido colega que nos proporcionó la ocasión de hacer pasar por nuestra vista el primer caso de *fiebre biliosa hemoglobinúrica*.

No conservo los detalles de esta interesante observación, y por eso he de conformarme con dejar simplemente apuntado este hecho que no dudo merecerá figurar en los anales de nuestra incipiente bibliografía médica nacional. Debo, sin embargo, advertir, que para la identificación de nuestro caso se recurrió a todos los medios de investigación aconsejados por la ciencia (el examen de sangre, de orina, curva térmica, etc.)

Convencidos, pues, de la existencia de la *fiebre biliosa hemoglobinúrica* en nuestra suelo, hemos venido —desde la fecha de este primer caso— redoblando nuestras pesquisas hasta que la casualidad ha querido que recientemente volvamos en compañía de nuestro mismo colega, doctor Peralta Lagos, a observar el segundo caso del cual voy a relatar a continuación los detalles esenciales:

El señor R. C., como de 40 años de edad, empleado de la Oficina Central de Teléfonos de esta ciudad, ocurrió a nuestra Clínica particular a principios de este mes, quejándose de abatimiento físico y de anorexia. Refiere que hace varios meses viene padeciendo de *fiebres intermitentes* que lo han obligado a suspender sus ocupaciones y a permanecer en el campo: ha sido sometido repetidas veces a la medicación específica (quinina); pero en vista de que su salud ha seguido quebrantándose, solicita nuestros servicios profesionales.

A primera vista se aprecia en nuestro enfermo un ligero grado de enflaquecimiento y cierta palidez general del tegumento y de las mucosas. No hay *ictericia* ni fiebre. El bazo algo aumentado de volumen a la percusión, y el hígado también. El resto de sus demás órganos y aparatos nada de particular al examen físico. Diagnóstico: *paludismo crónico*.

Prescribimos a nuestro paciente permanencia en el campo, reposo físico y moral, alimentación ordinaria, y como medicamento unas píldoras que contenían quinina (a dosis teónica) y arsénico.

Al cabo de tres o cuatro días de este primer examen fuimos llamados en consulta por el propio doctor Peralta Lagos, para ver a este mismo enfermo, quien a juicio de mi estimable compañero se hallaba atacado de *fiebre biliosa hemoglobinúrica*.

Ocurrió por la tarde a la consulta solicitada y pude entonces enterarme de que el señor R. C. había sido acometido la noche anterior (hasta entonces menos de 24 horas) de un escalofrío violento y prolongado seguido de fiebre. Por la mañana, muy temprano, fué llamado el doctor Peralta Lagos, quien constató desde su primera visita, fiebre alta (40°) agitación, vómitos biliosos frecuentes, ictericia pronunciada y general, enterorragias, orinas casi negras semejantes al color de infusión de café, (hemoglobínicas) y algunos elementos discretos de púrpura en el tronco, en los antebrazos y en las piernas.

Un cuadro clínico semejante pude yo también observar desde mi primera visita, razón por la cual me adherí en un todo a la opinión sustentada por mi colega.

A lo prescrito por el doctor Peralta (preparación anti-vomitiva, cloruro de calcio, bebidas heladas, etc.) me permití aconsejar el empleo de la *sueroterapia artificial* y el traslado del enfermo al pensionado del Hospital Rosales, en donde al siguiente día lo encontramos en estado de mayor gravedad: efectivamente, la ictericia era ya mas pronunciada, las orinas siempre intensamente coloreadas, el pulso frecuente, pequeño y algo irregular, adinamia, temperatura subnormal, extremidades frías, disnea etc. En presencia de un cuadro tan aterrador, formulamos un pronóstico fatal que recibió ese mismo día su confirmación con la muerte de este apreciable caballero.

El cuadro que hemos bosquejado parece, a no dudarlo, corresponder en un todo a una *forma hemorrá-*

gica de la fiebre biliosa hemoglobinúrica. Están aquí reunidos todos los elementos clínicos que caracterizan a esta entidad mórbida, y por lo mismo, nos parece superfluo insistir en consideraciones diagnósticas.

Tampoco diremos nada respecto a los factores de orden patogénico y etiológico que puedan haber influido en este caso. Baste decir que nuestro enfermo era un palúdico que había ingerido repetidas veces dosis de quinina, condiciones ambas que los autores han invocado como favorables a la aparición de esta fiebre, a veces tan temible.

A este segundo caso por nosotros observado, debo agregar un tercero que verbalmente me ha sido comunicado igualmente por mi referido comprofesional doctor Peralta Lagos; se trataba de una conocida persona de esta capital que después de ofrecer un complejo clínico semejante al anterior terminó fatalmente.

Antes de concluir, conviene hacer notar que las formas *hemorrágicas* de la fiebre biliosa hemoglobinárica son, según Gouziéu, (*Traité de Pathologie Exotique*, de Grall y Clarac, t. II) “fatalmente mortales.” Tal ha sucedido en nuestro segundo caso.

Creo, pues, firmemente que la *fiebre biliosa hemoglobinúrica* existe entre nosotros, y que, probablemente, ha sido y seguirá siendo desconocida en tanto que nuestros colegas no fijen su atención.

Y es por eso que me ha parecido oportuno dar publicidad a estos hechos brevemente relatados, abrigando la convicción de que en lo sucesivo no faltará quienes con su observación personal confirmen la respuesta que yo he dado al acápite de estas líneas, es decir, *que existe entre nosotros la fiebre biliosa hemoglobinúrica.*

LUIS V. VELASCO.

San Salvador, 15 de febrero de 1916.

A propósito de un caso de Dermatitis Polimorfa Dolorosa Crónica Recidivante

(Observación recogida en el 3er. Servicio de Medicina del Hospital Rosales, a cargo del doctor LUIS V. VELASCO).

Estimulado por el distinguido profesor, doctor Luis V. Velasco, ilustrado maestro mío, doy a la publicidad la importante observación de un raro caso de Dermatología, existente en el Servicio de Medicina que aquel facultativo tiene a su cargo en el Hospital Rosales.

Creo con esto contribuir, en parte, a la divulgación científica de un ramo de la Medicina, tan poco conocido entre nosotros y cuya importancia reclama ya la creación de una sala especial, consagrada al estudio de las enfermedades que dicho ramo comprende.

La exposición siguiente pondrá de relieve las benéficas enseñanzas dermatológicas que encierra el caso que motiva el presente estudio.

*

Demetria Abarca, de 29 años de edad, viuda, de oficios purera y molendera, originaria de Zacatecoluca, entró al 3er. Servicio de Medicina el primero de noviembre del año retropróximo, quejándose de una erupción generalizada en todo el cuerpo.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Su madre, muerta hace tres años; ignora la enfermedad de qué murió. Su padre vive, de cuarenticinco años; padece desde hace algún tiempo de reumatismo.

Hermanos ha tenido ocho, de los cuales sólo viven dos. De los seis muertos dice: dos (uno de dieciocho y otro de trece años) murieron de *sangre de nariz*, sin poder agregar más, porque cuando murió el primero, ella estaba muy pequeña, y cuando el segundo se encontraba ausente. Otro murió de disentería, y el cuarto a consecuencias de un accidente traumático: fractura del miembro superior izquierdo.

De una fiebre que no sabe calificar, murió una mujercita, y el último muerto parece que correspondiera a un aborto, de cinco a seis meses, que su madre tuvo.

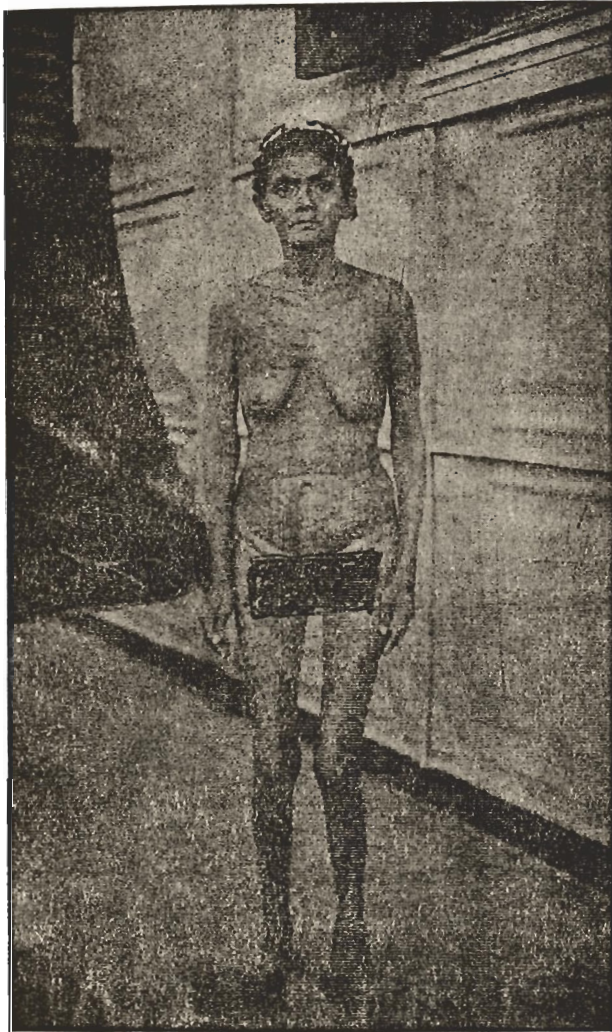
Sus dos hermanos vivos, el uno de 18 años es sano, y el otro padece de paludismo.

De sus demás familiares no dice nada. En su matrimonio tuvo dos hijos, y viuda dos más; los primeros se le murieron: el primogénito de siete días de nacido, y el segundo a los tres años, de disentería; los que tuvo en su viudez le han quedado, son sanos. De los padres de sus hijos manifiesta que fueron sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

De su vida ordinaria refiere que ha tenido excesos de trabajo, obligada por la pobreza y las necesidades de sus hijos; que ha sufrido miserias y penalidades; que su carácter, a pesar de todo, ha sido suave; su temperamento, apacible, sin ser impresionable ni tener nerviosidades; nunca ha sido víctima de tristezas. Fumadora no ha sido ni ha tenido excesos de licor. Su vida ha sido ordenada y metódica.

En su niñez, manifiesta haber padecido de viruela, según el decir de su madre. Su menstruación le principió a los 13 años, siéndole regular hasta los 17, época en que le faltó durante cuatro meses, recobrándola enseguida con unas medicinas que tomara.



Desde entonces no había sufrido ninguna interrupción, hasta hace el tiempo que tienen sus actuales padecimientos.

De enfermedades venéreas nunca ha padecido.

Hace ocho años que estuvo padeciendo de fríos y calenturas, durante 20 días; ligeros corizas y tos de poca importancia acusa la enferma haber tenido en algunas ocasiones.

Agrega que, hará unos cinco años, en diferentes oportunidades, y no muy frecuentes, con la distancia de pocos días, sufría de dolores pasajeros, de escasa intensidad, en sus piernas y rodillas, notando a veces el dorso de los pies ligeramente hinchado y doloroso; todo esto le pasaba con el reposo durante la noche.

Por último, y antes de historiar su enfermedad actual, la enferma nos manifiesta haber tenido hace 12 años, después de una noche de desvelo, una erupción generalizada, como sangre resfriada, que le picaba mucho, le duraba un día más o menos, y le dejaba una sensación de calor al desaparecer. Hace seis años tuvo otra, semejante a la anterior, que le duró pocos días, sólo que ésta le apareció después de haber sido azotada por un fuerte viento helado, momentos después de haber planchado. Lo primero que sintió fue intensa picazón.

HISTORIA DE SU ENFERMEDAD

Hace 18 meses, en septiembre de 1914, en ocasión que regresaba de la pesca de camarones, como a las tres de la tarde, navegando en un bote en el río Lempa, fue víctima de una fuerte tormenta durante cinco horas, y después de haber estado asoleándose todo el resto del día. Durante toda esa noche pasó con las ropas bien mojadas, habiéndoselas cambiado el día siguiente después de tomar un baño. Tres días estuvo solamente sin sentir ningún trastorno en su salud; al cuarto día notó, al despertar, que todo su cuerpo estaba cubierto de ampollitas que le picaban mucho; *hace constar que en la noche ya sentía esa picazón.*

Las ampollas, al principio, estaban llenas de un líquido claro, el que desaparecía al ser rotas por el ras-

cado; las que no se rompían por la mano de la enferma, y seguían su evolución, a los tres días, más o menos, se volvían turbias, purulentas, (se le maduraban, dice ella).

Las ampollas presentaban distinta coloración y tamaño, siendo amarillentas o morenas; y tan grandes como un huevecito de paloma o un grano de trigo. De forma también variada, siendo ovoides, redondas o irregulares; su duración no la pudo apreciar con precisión, pero sí cree que le duraban unos diez días.

Al romperse las ampollas le quedaban costras de diferente color y espesor. Más de una se le borraban sin romperse, dice ella, es decir, se le reabsorbían, dejando en su lugar una coloración morena oscura. En el curso de sus brotes eruptivos, que al principio tenían algunos días y hasta semanas de calma, la enferma refiere que en su cuerpo le aparecían unas placas coloradas, y que muchas de sus ampollas eran turbias desde el principio, o rojizas, notando al rededor de las primeras una línea roja, que no tenían antes.

Estos elementos, como los primeros, después que se rompían le dejaban costras, variadas en espesor y color, pues ya eran blanco-amarillentas, grises o negruzcas. Después de varios días, que ella no contaba, las costras se le caían, dejándole en cambio una superficie blanco-rosada. Cuando se arrancaba la costra antes del tiempo necesario para su espontánea caída, quedábale una superficie roja, húmeda (sangrante).

A veces notaba que la costra era tan delgada, y su color blanco-amarillento, que le parecía una escama. Manifiesta la enferma que si es verdad que al principio de sus padecimientos sólo picazón sentía en cada ampolla, después de algunos días, una fuerte sensación de calor le molestaba también, hasta el grado de ser factores importantes en la causa de su *insomnio*, que desde los primeros días ha venido padeciendo.

Además de quejarse de su insomnio, la enferma refiere que su apetito no dejó de resentirse algo desde los primeros días de su dolencia, habiendo llegado a dismi-

núirsele bastante en algunas ocasiones; sus fuerzas se le han venido disminuyendo a medida que su afección le ha progresado; se ha adelgazado, debilitándose y acusando imposibilidad y desgano para el trabajo.

Agrega que, durante los últimos meses del lapso de tiempo que tiene de estar enferma (18 meses), no ha experimentado la menor tregua en la sucesiva aparición de sus brotes, los que han sido acompañados de fiebres (calenturas, dice), principiándolas a sentir a los tres meses de su dolencia. Las fiebres primeras eran muy altas, con fríos y delirio; no recuerda cuánto le duraban, pero nunca le pasaban de diez a quince días.

Como a los ocho meses, más o menos, de tener la erupción en todo el cuerpo, sintió, y se dió cuenta viéndolas, que también en el cielo de la boca y en sus órganos genitales le aparecían ampollas, en la misma forma y con las mismas sensaciones.

Hace notar que en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, nunca le han brotado ampollas, pero en cambio ha sentido la misma comezón, y la piel se le ha caído en forma de escamas.

Durante su enfermedad confiesa la paciente haber tenido varias veces, por unos dos días, con intervalos que no ha sabido apreciar, asientos diarreicos, en número hasta de tres al día; no se ha fijado, dice, si han coincidido con los brotes de su erupción.

De su funcionamiento renal expone, solamente, que durante su enfermedad ha observado que unas veces ha orinado bastante y otras poco; esto en lo que se refiere a cada micción, pues para el total de las veinticuatro horas, no puede decirlo. En el día no sabe decir cuántas micciones hacía, pero en la noche sí asegura que erande dos a cuatro.

La coloración, dice, ha sido variada, ya blanca como agua, o de un amarillo subido; sobre los demás caracteres no puede agregar nada.

Sus reglas (menstruaciones) se le han suspendido desde que cayó enferma, quedándole en cambio un flujo blanco (leucorrea).

De cefalalgias sufría cuando la fiebre le subía bastante; lo mismo puede decirse de los vómitos, acuosos, ácidos, amargos y algo amarillentos, que acompañaban también a sus accesos febriles.

La enferma hace presente que ha adelgazado bastante y que sus fuerzas se le han venido agotando a medida que su dolencia se ha prolongado, hasta el grado que, desde hace diez meses, permanece acostada. No se ha podido dedicar a sus quehaceres desde que le principió su enfermedad.

ESTADO ACTUAL

Es una enferma cuyo estado general no deja de estar bastante perturbado, de talla regular, de constitución débil, enflaquecida, de un tinte pálido; su funcionamiento psíquico normal; en la superficie de todo su cuerpo se nota una erupción compuesta de pústulas, de diferente tamaño y color, en evolución; costras de espesor y coloración distintas; máculas pigmentadas y escamas, sobre todo, en las palmas de las manos y las plantas de los pies.

En la cavidad bucal no se nota ningún elemento eruptivo; lengua ligeramente saburrosa.

En sus órganos genitales: en la cara interna de los grandes labios se notan unas máculas pigmentadas; hay abundante escurrimiento blanco (leucorrea).

Examinando su erupción por regiones, resulta que, en la cabeza: cuero cabelludo, presenta una que otra costra, pequeñas, grises. En la cara, en su mayor parte, máculas pigmentadas; como se verán son de distinta forma, a veces se nota una sola mancha; la enferma dice que sobre toda esa superficie tuvo ampollas; de la cara, son contados los puntos que han sido respetados. Las orejas y el cuello presentan las mismas particularidades anotadas anteriormente, observándose también algunas costras espesas, negruzcas y de diferentes formas.

En los miembros superiores: derecho—hombro—lo mismo que anteriormente; brazo, se nota la piel arrugada, con pequeños elementos de escama, una que otra costra, espesa y morena; y pústulas acuminadas, redondas unas, irregulares otras; de diferente tamaño, de paredes plegadas y cuyo contenido es de un blanco opaco, amarillento o gris. Algunas se las ve rodeadas de una aereola, de un rojo más o menos oscuro. Se hallan aisladas, con tendencia a aplastarse y de secarse en el centro, dando así origen a las costras amarillentas o morenas. En el antebrazo y dorso de la mano se notan también esos mismos elementos, aun del tamaño de la cabeza de un alfiler; además, hay máculas, costras y escamas.

En la palma de la mano y dedos, solamente existen máculas y escamas.

En el miembro superior izquierdo (hombro, brazo y antebrazo) se observan más o menos los mismos elementos que en su homólogo, sólo que más abundantes las costras, espesas, irregulares y morenas; pocas pústulas; en la mano, dorso, palma y dedos, lo mismo que en sus semejantes del otro lado.

En el tronco: parte anterior—tórax—superan las máculas pigmentadas; existen unas pocas costras y algunas pústulas; abdomen, hacia los flancos, pústulas, costras y máculas pigmentadas; parte posterior—tórax—unas pocas costras y muchas máculas pigmentadas; región lomber, abundantes costras espesas, amarillentas, negruzcas; superficies rojizas y pústulas, en algunas de las cuales se ve un contenido negruzco.

En sus miembros inferiores, la erupción se presenta más confluyente, siendo muy contados los pequeños lugares que todavía conservan la coloración normal de la piel; las pústulas presentan diversos grados y aspectos, siendo de mayor tamaño que las ya anotadas, de forma irregular; hay algunas de aspecto hemorrágico; las costras son bastante espesas y de distinto color, unas amarillentas, otras morenas y algunas negruzcas o grises;

hay superficies ulceradas que parecieran debidas al arrancamiento de costras; hay máculas pigmentadas en abundancia; la piel se nota arrugada al rededor de las pústulas, y al nivel de las articulaciones de las rodillas se observa un tanto retraída. Las escamas no sólo se notan en la superficie del cuerpo, sino también en el lecho de la enferma, lo que acusa su caída espontánea, pues así lo dice ella. En el dorso y planta de los pies, lo mismo que en sus dedos, se notan pigmentaciones y escamas. Una que otra costra y algunas pústulas en regresión se observan también en el dorso.

Respecto a la evolución de sus brotes, desde que la enferma entró al hospital, diré lo que ella refiere: que, coincidiendo con su entrada, ha experimentado una recrudescencia en su afección, pues los brotes le han aparecido con mayor frecuencia, acentuándosele más en las extremidades inferiores, donde la piel se le ha arrugado, sintiendo mucha molestia hasta para los más ligeros movimientos, por lo doloroso de los tiramientos que experimenta; la fiebre ha revestido el tipo intermitente unas veces y remitente otras, sin dejar de presentársele un solo día; el apetito lo ha tenido algunas veces completamente nulo, y otras, ligeramente conservado. De su insomnio dice que ha sido completo y casi continuo; su debilidad le ha aumentado hasta obligarla a decir, según su propia frase, que no tiene una onza de fuerza.

En los últimos días del año pasado estuvo con asientos diarreicos, a mediados de enero reciente, presentó, durante dos días, asientos disenteriformes. Las orinas, según se ha podido observar, han oscilado de 800 a 1,200 gramos. La temperatura, de 37.5 a 39°. El pulso ha ofrecido una ligera taquicardia.

Pasando al examen de los órganos y aparatos de la enferma, diré: que fuera de una ligera hipertrofia del aparato ganglionar, en ninguno de los otros he podido notar nada de particular ni de importancia.

Los exámenes del Laboratorio arrojan los datos siguientes: 1° Sangre—no hay Hematozoario de Laverán.

Fórmula leucocitaria—de importancia, una *marcada eosinofilia* (18 ‰). 2º Heces—no hay ameba ni bacilo de Shiga, hay huevos de anquilóstomos. 3º Orinas—no hay albúmina ni azúcar; *hay marcada disminución* en la *eliminación de urea*, 12.50 gr. por lit. y 8.93 gr. por 24 horas.

En la *fórmula leucocitaria del pus* de las *pústulas* existe una *fuerte eosinofilia* (12 por 100); como se observa, RESULTA UNA EOSINOFILIA GENERAL Y LOCAL.

Revista Científica

Un nuevo síntoma llamado del “estiramiento”, en las afecciones de la cola de caballo.—

Refiere la *Revista de Medicina y Cirujía Prácticas*, de Madrid, (Nº 15.—Octubre de 1915) que el doctor H. Schlesinger, de Viena, da cuenta de este síntoma, que consiste en un dolor sumamente violento, que se presenta cuando el enfermo se sienta y que desaparece por completo cuando está echado, de pié o paseando. Estas sensaciones parestésicas y dolorosas se sienten en el periné, en la región anal y también en los órganos genitales o en el intestino recto, siendo en algunos casos tan violentos estos dolores, que el enfermo evita a toda costa el sentarse.

En todos los pacientes en que se ha observado este síntoma existían, además, otros signos indudables de una afección de la cola de caballo, debiendo atribuirse la producción de dicho síntoma a una distensión de las raíces sacras (*Neurologisches Zentrablatt*).

Signos precoces de la exoftalmía basedowiana.—Refiere la *Gazette Medicale* de París (Nº 86

—Noviembre, 1915) que se ha descrito recientemente dos nuevos signos que se presentan de manera prematura y aun como prodromos en la enfermedad de Basedow.

El primero, consiste en la aparición de cuatro estrias de congestión que tienen $2\frac{1}{2}$ a 3 milímetros de anchura y que van desde la periferia del globo ocular hasta cerca del limbo corneano, correspondiendo exactamente a los cuatro músculos rectos.

El segundo se halla en el mismo sitio que el anterior y consiste en dos venas sinuosas y llenas de sangre, que salen de la conjuntiva, a veces de un tronco común, y cuyas ramificaciones terminan a $\frac{2}{3}$ de centímetros del borde de la córnea.

Estos dos signos desaparecen cuando se desarrolla la exoftalmia, quizás a causa de la compresión de los vasos oculares.

Se cree que estas alteraciones de la conjuntiva derivan de una acción local de las sustancias tóxicas que circulan en la sangre de los basedowianos.

Los signos de la clática médica.—Según J. A. Sicarrd (*Societè Medicales des Hopitaux*, sesión del 19 de noviembre de 1915) hay además de los signos bien conocidos de la clática, otros que no han sido todavía estudiados y que son:

- 1º Signo de la ascensión del talón.
- 2º Signo de las contracciones fibrilares.
- 3º El clonus de los músculos glúteos.
- 4º El debilitamiento plantar.
- 5º La discordancia de las reacciones del tensor del fascia lata del lado enfermo y del lado sano bajo la influencia del cosquilleo plantar.
- 6º La discordancia de las temperaturas locales de los dos miembros.
- 7º La elevación vespéral de la temperatura rectal.
- 8º La hiperalbuminosis ligera del líquido céfalo-raquídeo.

Para el autor citado, estos síntomas, aunque ninguno de ellos es patognónico, ofrecen por su agru-

pación unserio valor para eliminar la hipótesis de la simulación.

Tratamiento de la erisipela de la cara por las pinceladas al azul de metileno.—El doctor Nobecourt, de París, emplea una solución acuosa de azul de metileno al 5%, con lo cual el dolor, la inflamación y el edema son rápidamente atenuados, y la duración de la enfermedad es también abreviada (*Société Medicale des hospitaux de Paris, seance du 19 novembre, 1915*).

Tratamiento de la sífilis por el "102".—El doctor Laveran ha presentado en nombre de los señores Luis Fournier, A. Renault y L. Guénot una nota concerniente a un producto descubierto por el señor Danysz y designado bajo la cifra "102". Se trata de un compuesto de arsenobenzol, de bromuro de plata y de antimonio que presenta la ventaja de ser mas activo y menos peligroso para los enfermos que el "606" de Ehrlich, según aparece de las observaciones de más de 500 casos tratados en el hospital Cochin y de 50 casos tratados por el Dr. Raspail en el hospital Val-de-Grâce.

Los enfermos así tratados no experimentan generalmente ninguna reacción peligrosa; al contrario, el estado general de los enfermos anemiados o debilitados por una causa cualquiera se mejoran rápidamente.

Este producto, el "102", no ha sido empleado hasta hoy mas que en la sífilis del hombre y en la tripanosomosis de los animales, donde da resultados notables. El doctor Laverán piensa que sería muy interesante estudiar la acción en todas las enfermedades parasitarias, espirosis, fiebres palúdicas, etc. (*Académie de Sciences, de Paris. Sesión del 29 de noviembre de 1915*).

El cloruro de magnesio en la curación de las heridas infectadas.—El doctor Pinard (*Académie des Sciences, sesión del 22 de noviembre, 1915*) ha empleado a la dosis de 17 gramos por litro de agua esterilizada, el cloruro de magnesio preconizado por el

Dr. Delbet. Se muestra muy satisfecho y considera a este antiséptico como el más fogocitario y el más prontamente reparador de las heridas infectadas.

La adrenalina en el tratamiento de la disenteria. El Sr. C. J. Parhon (de Jassy) ha emitido en la *Sociedad de Biología*, de París, sesión del 23 de octubre de 1915, la hipótesis de que los enfermos disentéricos se hallan en estado de insuficiencia suprarenal, y propone recurrir diariamente a las inyecciones de 3 c. c. y medio de solución al milésimo.

A este propósito, Arnold Netter recuerda que desde 1915 él emplea sistemáticamente la adrenalina en todos los casos de enfermedad infecciosa grave con adinamia.

Tratamiento de la epilepsia.—La *Revista de Medicina y Cirujía Práctica*, de Madrid (21 de octubre, 1915) reproduce del *Brazil Médico*, los conceptos siguientes, emitidos por el doctor Pinto de Carvalho en la sesión celebrada por la *Sociedad Médica* de los hospitales de Bahía el día 30 de mayo de 1915:

La terapéutica de la epilepsia no puede menos de ser guiada por la noción etio-patógena. Existen dos opiniones que, aunque falsas por lo exageradas, contienen, no obstante, algunos gérmenes de verdad. De una parte la idea, según la cual la epilepsia es exclusivamente resultado de la irritación de los centros encefálicos, principalmente de la corteza; y del otro, la de que esta enfermedad es debida a intoxicaciones de especie variada.

Cree el Dr. Pinto, colocándose en el término medio, que la epilepsia es debida a los dos elementos invocados: la irritación central, ocasionada por una enfermedad de la primera infancia y hasta de la vida intra-uterina, muchas veces por meningo-encefalitis, o por defecto hereditario, constituye siempre una especie de irritación clavada en el cerebro; el elemento tóxico es el productor de la crisis y sin el cual el epiléptico podría vivir sin manifestaciones comiciales de ningún género, quedando latente su mal, como ocurre a los individuos de

constitución paranoica, los que, sin un motivo momentáneo de cierta importancia, no serían en toda su vida paranoicos, aunque su organismo contiene el germen del mal.

Con esta orientación etio-patógena se comprende que no pueda admitirse la terapéutica exclusivista; no hay que hacer ingerir al enfermo dosis extraordinarias de bromuro para calmar su hiperexcitabilidad celular ni despreciar el elemento irritativo y ocuparse solo de la intoxicación.

Al reconocer a un epiléptico, debe lo primero averiguarse cual es el trastorno de orden tóxico productor de las crisis; puede ser de origen exótico, pero con frecuencia es de naturaleza auto-tóxica. En muchos casos la auto-intoxicación procede del aparato gastro-intestinal; otras, de una glándula endocrina; en algunos del aparato urinario. Orientado el médico en este punto, conoce la indicación terapéutica natural.

Contra los trastornos auto-tóxicos de origen gastro-intestinal, son muy útiles los fermentos lácticos. En nuestro país no se obtienen con ellos grandes resultados, porque se carece de fermentos frescos y es preciso emplearlos en forma de comprimidos, ya relativamente añejos, lo que disminuye de un modo extraordinario su valor.

En la auto-intoxicación de origen ordinario, la orientación terapéutica debe guiarse, naturalmente, por el órgano de secreción interna afecto o que es el primero que padece. Administra, por ejemplo, el tiroides a las mujeres con trastornos catameniales por exceso; el extracto ovárico a aquellas otras en que hay disminución, y así sucesivamente. Si es imposible conocer con seguridad absoluta el origen de la auto-intoxicación, emplea sistemáticamente el extracto de glándula tiroides, en vista de los brillantes resultados obtenidos con este tratamiento por el Dr. Vidal da Cunha.

Esto en lo que se refiere a la intoxicación. En lo referente a la acción terapéutica, indispensable sobre el elemento irritativo en vista de los efectos deprimentes enérgicas de los bromuros, de la degeneración casi bestial de

Los enfermos en quienes se emplean estos medicamentos durante cierto tiempo, ha utilizado otros que producen mejores resultados sin perjuicio para los pacientes. Ha terminado por adoptar una fórmula que, manejada con la prudencia necesaria y con las variaciones que impone la clínica, le ha permitido obtener resultados bastante satisfactorios. La fórmula habitual es la siguiente:

Picrotoxina..... 5 decimiligramos
Extracto de belladona..... 1 centigramo
Extracto de regaliz..... c. s.
(Para una píldora)

Principia por administrar una de estas píldoras al día, aumentando después gradualmente la dosis según las necesidades del momento y haciéndolas tomar 20 días cada mes. Completa el cuadro terapéutico la dieta lacto-vegetariana, que aconseja invariablemente.

Tal es el método que emplea en el tratamiento de la epilepsia. No es propiamente original. Su valor es debido a que combate simultáneamente los dos elementos constitutivos del mal; el auto-tóxico y el irritativo; no hay exclusivamente de esta o de aquella terapéutica antitóxica. Como hacen los defensores del tratamiento sistemático por los fermentos lácticos; se emplea, por el contrario, tal o cual medicación antitóxica, de acuerdo con el trastorno descubierto; se usan con muchísima frecuencia los extractos de glándulas edocrinas y de preferencia el extracto tiroideo, siempre que no se conoce con seguridad el elemento tóxico; finalmente, la suspensión radical del peligroso bromuro, reservado a lo sumo para los casos del mal epiléptico cuando importa poco la depresión mental del enfermo y se desea obtener una acción rápida; la fórmula aconsejada produce resultados indudables sin los inconvenientes de los bromuros.

Estudio Clínico

En presencia de un caso como este, en que tanto la rareza de la afección como la antigüedad de su proceso, han vuelto difícil su diagnóstico, me siento embarazoso para poder emitir opinión al respecto, y sólo el gran deseo que me anima de aprender y el estimulante que me brinda la buena voluntad del abnegado maestro por enseñar, me han dado el valor suficiente para llevar a cabo tan ardua tarea.

Lo primero que me llama la atención, en el presente caso, son los brotes eruptivos que esta enferma acusa haber tenido: el primero hace 12 años y el segundo 6, y que por su descripción parecen revestir el tipo *eritematoso* o *urticariano*.

Ahora, a las claras está que la erupción de que se viene quejando desde hace 18 meses, tiene como elementos característicos el ser *poliforma*, *pruriginosa*, *dolorosa*, de *larga duración* (es decir, *crónica*) y de *brotes sucesivos*.

Pero para poder llegar al diagnóstico, principiaré por poner en claro *el elemento primordial anatómico* de esta dermatosis: habrá sido una *ampolla* o una *pústula*?

Si por el dicho de la enferma fuéramos a juzgar o asistiéramos al principio de la lesión, no habría dificultad para ello; mas enfrente de un proceso de tan antigua data, lo único que nos servirá para apreciarlo serán los caracteres de los elementos que la enferma presenta y, así, *el elemento anatómico primordial*, me parece que ha sido una *pústula* (en su mayoría), pues en el curso de la afección parecen encontrarse, además, placas eritematosas, pápulas y ampollas, esto como elementos primarios, y como secundarios o accesorios: costras, escamas y máculas.

Digo que ha sido una pústula el primordial elemento de esta dermatosis, porque sus caracteres macroscópicos y de evolución me parecen adaptarse, en un todo, con los de la lesión anatomopatológica que, en su mayoría, constituyen el cuadro que analizamos.

Por lo tanto, qué erupción, o mejor dicho, qué dermatosis, clasificada ya, correspondería a la presente?

Guiado por los caracteres que la individualizan, me atreveré a encasillarla en el grupo de las dermatosis que Brocq estudia bajo la denominación de *dermatitis polymorfos dolorosas*, cuyos caracteres comunes, bajo el punto de vista clínico, son:

“1°—Los fenómenos dolorosos de intensidad variable, pero casi siempre bastante acentuados, a menudo sin proporción con los brotes eruptivos;

2°—Las erupciones casi siempre de aspecto polimorfo, eritematosas, circinadas, eritemato-vesiculosas, eritemato-ampollosas, a veces urticarianas, papulosas, pustulosas, teniendo, de vez en cuando, una disposición verdaderamente herpetiforme, más a menudo simplemente agrupadas, pero pudiendo ser diseminadas;

3°—Una marcada tendencia a evolucionar por brotes sucesivos; y

4°—La conservación habitual de un buen estado general, no correspondiendo con la intensidad de los brotes eruptivos ni con la violencia de los sufrimientos del enfermo; aún cuando a veces tengan, raramente, una terminación fatal.”

Advierto que este grupo comprende casi todo el Péufigo crónico vulgar de la Escuela de Viena, una parte del Eritema polimorfo de Hebra, el Péufigo circinado de Rayer, el Péufigo pruriginoso de Chausit y el de Hardy, y otras entidades más.

No obstante la variedad de afecciones que comprende el grupo, para facilitar su estudio lo han subdividido así:

1°—Dermatitis polimorfos dolorosas agudas.

2°—Dermatitis polimorfos dolorosas crónicas, de brotes sucesivos.

3°—Dermatitis polimorfas dolorosas recidivantes, de la preñez.

En conocimiento ya la anterior clasificación, veamos a cuál de las subdivisiones corresponde el cuadro de nuestra enferma.

No es al primero, de cuyos caracteres difiere, principalmente, por su rápida evolución, por la conservación casi completa del buen estado general y por su constante curación.

Será al tercero, al que Milton llama *herpes gestationis*? No; porque su nombre mismo lo indica, y sería necesario similitud de circunstancias, las que faltan absolutamente en nuestra enferma.

Entonces no nos queda más que el segundo grupo, o sea el de las *dermatitis polimorfas crónicas, de brotes sucesivos*.

Y en este caso, veamos ligeramente cómo se amolda el cuadro que analizamos.

Los hechos que constituyen la categoría a que nos venimos refiriendo pueden, bajo el punto de vista de su evolución, clasificarse del modo siguiente:

1°—*Hechos* caracterizados por una muy larga evolución, por brotes continuos subintrantes de erupciones eritematosas, vesiculosas, ampollas o pustulosas, por fenómenos intensos de prurito o de dolor, y por una conservación bastante completa del buen estado general: ellos constituyen el tipo mismo de nuestra *dermatitis polimorfa dolorosa crónica, de brotes sucesivos*.

2° *Hechos* con los mismos caracteres anteriores, sólo con la diferencia de que algunos enfermos, después de un tiempo más o menos largo, terminan por sucumbir, sea a los progresos de la enfermedad misma, sea a una complicación: ellos constituyen *la variedad grave* del grupo aludido.

3°—La variedad sub-aguda de nuestras *dermatitis polimorfas dolorosas*, está caracterizada, además de lo común de las otras, porque la curación se establece, sea espontáneamente o bajo la influencia aparente de un medicamento dado, después de brotes eruptivos sucesivos, de muchos meses a lo menos de duración.

Recorriendo el proceso evolutivo de los padecimientos de nuestra enferma, vemos que, en un todo, corresponde al grupo de *hechos* que dan vida a la primera subdivisión establecida.

Para corroborar más nuestra opinión, haremos una breve reseña de la *sintomatología* que Brocq asigna al grupo de esta dermatitis:

“La dermatitis polimorfa dolorosa crónica tiene un principio muy variable, ya lo que primero llama la atención del enfermo son los fenómenos dolorosos, que a veces son intensos y de extrema violencia, ya son las sensaciones de picazón o ardor, generalizadas a todo el cuerpo o localizadas a los puntos que serán el sitio de la erupción; ellos la preceden algunos días, algunas horas, y a veces le acompañan; raramente aparecen después de ella.

Las primeras lesiones cutáneas visibles varían mucho según los casos:

1°—A veces son placas eritematosas, pareciendo más o menos lesiones de urticaria, etc.: es el modo de principio de las lesiones eritematosas.

2°—En ocasiones, los primeros elementos son vesículas o ampollas; sin embargo, casi siempre estas lesiones elementales se forman sobre una base eritematosa o eritemato-papulosa; no obstante, ciertas observaciones establecen que la erupción puede iniciarse por pequeñas vesículas, de forma variable, que se desarrollan de golpe sobre la piel sana: es el modo de principio de las lesiones vesículo-ampollosas.

3°—Otras veces, en fin, parece que el primer elemento eruptivo sea una elevación epidérmica llena de un líquido turbio, es decir, una *pústula* en una palabra.

En resumen, bajo el punto de vista del modo de principiar, el primer fenómeno mórbido es constituido, en la mayoría de los casos, por síntomas dolorosos, en particular, por un prurito de lo más incómodo; los primeros fenómenos eruptivos son pápulas o manchas eritematosas, más o menos figuradas, o bien vesículas, vesícula-ampollas o, raramente, pústulas *d'emblée* (de conjunto o de golpe).

Respecto al modo de la extensión de la erupción, diré que es regla que una vez aparecida se generaliza e invade casi toda o toda la extensión de los tegumentos. Es casi siempre simétrica; pero fuera de este carácter, que es considerado de los más importantes, no es posible formular una ley que rijá su modo de extensión.

A veces se propaga de trecho en trecho, no siendo esta la regla. Indicar cuáles son las regiones más atacadas, es igualmente difícil; no obstante, se puede decir que los miembros superiores e inferiores son ordinariamente los lugares donde la erupción presenta su máximo de desarrollo. Las regiones que más o menos quedan indemnes son, ante todo, la palma de las manos y la planta de los pies, bien que sean a veces pruriginosas y el sitio de producciones queratodérmicas; después, las partes genitales y el cuero cabelludo.

Del estudio de la erupción, diremos solamente que es constituida por dos órdenes de lesiones: primero, por lesiones primitivas; segundo, por lesiones secundarias.

Entre las primeras tenemos: placas eritematosas, pápulas, vesículas, ampollas y pústulas; de las segundas son: costras, escamas, máculas, excoriaciones, espesamientos del dermis, etc.

De nuestro caso, en vista de lo ya anotado, podré asegurar que casi estoy en lo cierto al afirmar que su cuadro se asemeja mucho al del que analizamos o sea al calificado con el nombre de *dermatitis polimorfa dolorosa crónica, de brotes sucesivos*.

Y de este modo, creo que los primitivos brotes de que nos habla la enferma (hace doce y seis años, respectivamente), revistieron el tipo eritemato-papuloso y urticariano; haciendo notar que fueron acompañados de prurito y sensación de calor; ahora, en los sucesivos brotes de que viene quejándose, desde hace dieciocho meses, la erupción ha revestido el tipo polimorfo: primero, eritema, después pápulas, ampollas y pústulas, en su mayoría, pudiendo decirse que este cuadro correspondiera

al de la *variedad pustulosa d'emplée*, del cual dicen los autores lo que sigue: "Nosotros jamás la hemos observado, pero Duhring la ha descrito con insistencia; sin embargo, haremos notar que jamás una *dermatitis polimorfa dolorosa crónica* ha sido únicamente caracterizada durante toda su evolución por brotes exclusivamente pustulosas."

Bajo el punto de vista de la intensidad de la erupción, los autores han establecido variedades, y el presente caso creo poderlo referir a la segunda, es decir a la *mediana*, la forma mas común y en la cual los brotes eruptivos son bien caracterizados, situándose, sobre todo, en las extremidades-miembros superiores e inferiores alrededor de los órganos genitales, un poco sobre el tronco o sobre las mucosas, y dejando placas de piel sana.

Oportuno me parece hacer presente lo que, con E. Besnier, creen los autores respecto a los fenómenos subjetivos: «los fenómenos dolorosos que sufre el enfermo tienen una importancia capital en las *dermatitis polimorfas dolorosas crónicas*. Imprímenle a esta afección su sello especial: nosotros los consideramos como constantes y verdaderamente patognomónicos.»

«Consisten esencialmente en picazones de una intensidad extrema, que vuelven insoportable la vida del enfermo. A veces son más bien sensaciones de calor y ardor del lado de los tegumentos, de picaduras de abejas, de hormigamientos, de comezón y de quemadura, de tensión dolorosa; pero, sobre todo, son las picazones las que dominan».

«Pueden existir solas, y durante largo tiempo ser el único fenómeno mórbido. Pueden proceder a la erupción algunos días, algunas horas, o desarrollarse al mismo tiempo que ella; raramente le son posteriores; jamás hacen falta».

Respecto a los síntomas generales que acompañan a esta afección, diré que casi siempre son poco acentuados. El enfermo está a veces adelgazado, debilitado

por la intensidad de los dolores, por el insomnio, por la abundancia de la erupción; se ve obligado a menudo a guardar el lecho.

La diarrea es uno de los síntomas más frecuentes, a veces alarmante; coincide sobre todo con los momentos de los grandes brotes eruptivos; se ha preguntado si ella no debería tomarse como una de las manifestaciones directas del lado de la mucosa gastro-intestinal.

En algunos casos se observa muy a menudo un ligero movimiento febril, que se exaspera por la tarde y que puede alcanzar bajo la axila de 38° a 39° grados. Estos accesos febriles pueden anunciar o acompañar a los brotes violentos; a veces revisten el tipo héctico.

Se ha notado raramente la dispepsia; y uno de los caracteres más propios de la afección es, al contrario, la conservación del apetito. Muy a menudo hay constipación.

Por creerlo de mucha importancia citaré lo que de los trastornos de la excreción urinaria se ha comprobado: la existencia de la albuminuria, en algunos raros casos. Sherwell ha encontrado el azúcar en los orines de dos de sus enfermos.

Importante es el hecho de que hay una disminución apreciable del volumen de las orinas emitidas en las 24 horas, y que su coloración es subida; según Besnier, esto coincide con los pequeños brotes, pero no es constante.

De mayor importancia y más valor es la hipoazouria, que parece más frecuente, y sobre la cual Tenneson y sus discípulos han insistido mucho. En la mayor parte de los casos la cantidad de urea excretada oscila entre 8 y 15 gramos en las 24 horas. En un cierto número de hechos se ha notado una albuminuria ligera, pero persistente, que parece ser la expresión de una nefritis intersticial crónica evolucionando a la par de la dermatitis. Para Vilenski, la dermatitis polimorfa y la albuminuria son sin duda el efecto de una causa general—el artrismo—insuficiencia renal que se observa en los mismos artríticos.

En nuestra enferma, como se desprende de la observación, no hay albúmina ni azúcar, pero, en cambio, el volumen de las orinas ha oscilado al rededor de mil gramos, y la cantidad de urea se halla reducida a 12.50 gramos por 24 horas, existiendo así una marcada *hipozouria*.

De la marcha de la afección y de su terminación, me parece muy conveniente recalcar: que las dermatitis polimorfos dolorosas crónicas evolucionan, en la gran mayoría de los casos, por brotes sucesivos; que éstos son irregulares tanto en la data de aparición, como en la intensidad y forma de la erupción; gran carácter que Dühring ha puesto en claro.

La enfermedad puede instalarse de golpe (d'emblée) con su fisonomía propia, revestir marcha francamente crónica desde los primeros meses y proceder por brotes subintrantes. Puede al contrario principiar por un período eruptivo aislado, de algunas semanas de duración, o por muchas fases eruptivas durante algunos meses de tres a seis o un año, seguidas de verdaderas acalmias.

De acuerdo con la división que han establecido los autores, bajo el punto de vista de la marcha y de la duración de la enfermedad, creo que es la *variedad crónica de brotes sucesivos* la que en un todo cabe aplicar a nuestro cuadro.

La terminación de la enfermedad puede ser por la muerte, debido sea a la transformación en Pénfigo foliáceo secundario, sea por el desarrollo gradual de la debilidad — diarrea y caquexia — que es raro; más amenudo la terminación fatal es el resultado de una enfermedad intercurrente, como la endocarditis, y las complicaciones bronco-pulmonares, que son las posibles en el curso de esta afección.

Respecto a *etiología y naturaleza*, diré que la dermatitis polimorfa dolorosa crónica es bastante rara; sin embargo los autores refieren que cada año, se ven muchos casos en el Hospital de San Luis (París). Parece existir también en todos los países, siendo más frecuente

en Inglaterra y, sobre todo, en América, donde afecta casi siempre las formas eruptivas circunscritas (dermatitis herpetiforme de Duhring) y más a menudo la forma pustulosa *d'emblée*, que en Francia es de la mayor rareza, y que, *en la actualidad, parece ser la forma que reviste el primer caso de nuestra bibliografía dermatológica.*

Puede atacar en la niñez, en la adolescencia, la edad madura y la vejez; igualmente en los dos sexos.

Su etiología es desconocida: se hacen responsables al estado neuropático, al agotamiento, la fatiga, las fuertes emociones morales y las intoxicaciones alimenticias y medicamentosas. No es contagiosa ni inoculable.

Algunos piensan que las toxinas endógenas o exógenas obrarían sobre el sistema nervioso para la producción del prurito y la erupción. Otros, que la *eosinofilia* existente en la sangre y en la lesiones cutáneas probarían su origen hematógeno. La *eosinofilia sanguínea* se encuentra también en el Pénfigo foliáceo y el vegetante, obrando así en favor de las *hematodermis*.

Oportunidad es esta que aprovecho para decir algo de la sangre en estos enfermos: ella contiene por término medio de doce a quince *eosinófilos* sobre 100 glóbulos blancos.

Según Lerede, lo que caracteriza esencialmente las dermatitis polimorfos dolorosas, no es ni la *eosinofilia*, que se puede observar en otras afecciones, tales como la Sifilis, (accidentes secundarios) la Lepra, la Leucemia, etc., ni aun la presencia *de células eosinófilas* en los elementos eruptivos, puesto que se les encuentra en el Herpes, en la Dysidrosis, en el Ectima, *es la reunión de os 2 elementos lo que las caracteriza.*

Es aquí en donde me parece oportuno hacer alusión a los antecedentes hereditarios de la enferma, que dicen de un deplorable estado orgánico, principalmente en lo que respecta a su sangre, pues dos de sus hermanos parecen haber sido víctimas, probablemente, de un estado hemofílico; de sus antecedentes personales, me parece también que debe tomarse en cuenta sus penalidades

y miserias, que indudablemente han favorecido su lamentable estado orgánico, cooperando talvez activamente en la génesis de su erupción.

De su DIAGNÓSTICO diferencial diré lo que me ha parecido más importante: las dermatitis polimorfas dolorosas crónicas, difieren:

1º del *eritema polimorfo*, por sus síntomas pruriginosos y dolorosos tan intensos (patognomónicos) por su larga duración y su evolución por brotes sucesivos, etc.;

2º del *Pénfigo vulgar agudo*, por su duración, por el polimorfismo de la erupción, por el prurito, y, sobre todo, por la ausencia de los fenómenos graves, de marcha casi fulminante, que caracterizan la dermatosis denominada Pénfigo vulgar agudo febril;

3º del *Pénfigo vulgar crónico*, por el poliformismo mucho menor de su erupción, y, sobre todo, por la ausencia completa o casi completa de los fenómenos dolorosos, carácter de nuestro grupo, y por la gravedad de su *pronóstico*;

4º del *Impétigo herpetiforme*, por su carácter siempre y constantemente pustuloso, por su herpetiformidad casi absoluta, por su coexistencia con la preñez, con la puerperalidad, con una peritonitis purulenta, por una ausencia completa o casi completa de prurito, por un estado general de los más graves y un pronóstico lo más a menudo fatal;

5º de las *Urticarias ampollosas* por que en éstas todo elevamiento ampoloso de la epidermis se forma sobre un elemento urticariano preexistente; por la posible provocación de la urticaria ficticia en los sujetos atacados; y por último, porque la erupción en estos casos no es polimorfa en el sentido exacto de la palabra.

De PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO, expondré lo que al respecto dicen los más autorizados dermatologistas: si es verdad que la conservación habitual de un cierto buen estado general es uno de los caracteres de la Dermatitis polimorfa dolorosa crónica, no menos cierto es que su *pronóstico* está lejos de ser benigno. Ya he-

mos visto que puede terminarse de una manera fatal, y necesario es recordar el estado deplorable en que se encuentran los sujetos bajo el látigo de sus sufrimientos y el peso formidable de sus brotes eruptivos, intensos y subintrantes, que los debilitan, imposibilitándolos para sus ocupaciones diarias en la vida común, quitándoles todo reposo, hasta llegar a impelerlos al suicidio. El pronóstico como se observa, dependerá, sobre todo, de la evolución de la afección.

Del tratamiento puede escribirse mucho, pero sólo me ocuparé de lo más importante, así: los diferentes tratamientos que han sido experimentados no han dado hasta el día más que resultados poco satisfactorios. En lo tocante a la vía interna todo se ha ensayado: los alcalinos, el régimen lácteo, el hierro, el yoduro de hierro, el percloruro de hierro, el azufre, el tartarato de potasio, el arseniato de sodio y todos los arsenicales, la belladona, la atropina, los tónicos, la estricnina, la quinina, la cinchonidina, la ergotina, la tintura de cantáridas, los amargos, el yoduro de potasio, el fluoruro de amonio, los laxantes de toda especie, etc.

Como todo medicamento, los anteriormente anotados tienen sus detractores y sus partidarios, y así diré con Tilbury Fox y Colcott Fox, de los buenos efectos que han obtenido con los llamados toni-vasculares, de los cuales los prototipos para ellos son: la quinina, la ergotina y la estricnina, administrados por la boca, a dosis fraccionadas, o en inyecciones subcutáneas.

Hallopeau y Lereboullet han visto coincidir en un caso una gran mejoría con las inyecciones de suero de leche, adicionado de ergotina, quinina y estricnina.

Como es natural suponer, habrá casos en los que se deberá hacer uso del tratamiento sintomático adecuado.

De la electricidad en forma de baños estáticos secos bastante prolongados y de efluvios fuertemente ligeros a lo largo de la columna vertebral, se ha echado mano en estos últimos tiempos. De sus primeros resultados apenas dicen que parecen bastante satisfactorios.

La calma, el reposo, la tranquilidad de espíritu, la ausencia total de causas que puedan modificar el equilibrio del sistema nervioso, son indispensables para todo enfermo.

Del tratamiento externo, es decir, bajo el punto de vista de los tópicos locales, todos han sido ensayados con resultados muy diversos.

Sin éxito se han usado lociones antipruriginosas a diferentes bases; los baños alcalinos, de almidón gelatinoso, y prolongados, mejoran a veces los enfermos, pero reblandecen mucho los tegumentos. Las pomadas más diversas han sido preconizadas, sobre todo, las azufradas fuertes, al quinto, al cuarto, usadas con algún éxito en Inglaterra y América; pero lo más recomendado hoy día, ante todo, es el linimento óleo-calcáreo fresco, asepticado, puro o mezclado de un décimo de yodol o aristol, que se aplica en gran abundancia sobre los puntos enfermos (se recubre con tarlatana aséptica plegada en muchos dobleces y empapada en el mismo linimento); después recomiendan el cold-cream, las vaselinas, las pomadas al óxido de zinc, etc.

Marcha aconsejada seguir en el tratamiento de las Dermatitis polimorfas dolorosas crónicas:

1º Sobrevigilar el régimen del enfermo, recomendar el uso de la leche, suprimir totalmente el café, té, licorres, alcohol, vino puro, alimentos exitantes y de digestión difícil, tabaco, etc.

2º Régimen lácteo absoluto, en los casos de erupción intensa y de excreción urinaria insuficiente.

3º Vigilar la regularidad de las funciones digestivas, urinarias y uterinas.

4º Sustraer al enfermo a toda emoción violenta y calmar su sistema nervioso por los medicamentos sedativos.

5º Si hay fiebre acentuada, dar quinina a altas dosis (0,75 a 1 gramo en tres veces por 24 horas).

6º Dar los tónicos vasomotores, a dosis fraccionadas, por ingestión o en inyecciones, si es posible incorporados al suero de la leche.

7º En caso de fracaso, recurrir al arseniato de sodio, usándolo con método y constancia.

8º Localmente: abrir las ampollas o pústulas con una aguja que se flamea a cada nueva abertura: hacer uso de las lociones antipruriginosas ya indicadas, o simplemente esponjar con tapones de algodón hidrófilo embebidos de agua boricada; untar enseguida vaselina pura o cold-cream fresco, o linimento óleo-cálcareo asepticado y envolver las regiones atacadas como se ha indicado ya.

9º Tratar según las indicaciones las diversas complicaciones que se presenten.

Señalaré por último la idea sugerida por Tuffier, a propósito de un reciente caso: participando de la hipótesis hoy día casi universalmente admitida de que estas afecciones dependen de una *toxemia*, el eminente cirujano propone practicar el lavado de la sangre.

Y para terminar diré que nuestra enferma ha sido sometida, en su mayor parte, a algunos de los consejos anotados, a lo que se debe indudablemente la mejoría que ha experimentado desde hace algún tiempo a esta parte.

Como medicación interna tiene:

Sulfato de quinina.....	3 gramos
Ergotina	3 gramos
Sulfato de estricnina.....	0,02 gramos

(Para 30 píldoras). -- Tomar 3 mañana y tarde.

Localmente: abertura de sus elementos eruptivos seguida de la untura del linimento óleo-cálcáreo asepticado.

J. DE J. ZAMORA.

Ex-Primer Externo del 3er. Servicio de Medicina.

San Salvador, 10. de marzo de 1916.

Trabajos en idioma español

PERIODICOS

(Reproducción)

Dilatación aguda post-operatoria del estómago. Su diagnóstico.—El doctor D. Benito Vásquez Casanova publica en la *Argentina Médica* el siguiente artículo:

«El diagnóstico no siempre fácil y muchos casos sólo se han evidenciado en la autopsia; si nos fijamos en la rareza de casos observados antes con la frecuencia con que se presenta este accidente en la actualidad, tenemos que admitir que existe una relación directa con el mayor número de operaciones que hoy día se practican y con los mejores conocimientos adquiridos sobre esta afección; no obstante, es muy a menudo confundida con la peritonitis aguda, más si se tiene en cuenta que las dos afecciones presentan síntomas que le son comunes; en efecto, el pulso y las facies son idénticas, el aspecto y el olor de las substancias vomitadas muy semejantes y, además en la peritonitis puede no haber fiebre. Al hablar del diagnóstico diferencial indicaremos los síntomas que caracterizan a una y otra enfermedad.

La sintomatología de la dilatación aguda es en un principio muy poco marcada; aparece horas y, a veces, días después de la operación; por lo general, se manifiesta dentro del segundo al séptimo día; pocos casos han sido observados después: Conner cita una estadística de 32 casos observados por él, que los descompone en la forma siguiente: En 16 pudo constatar síntomas de dilatación dentro de las veinticuatro horas de operados; en 7 casos los síntomas se presentaron entre las veinticuatro y las cuarenta y ocho horas subsiguientes a la

intervención; en 7 aparecieron entre el tercero y séptimo día después de operados; en los otros 2 los síntomas se presentaron uno durante la convalecencia y el otro dieciséis días después de la intervención.

A los vómitos post-anestésicos caracterizados por su poca frecuencia y escasa cantidad de substancias vomitadas, siguen los vómitos característicos de esta afección; ellos se hacen intensos, frecuentes, incoercibles, abundantes, de un color bilioso, verde o amarillo, tomando más tarde un tinte más obscuro, de un olor fétido; nunca fecaloideo, conteniendo gran cantidad de bilis y jugo pancreático; al principio muy abundantes poco a poco disminuye de cantidad a medida que ellos se hacen más frecuentes, no arrojando el enfermo sino algunas cucharadas de líquido. Con este síntoma se presentan otras de menor importancia y que ayudan al diagnóstico. El enfermo está inquieto, intranquilo con una facies peritoneal, pómulos salientes, piel seca, ojos hundidos en las órbitas y velados, párpados rodeados de un círculo violáceo, labios y lengua secos, sed intensa, extremidades frías, sudorosas y cianóticas, la temperatura no pasa de 37°, pocas veces se eleva por arriba de esta cifra, en muchos casos se observa hipotermia. El pulso se hace frecuente, oscilando entre 120 y 140 pulsaciones por minuto; se hace blando, depresible, filiforme, incontable.

Respiración.—El enfermo acusa una disnea intensa, alcanzando sus respiraciones a 40 o 50 por minuto; estas respiraciones son superficiales; el sujeto se queja de una sensación de peso, de un dolor vago al nivel de la región epigástrica; esta sensación dolorosa de opresión se acentúa por la presión, pero rara vez es intensa.

En el examen directo puede constatarse un abovedamiento más o menos marcado en la parte superior del abdomen, sobre todo notorio a la región del hueco epigástrico, que contrasta con el resto del abdomen; éste no se halla distendido, no hay contractura, no hay hiperestesia cutánea y se encuentra, por el contrario, flácido, aplastado, permitiendo fácilmente su examen. Por la

palpación, la región epigástrica nos da gorgoteo y clapoteo estomacal, y sacudiendo al enfermo podemos apreciar ruido de sucusión debido al aire y líquido contenido en el estómago; introduciendo una sonda estomacal se notará que el líquido se alcanza con dificultad. Por la percusión podemos apreciar un timpanismo característico que, comenzando al nivel de la región epigástrica e hipocondrio izquierdo en un principio, se extiende poco a poco al resto del abdomen a medida que el estómago se dilata.

La emisión de orina se halla disminuída, hay oliguria y a veces anuria; en su análisis demuestra la presencia de indican, la retención de materias fecales y de gases no es constante y es un síntoma de valor secundario; estos enfermos presentan un estado mental, por lo general, bueno.

El examen de los líquidos vomitados nos revela la presencia de gran cantidad de bilis y de jugo pancreático y, a veces, también de sangre. Tal es el conjunto de síntomas que encuadra en esta afección y siempre que después de una intervención abdominal nos hallamos en presencia de un enfermo con frecuentes y abundantes vómitos, con una facies peritoneal, temperatura normal o hipotermia, extremidades cianóticas, frías y sudorosas, pulso 120 a 140 por minuto, frecuente, blando, depresible, filiforme; disnea con 30 o 40 respiraciones por minuto, sensación de dolor en el hueco epigástrico, acentuado por la presión, clapoteo gástrico, abovedamiento en la parte superior del abdomen, contrastando con el resto del mismo, flácido, aplastado no doloroso; timpanismo por la percusión, oliguria o anuria; estamos facultados para pensar en una dilatación aguda, del estómago, y si a esto agregamos la presencia de bilis y jugo pancreático en las materias vomitadas e indican en la orina, la distensión es generalizada a todo.

Formas clínicas.—No siempre esta afección se presenta con la misma sintomatología y no siempre reviste la misma gravedad, por lo que describiremos las distintas formas clínicas que pueden presentarse.

I. *Forma aguda.*—Es la más frecuente y la que acabamos de describir.

II. *Forma subaguda.*—Sin vómitos es bastante frecuente; en nuestras observaciones presentamos un caso que encuadra en esta forma clínica; tres son los síntomas dominantes: alteración rápida de la facies, modificaciones del pulso y enorme distensión de todo el abdomen. En estos casos existe desde un principio una parálisis de las fibras musculares gástricas e intestinales; el líquido se halla en la parte inferior del estómago, completamente distendido.

III. *Formas frustradas; benignas.*—Las formas que anteceden son graves, de una evolución rápida; al lado de éstos se presentan casos ligeros y frustrados, en los cuales el complejo sintomático está mal agrupado y de poca intensidad; es, sin duda, que hay que relacionar a estas formas ciertos casos bastante numerosos que se observan después de una intervención, con un poco de malestar, con ligera distensión gástrica; agitación, elevación del pulso, llegando a 100 ó 110 pulsaciones por minuto, presentándose o no vómitos; estos trastornos desaparecen poco a poco espontáneamente al cabo de pocos días; a veces el enfermo tiene algunos vómitos y arroja cierta cantidad de sustancias negruzcas, pero bien pronto se siente aliviado y restablecido.

IV. *Formas de recaídas.*—Dayot relata un caso en el que veinticuatro horas después de una laparotomía se presentó con síntomas de dilatación aguda de estómago; instituido un tratamiento, cedió a él la complicación, pero días más tarde se presentaron síntomas de oclusión duodenal, se colocó al enfermo en posición genupectoral y mejoró. Repitióse ésto por espacio de tres semanas alternativamente, hasta que por fin quedó el enfermo completamente curado de esta complicación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—El diagnóstico de esta enfermedad, un tanto difícil en su comienzo, tanto más cuanto que ella se inicia, por lo general, inmediatamente a los vómitos post-anestésicos, deja de presentar dificult-

tades una vez en pleno estado de su sintomatología saliente; no obstante se ha prestado y se presta todavía a confusiones con otras complicaciones post-operatorias, y especialmente con algunas cuya sintomatología y evolución tienen mucho de semejante y cuyo tratamiento es completamente opuesto a una y otras afecciones. Trataremos aquí solamente de aquellas complicaciones post-operatorias más importantes con las cuales puede confundirse, por lo menos en su iniciación, la dilatación del estómago. Analizaremos por orden de importancia la sintomatología propia a cada una de ellas y los síntomas que nos servirán para diferenciarlas de la afección que nos ocupa.

Entre las enfermedades con las cuales puede confundirse la dilatación post-operatoria aguda del estómago, tenemos: peritonitis aguda, oclusiones intestinales agudas, uremia de forma gástrica, vómitos post-anestésicos y hasta intoxicación por anestésicos. Señalaremos aquí que varios casos de muerte por dilatación aguda post-operatoria de estómago han sido atribuidos a causas diversas, como ser asistolia aguda, shock operatorio, embolia, etc., pero un examen minucioso de los operados nos llevará fácilmente a un diagnóstico exacto.

Peritonitis sobreaguda.—Sucede esta afección a muchas laparotomías, en el curso de las cuales el peritoneo ha sido infectado; la reacción de la serosa en esta forma es muy rápida e intensa, pero siempre el vientre se presenta doloroso a la palpación y existe una hiperestesia exacerbada hasta por el contacto de las ropas; los vómitos no siempre existen, pero en cambio hay siempre elevación térmica.

Peritonitis aguda generalizada.—Presentan estos enfermos en esta afección un abdomen doloroso contracturado y distendido, hiperestesia cutánea que el menor contacto hace exacerbar los colores, vómitos en un principio alimenticios, luego porráceos y, por último, se hacen fecaloideos, eructos e hipo; la constipación es la regla. En un principio solo hay evacuación de gases y ma-

terias fecales de la parte terminal del intestino; la elevación térmica, por lo general, no falta nunca, si bien en algunos casos puede haber hipotermia; las orinas raras y la anuria pueden ser frecuentes por parálisis vesical.

La distensión abdominal generalizada existe siempre desde su comienzo; los músculos de las paredes del abdomen se contracturan y a la palpación puede observarse un empastamiento generalizado. El examen del abdomen se hace de esta manera imposible, debido a la contractura muscular e hiperestesia cutánea.

La percusión de sonoridad en la región superior y media y, generalmente, matidez en los flancos e hipogastrio, debido a la presencia del líquido en la cavidad peritoneal.

Resumiendo tenemos como síntomas comunes a la dilatación y peritonitis aguda facies peritoneal, pulso frecuente, filiforme, blando, depresible, piel, lengua y labios secos, sed intensa, disnea, oliguria o anuria, existiendo índican y vómitos en su comienzo. Como síntomas diferenciales tenemos: peritonitis, vientre contracturado y doloroso a la presión, ballonement uniforme, hiperestesia cutánea, temperatura normal o hipotermia.

Dilatación aguda del estómago.—Ballonement al principio sólo al nivel de la región hipogástrica, sensación de peso y de dolor en esta región, vientre flácido, aplastado, no doloroso, permitiendo la palpación, temperatura normal o hipotermia; son éstos los principales síntomas que, acompañados de un minucioso examen, nos permitirán diferenciar esta afección, haciendo un verídico diagnóstico, del cual depende la curación del accidente que estudiamos; pero puede suceder que coexistan estos dos síndromes mórbidos; puesto que ciertos cirujanos afirman que la dilatación aguda post-operatoria tiene siempre por causa una infección peritoneal, y en este caso el diagnóstico se haría difícil.

Oclusiones intestinales post-operatorias.—Suceden a menudo después de intervenciones del abdomen, y es necesario saber diferenciarlas de la dilatación aguda del

estómago, con la que presentan síntomas que le son comunes; estos íleos post-operatorios son de origen mecánico, infeccioso y espasmódico por reflejo nervioso; en los de origen mecánico la oclusión es más tardía, presentándose entre los cuatro y cinco días después de operado; en los de origen infeccioso, la oclusión es precoz y se relaciona a una infección peritoneal (ley de Stoes); el intestino se paraliza.

En estas oclusiones intestinales agudas, los síntomas se presentan bruscamente; el enfermo siente un dolor extremadamente vivo, localizado en un punto cualquiera del abdomen; poco a poco se hace más difuso, revistiendo la forma de cólico y el vientre se distiende; al mismo tiempo el enfermo experimenta náuseas, siguen vómitos, en un principio alimenticios, después bilioso y, por último, fecaloideos; desde un principio hay supresión en la salida de materias y gases, salvo en los casos en que la oclusión esté altamente situada; entonces la porción subyacente del intestino continúa por algún tiempo evacuando su contenido. La temperatura es normal en un principio, después baja a 36°. La facies es peritoneal, pulso pequeño, frecuente, orinas raras, conteniendo indican, el cuerpo y extremidades se cubren de sudores, se enfrían, se cianosan.

La depresión se acentúa, el enfermo preséntase angustioso, la voz se debilita y muere en colapsus al cabo de cuatro o cinco días.

Vemos, por lo que antecede, que existe un buen número de síntomas comunes a ambas enfermedades, pero no lo suficientemente semejantes para que pueda confundirse el diagnóstico. Sintetizando, tenemos:

Síntomas comunes a ambas afecciones.—Estado general: facies peritoneal, distensión abdominal, vómitos en un principio, temperatura normal o por debajo de la normal, retención de gases y materias fecales, oliguria o anuria, indicanuria, pulso frecuente, pequeño, depresible, filiforme.

Síntomas diferenciales.—Existen tres grandes síntomas, que ellos solos nos serán suficientes para hacer un

diagnóstico de exclusión; punto doloroso localizado en una parte cualquiera del abdomen, según el punto de la oclusión, generalmente periumbical, ausencia persistente de emisión de materias fecales y de gases, vómitos pronto fecaloideos.

Uremia aguda de forma gástrica.—Si bien esta afección presenta una sintomatología bien típica y característica para no inducirnos a un error de diagnóstico, la citamos aquí porque ella puede presentarse como complicación post-operatoria y aun coexistir con la dilatación aguda del estómago, entre las varias formas de uremia, la forma o fenómenos gástricos es la que vamos a tratar, por ser ella la que con más frecuencia puede presentarse y, por lo tanto, con la que debemos hacer diagnóstico diferencial; en esta afección son los trastornos digestivos los que predominan, vómitos casi nunca faltan, al principio biliosos, después serosos; al análisis revelan la presencia de urea y carbonato de amoniaco, la reacción es ácida, en algunos casos los vómitos pueden ser sanguinolentos, debido a ulceraciones, que a veces se han observado en el píloro.

En ocasiones los enfermos se quejan de dolores gástricos; por el lado del intestino casi siempre hay constipación, alternándose a veces con crisis diarréicas, meteorismo, sudores abundantes, labios y lengua secos, sed intensa, el pulso es lento, lleno y tenso, poco a poco se irregulariza y se hace frecuente y débil, la temperatura baja, hay oliguria o anuria, la asfixia se hace progresiva y el enfermo sucumbe en adinamia.

Los síntomas que podían inducirnos a error por su semejanza en las dos enfermedades son la temperatura, los dolores gástricos, la oliguria o anuria, y los vómitos, constipación y meteorismo; pero si observamos el color y composición de los vómitos, el pulso lento, lleno y tenso, ausencia de disnea, fenómenos abdominales, y por el lado de la visión hay siempre retracción pupilar más o menos intensa, y si a ésto agregamos otros síntomas de más o menos valor, todos ellos observados

en la urenia aguda, vemos es fáctl hacer un diagnóstico diferencial entre las dos enfermedades.

Intoxicaciones por anestésicos.—Nos ocupamos aquí solamente del envenenamiento tardío por la anestesia clorofórmica, dejando a un lado la etérea y otros anestésicos que no traen como consecuencia a su empleo accidentes de una compleja sintomatología que nos induzca a una confusión de diagnóstico con la dilatación gástrica. Pasaremos también por aito las intoxicaciones que acarrear la muerte, como consecuencia de la acción del cloroformo sobre determinadas vísceras, como son las cápsulas suprarrenales (Delbet). No hablaremos tampoco de otros trastornos post-anestésico originados también por el cloroformo, como son trastornos pulmonares, histeria, trastornos urinarios, parálisis, psicosis post-anestésicos, etc., que tienen una sintomatología propia, no confundible con la de la dilatación aguda del estómago.

Envenamiento tardío.—El cloroformo puede matar antes, en y después de la operación; nosotros debemos estudiar solamente la intoxicación tardía, que es la que nos interesa.

Casper es el primero que relata un caso de muerte después de varios días, por la acción del cloroformo. En la actualidad está probado que fuera de toda influencia operatoria, el cloroformo puede por sí sólo determinar una intoxicación grave y mortal.

En la autopsia se evidencian lesiones de degeneración de las vísceras, especialmente del hígado, riñones, corazón y estómago, y generalmente se trata de una degeneración grasosa.

La sintomatología que pone de manifiesto la intoxicación clorofórmica se inicia en los primeros días consecutivos a la operación y la muerte sobreviene al cabo de cinco u ocho días.

Los vómitos aumentan de frecuencia, son abundantes, biliosos, se hacen poco a poco más oscuros y terminan por ser borra de café, la respiración se hace rápida, irregular, y el enfermo se ve mortificado por un

olor constante de cloroformo, que él exala durante su enfermedad. A veces aparece el ritmo de Cheyne-Stokes. La facies es peritoneal y a veces ligeramente subictérica, las extremidades frías, pulso hipotenso, pequeño y frecuente. Temperatura normal, algunas veces se eleva a 38° y 38°,5. Abdomen con paredes flácidas, depresible, sin dolor y sin abovedamiento, puede o no haber constipación o diarrea, orinas raras, oscuras y al examen demuestran la presencia de albúmina, pigmentos biliares abundantes y gran cantidad de compuestos azoados.

El enfermo está más o menos agitado, a veces presenta un delirio tranquilo, en otros casos se ven aparecer convulsiones.

Según se desprende de la sintomatología que antecede, vemos que, salvo pequeños detalles, los síntomas como la evolución de la enfermedad, son en un todo semejantes a la dilatación aguda del estómago post-operatorio, y si a ésto agregamos que las dos pueden coexistir en el mismo enfermo (caso citado de Magaldi), se desprende cuán difícil sería el poder diferenciar una de otra estas complicaciones post-operatorias.

EVOLUCION Y PRONÓSTICO.—La dilatación aguda del estómago evoluciona rápidamente como sucede con todas las oclusiones intestinales, altamente situadas, y aquí hay que tener en cuenta que a la dilatación del estómago acompaña a menudo, sea primitiva o secundaria, la oclusión del duodeno, además de no olvidar la intoxicación duodenal que se produce a causa de esta misma obstrucción.

En algunas horas, los síntomas se agraban, sudores fríos se extienden por toda la superficie del cuerpo, las extremidades se enfrían, la boca está seca, la lengua toma un aspecto saburral, el pulso es depresible, filiforme, incontable, intermitente y en algún tiempo que varía de algunas horas o algunos días (cinco o seis) el enfermo muere, si un tratamiento apropiado no se ha impuesto a tiempo.

PRONOSTICO.—Años atrás, cuando los estudios sobre esta afección comenzaron a esbozarse, cuando el diagnóstico era erróneo o tardío, el porcentaje de fallecimien-

tos era muy elevado, calculándose en un 90 y más por 100 de casos; una vez que la etiología, patogenia y sintomatología fueron conociéndose mejor, imponiéndose ciertos tratamientos como el aconsejado por Schnitzler (cambio de posición del enfermo), el porcentaje de fallecimientos fue cada vez menos, y ya Neck en 1906 reúne una estadística de 64 casos con 47 defunciones, o sea un 73 $\frac{0}{100}$. Conner, un año más tarde, en una estadística de 102 observaciones de 74 muertes, lo que equivale a un 72'5 por 100. Posteriormente vienen Löffler con 217 observaciones, llegando a una mortalidad notablemente inferior, 50 por 100. Berinier, en su tesis, cita 8 casos, de los cuales 2 fallecieron, lo que arroja un porcentaje de fallecimientos de un 25 por 100. Aquí, en la República Argentina, Magaldi cita en su tesis 4 casos, todos fallecidos. Althabe relata en un estudio publicado en la *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, tres casos, de los cuales uno fallecido, lo que da un 33 por 100.

Según ésto, podemos deducir, basándonos en los datos que anteceden y en nuestras observaciones, que a medida que los conocimientos sobre este accidente van difundiéndose, haciéndose diagnósticos precoces e instituyendo, por consiguiente, el tratamiento apropiado, los casos de muerte disminuyen, y por tanto, el pronóstico pierde su gravedad.»

SARABIA Y PARDO.

(De la Revista de Medicina i Cirugía Prácticas de Madrid)

Elogio Fúnebre

Ante el cadáver del DR. MIGUEL PERALTA L.,
en el Paraninfo de la Universidad Nacional.

SEÑORES: El día amaneció brumoso; parece que la Naturaleza está de duelo; flota en el ambiente un hálito de tristeza; todo está suspenso, hasta la brisa; hay en las almas fuga de energías, latencia de vidas, vacilaciones, desfallecimientos y mutismos; el momento es solemne. Ha muerto un luchador, un héroe pacífico de las gigantes cruzadas de la ciencia.

Con las honras tributadas a este joven académico, antes reservadas a la ancianidad, vamos a iniciar una obra de justicia. La civilización lo exige, el futuro lo reclama.

En este momento nos preparamos a emprender una santa peregrinación, que hacemos de tiempo en tiempo, cuando encaminamos en su viaje eterno, a través de los mundos, a los escogidos, a los predilectos, a los inmortales. Sí, señores, estamos a las puertas de la Eternidad, inclinad vuestras cabezas reverentes y recojed vuestro espíritu en meditación profunda. Oremos.

Para el sér anónimo, el hueco negro de una tumba es la negación infinita, es el abismo insondable de la nada; porque en su peregrinación por este mundo fué un sér pasivo, que se dejó arrastrar por el carro del Destino, sin oponer ninguna resistencia; pero, para el hombre ilustrado, sembrador de ideas, para el hombre de corazón, sembrador de bienes, de cuya alma quedan siempre destellos, que son sus ideas, reflejándose en las otras almas, como la luz del sol atomizada en el límpido cristal de las aguas, para éstos hombres de luz y bendición, la tumba es el frontispicio de la inmortalidad. El hombre superior cabalga sobre el Destino y lo lleva

de la brida a la manera que Alejandro Magno domeñara a su impetuoso corcel, no por la fuerza bruta, sino por la sublime fuerza de la idea, redentora de los pueblos. Cuando el hombre siente en su cerebro batir las alas del talento y ve con los ojos del alma la inefable claridad de la inteligencia, se siente redimido y redentor a un mismo tiempo, y, entonces, comprendiendo su misión, emplea toda su potencialidad mental en la suprema obra del perfeccionamiento. La Humanidad puede contar con un mentor y Dios con un sacerdote.

No siempre creo con el poeta, que el mérito sea el naufragio del alma, que vivo se hunda y muerto flote. No, el verdadero mérito se impone, sino todas, la mayor parte de las veces, en vida del que lo posee; tiene el poder de traspasar las conciencias más oscuras, como los rayos catódicos a los cuerpos opacos. El cerebro luminoso irradia fuera del cráneo una aureola perceptible, sino por los ojos del cuerpo, al menos por los ojos del alma. El vidente no se confunde jamás con el idiota por más que sean los dos extremos de una misma trayectoria, siendo que para algunos sabios estos extremos se tocan.

El espíritu que animaba al doctor Miguel Peralta Lagos fué el espíritu de un vidente, y no se crea que me ciega la pasión del cariño y la admiración que siempre sentí por él, desde que juntos en las mismas bancas del Instituto Nacional, comulgábamos diariamente con la hostia eucarística de la ciencia, cual fervientes devotos del saber; no, lo que mis labios pronuncian aquí ante esos despojos sagrados, lo han reconocido ya todos sus compatriotas y más que todos, sus hermanos en la ciencia noble y difícil del inmortal Hipócrates. Como médico era abnegado y magnánimo y era talvez un clarividente, tal era su poder de penetración y la fuerza de su análisis para despejar la incógnita, a veces rebelde, de las dolencias humanas, que con tanto acierto y firmeza sabía combatir, habiendo sido su corta carrera profesional una continua sucesión de triunfos, de los que

quién sabe si sacó más provecho que la satisfacción de sus nobles sentimientos. Como profesor, era erudito y poseía en alto grado el raro dón de transmitir a las mentes de sus discípulos las concepciones de su cerebro fecundo y los sabios conocimientos acumulados en larga y paciente labor en su poderoso intelecto. Su Cátedra irradiaba luz, luz fecunda, luz creadora. Con su verbo fácil y elocuente hacía prodigios de Alquimia: tomaba del fárrago de las ciencias la materia prima, que él sabía seleccionar, y, en cristalizaciones caloidoscópicas las presentaba bajo la forma de verdad tangible. Como escritor, era un galano demoledor de prejuicios y errores, mas no por el simple prurito de destruir, pues después que destruía, reedificaba, y su obra hecha a golpes de cincel conscientes y firmes, como los de aquel Fidias de la antigua Grecia, era un reflejo de su espíritu dilecto, que participaba del sabio y del orfebre. Como ciudadano, era un modesto pero valioso caballero de las modernas cruzadas de la democracia. En la vida íntima era un gran corazón.

Tal era, señores, pálidamente bosquejada, con toda la palidez de mi alma siempre atormentada, la figura moral del doctor Miguel Peralta Lagos. Y así, nimbado de luz y casi feliz, recorría el éxodo penoso de la vida, sin presentir siquiera que allá en el negro abismo de las sombras el espectro de la muerte acechaba, artero y felónico, su preciosa existencia: esa atalaya eterna de la humanidad, buscaba el momento propicio, el desfallecimiento moral, la claudicación momentánea de la voluntad, y, cuando ese momento fatal llegó, irguió su fatídica osamenta y cabalgando en el alado corcel de la noche, guadaña en ristre, como el caballero andante de la destrucción, corrió veloz a cortar el hilo de esa vida en plena floración y a derramar en ese hogar, antes dichoso, el ánfora de todos los dolores, de todos los infortunios, de todas las dosolaciones, de todas las orfandades, de todas las tristezas y desconsuelos.

Yo, que he saboreado gota a gota e instante por instante el brebaje amargo de todos los sufrimientos humanos, contemplo con infinita tristeza y con exquisita penetración el cuadro patético e intensamente doloroso que al pie de esa encina rota, forman ahora la desolada esposa y los huérfanos, amantes y tiernos hijos; y allá en el fondo del sombrío cuadro, los otros miembros de su distinguida familia, que orgullosos contemplaban hace poco como, con sólido raigambre, en ese cerebro antes fecundo, crecía para el bien de la humanidad, el árbol de la ciencia. ¡Qué cruel es a veces la Naturaleza al exigir su eterno tributo!

Señores: este momento es solemne. Hay algo así como una apoteosis. Se presiente una glorificación. El espíritu preclaro del doctor Miguel Peralta Lagos, enamorado siempre del ideal, al dejar su cárcel terrena, tendió su vuelo hacia la región azur del Infinito. La obra fué para él de liberación. Su memoria será impecedera. La estela que dejó a su paso por el mundo tiene el sello de la inmortalidad.

Señores: derramemos una lágrima sincera sobre la tumba del que fué nuestro leal amigo y afectuoso hermano.

Caro amigo: recibe con amor estos pobres pensamientos y siemprevivas que en nombre de la Escuela de Medicina, que altamente me ha honrado en ello, y en el mío, vengo a deshojar sobre tu lecho mortuorio, al cumplir, con el alma dolorida, el penoso deber de darte el postrero adiós. Duerme tranquilo tu último sueño.

M. QUIJANO H.

San Salvador, 31 de marzo de 1916.

Sobre Diarreas Infantiles

POR EL DOCTOR G. TRIGUEROS

El tema de diarreas infantiles es siempre de actualidad entre nosotros, ya que ese sindrama entra, en gran parte, como uno de los causantes de la mortalidad de niños que es bien crecida.

Si nos tomamos la tarea de investigar descubriremos que el mal es de mayor intensidad de lo que a simple vista aparece, y que sus causas son varias.

Es digno de llamar nuestra atención que aparecen esos trastornos a veces revistiendo forma epidémica, y teniendo en ocasiones caracteres de mucha gravedad. A la epidemia de disenterías que se desarrolló, y que aun existe, hemos visto preceder una epidemia de diarreas graves en los niños.

Como que una causa externa acciona sobre el tubo gastro-intestinal poniéndolo en estado de menor resistencia y favoreciendo el desarrollo microbiano, o bien aniquilando la función intestinal y sobreviniendo la correspondiente insuficiencia fisiológica.

Las causas, como lo hemos dicho, son múltiples; pero entre ellas sobre sale la alimentación viciosa y la falta de método en general en lo que se refiere a esta alimentación.

Uno de los alimentos que más se usan es la leche de vaca; sobre ésta la generalidad de las madres carece de los conocimientos necesarios, lo que explica el uso impropio que de ella hacen y los trastornos graves que con tal provocan en el pobre niño.

La leche de vaca es bastante fácil de preparar; pero también es uno de los alimentos más peligrosos en ciertas ocasiones.

Diarreas infantiles muy graves hemos visto entretenidas por este alimento no obstante ser administrado

con las reglas higiénicas recomendadas, y no han curado sino cuando se ha suprimido.

Cierto que algunos niños la soportan; pero no es la mayoría, y por otra parte hay épocas del año en que es menos soportada.

¿Cuál puede ser la causa de esto?

Algunos lo atribuyen a la calidad de la leche y tratan de corregir especializándola; escojen una buena vaca y usan sólo de esa leche.

No obstante ese cuidado los trastornos dispépticos aparecen y entonces se habla de mala preparación y de otras cosas.

Debemos recordar que niños hay, lo mismo que adultos, que no admiten semejante alimento sin que sus estómagos protesten, y esto, que antes se atribuía a una idiosincrasia, encuentra su explicación en la teoría de la anafilaxia.

Parece más racional suprimir del todo el uso de la leche de vaca en estos casos.

Pero, ¿con qué leche puede reponerse?

Si no se tiene una buena nodriza, ¿cómo hacer? Realmente el problema no es de fácil solución.

La leche de asna la consideramos como muy recomendable y es sensible que su uso sea tan reducido. Hemos visto curaciones admirables con el uso de esa leche. Pero nos encontramos con que es muy dificultoso conseguir ese servicio, y muchas personas acomodadas no lo consiguen, con mayor razón será dificultoso para las madres pobres.

Se presenta la diarrea infantil y se establece la dieta hídrica; pero al terminar ésta, cuando se vuelve a la alimentación tenemos muchas veces la repetición de los trastornos gastro-intestinales.

Es aquí en estos casos en los que debemos saber escojer la sustancia alimenticia que reuna las dos condiciones indispensables, su poder nutritivo suficiente y su inocuidad inherente.

En estas circunstancias hemos visto que la leche de vaca provoca recrudescencias graves, es pues un elemento impropio y peligroso para volver alimentar al niño.

Hay derivados de la leche de vaca que entre nosotros son poco conocidos y poco usados. Nos referimos al suero de leche y a la *babeurre*.

Estas son dos sustancias diferentes y no, como se cree, idénticas.

El suero procede de la leche de vaca cuajada con el fermento lab, o como vulgarmente se dice con el *cuajo*. Luego de separada la *cuajada*, que constituye después el queso, queda un líquido que es el suero.

Este constituye un buen alimento que debe usarse cuando la leche está contra indicada por dispepsia gastro-intestinal o por simple intolerancia.

Se prepara hirviéndolo y separando el resto de la caseína, que no se ha precipitado bajo la acción del fermento lab, y que el calor la cuagula, este cuáguulo es conocido con el nombre vulgar de *requesón*; el líquido restante es azucarado y separado después de la evullición, y se deja enfriar en recipiente esterilizado. Se usa solo o adicionado de alguna harina, esto varía según el caso clínico.

La *babeurre* es el suero obtenido por cuagulación de la leche bajo la acción de lo que se conoce con el nombre de *fermento láctico*, este principio no es el fermento lab, y el cuagulo obtenido tampoco es el queso, el suero es también diferente.

El producto conocido con el nombre de leche ácida, que no es muy usado entre nosotros, se recomienda mucho alabando sus propiedades anti-infecciosas; pero hemos notado que muy pocos niños la toleran.

Esta preparación además de ser un alimento constituye un medicamento. Bien sabemos como Hayem instituyó el tratamiento de las enteritis infantiles por el ácido láctico, tratamiento que pasó a ser clásico; pero con los nuevos preparados de leche no se trata solamente de aplicar el ácido láctico sino de emplear más bien la bacterioterapia introduciendo en el tubo digestivo los propios bacilos lácticos; de aquí nació el caldo paraláctico de Tissier que no era más que un cultivo del baci-

lo en un caldo pepto-lactosado salado. En vez de estos caldos o cultivos se recomiendan de preferencia hoy día los preparados de leche ácida como el Kefir, el Yoghaurth, &.

En el comercio existen preparados en forma de comprimidos y polvos que son muy útiles, como la lactobacilina, lactocimasa, lacteol, &. En el fondo todas esas preparaciones son la misma cosa. Tenemos alguna práctica con el lacteol y nos parece recomendable. En los casos en que no sea tolerable la leche ácida se puede recurrir muy bien a los comprimidos de lacteol tomados con agua azucarada.

Es un método que despertó mucho entusiasmo y que después, como en muchas otras cosas, se ha venido enfriando poco a poco ese entusiasmo ante los fracasos obtenidos, pues este es un método dirigido exclusivamente contra la infección intestinal. ¿Correrá la misma suerte que el método de los antisépticos intestinales? Tal vez sea ese más afortunado.

El fundamento de la bacterioterapia parece bastante razonable y tiene su cuna en los experimentos de laboratorio; en efecto se ha notado que en el intestino del niño alimentado con leche materna existe un microorganismo especial, *bacillus bifidus* y que ese agente tiene acción destructora sobre el colibacilo y otros tan nocivos como este; pero este poder defensivo no lo tiene el intestino del niño con alimentación artificial en donde abundan los agentes patógenos.

El método de los compuestos lácticos se dirige a introducir en el intestino un bacilo normal que desempeñe las mismas funciones que el *bacillus bifidus*, éste sería el bacilo láctico.

La *babeurre* es un suero ácido y se prepara hirviéndolo y agregándole cantidad suficiente de azúcar para darlo tan luego se enfría en vez de la leche. Al principio no es aceptado por el niño; pero poco a poco lo acepta.

Como hemos dicho, el primer recurso, del que debemos sacar grandes ventajas es la dieta hídrica, es el

recurso heroico al que siempre debemos recurrir recordando el antiguo y sabio principio: *abstinentia et quiete multi morbi curantur*.

Después de la dieta, que tiene que ser limitada, se presenta el problema de la alimentación del niño y entonces puede suceder que la enteritis sea ya vencida o o que no lo esté del todo a pesar de la dieta. Cómo seguir tratando la enfermedad? Los antisépticos intestinales tiempo ha que fueron declarados no solamente inútiles sino también nocivos. Sin embargo profesores hay que han usado el benzonaftol asociado al bismuto y lo recomiendan como muy útil.

Debemos recordar que el síndrome conocido con el nombre de gastroenteritis infantil puede obedecer a varias causas, y esta variedad de causas impone una terapéutica variada también.

En esos momentos en que se sale de la dieta es en los que se debe recurrir al suero de leche y a lababeurre, esta última tiene la ventaja de que además de ser un alimento de valor es un medicamento de primer orden y debe recurrirse a ese medio con más frecuencia de la que se usa.

Es a veces una verdadera dificultad en la que el médico se encuentra con el niño que no puede continuar sometido a la dieta y que está expuesto a recaer con la nueva alimentación.

Se usan mucho como alimentación los atoles hechos de harinas de feculentos, y cuando la leche de vaca es mal tolerada es a los atoles a los que se recurre más frecuentemente.

Los caldos de cereales son poco nutritivos y a veces no los aceptan los niños enfermos.

El agua de arroz conocida desde la antigüedad es un medio de mucho valor y a ella hemos tenido que recurrir en casos muy difíciles donde el uso de la leche y los atoles era contra producente, y creemos que es un alimento muy aceptable. Es un preparado que ha caído, tal vez injustamente, en desuso, y Variot echa de menos ese abandono.

Ultimamente ha aparecido el método de Gollois y Abrami conocido con el nombre de *régimen seco*.

En qué consiste este régimen seco? Este varía según la edad del niño. Si se trata de un niño de pecho se le da cada día, y cada dos o tres horas, una cucharadita de queso muy fresco, recién hecho, que es lo que los queseros llaman vulgarmente *cuajada*, bien mezclada con una cucharada grande de leche bien azucarada. Cuando se trata de un niño en la época del destete el alimento cambia, y si se dá por la mañana una yema de huevo batida con azúcar y 60 a 100 gr. de leche o, cuando ésta es mal tolerada, con 100 gr. de agua bien hervida; a las diez una cucharadita de café de queso preparado, a las cuatro de la tarde una preparación de pasta, a las siete una papilla con 100 o 150 gr. de leche.

Como se ve ese régimen es más bien un régimen lacteo modificado.

Ese régimen debe tener sus indicaciones en ciertos y determinados casos, y debemos aceptarlo confiados en la competencia de sus iniciadores, y probarlo siempre que encontremos dificultad en establecer la alimentación después de la dieta hídrica; por supuesto que será la clínica la que nos dictará lo que haya en esto de cierto, y aquí tiene cabal aplicación el proverbio *ars tota in observationibus*.

El hecho reconocido por todos de que las sustancias nitrogenadas son a veces convertidas en principios venenosos de bastante actividad bajo la influencia de los agentes proteolíticos hizo atribuir a estos alimentos nitrogenados las intoxicaciones intestinales, y de esta idea nació la de sustituir en la alimentación infantil los nitrogenados por los alimentos amilaceos. Combe vulgarizó el régimen por los feculentos, y los partidarios aumentaron.

Estas sustancias feculentas de las que hoy día se hace un gran consumo en la alimentación infantil destruyen los gérmenes proteolíticos y evitan la putrefacción

del contenido intestinal. Estas son en efecto propiedades preciosas. Algunas colitis ceden admirablemente con una alimentación feculenta.

El régimen de Combe ha sido empleado sistemáticamente, y al lado de sus éxitos han tenido que figurar fracasos.

Sucede que una vez vencida la diarrea por la dieta hídrica se comienza la alimentación por feculentos y la diarrea reaparece y no desaparece sino al dejar estos alimentos feculentos.

Hemos visto varios casos en los que los amilaceos entretenían la enteritis; pero en dos hemos podido comprobar de manera especial esa influencia.

La primera, era una niña de seis meses de edad que fue alimentada artificialmente desde los primeros días, y desde los primeros días comenzó a sufrir accesos de diarreas que cedían con la dieta y algunos medicamentos alcalinos.

Un día fuimos llamados porque la niña había empeorado. Tenía vómitos repetidos, no tolerando los alimentos, había diarrea verde y fiebre, había enflaquecido notablemente porque la peoría databa ya de una semana. Al hacer el examen notamos el abdomen doloroso. Investigando encontramos una alimentación constituida por una mezcla de leche de vaca y sustancias feculentas; se le aconseja un purgante de aceite recino y suspensión de la leche de vaca. Al segundo día mejoría muy marcada; vuelve su alimentación lactea y feculenta y los vómitos y la diarrea se vuelven a presentar. Dieta hídrica y mejoría manifiesta; se ordenan atoles ligeros y agua de arroz y lacteol. La mejoría se sostiene pocos días; pero luego hay nueva recaída.

Nuevamente dieta hídrica por 24 horas y después una preparación alcalina.

Se aumenta la alimentación feculenta por estar la enfermita muy debilitada y la diarrea empeora, los vómitos vuelven y las evacuaciones intestinales vuelven a ser verdes y sanguinolentas.

La enfermita se puso muy grave, a grado de no poder tomar ni la agua de Vichy; apenas se lograba hacerla tragar una pequeña cantidad de leche de mujer.

Se había fracasado con los medicamentos diferentes que se usaron.

En este estado desesperado se instituyó la alimentación por la leche de asna e inyecciones hipodérmicas de suero fisiológico.

Asistimos a una resurrección; la niña mejoró paulatinamente.

Se le da de nuevo una alimentación de feculentos sin leche y no obstante eso hay una recaída; se suspenden los feculentos y los trastornos gastro-intestinales desaparecen.

El efecto nocivo de los feculentos quedó bien demostrado en este caso.

En el otro caso se trataba de una niña de un año la que tuvo sus trastornos gástricos intestinales desde los primeros meses de edad debidos al uso de la alimentación mixta mal aplicada. Varios accesos de diarrea verde fueron tratados y curados.

Un día se nos llama porque la diarrea que había reaparecido no cedía con los remedios caseros.

Investigando las causas descubrimos que los mismos descuidos en la alimentación eran los responsables.

La higiene establecida y algunos alcalinos concluyeron con este acceso diarreico que ya había durado más de una semana.

Forzosamente tuvo la madre que recurrir a la alimentación con harinas y al poco tiempo reaparece la diarrea acompañada de vómitos y de fiebre.

Las evacuaciones intestinales eran de materias verdes mezcladas de mucosidades sanguinolentas.

Estas materias son pocas y la expulsión de ellas es muy frecuente.

El ácido láctico fué impotente, el lacteol no dió ningún resultado, los alcalinos, de los que habíamos sacado tanto provecho anteriormente, fueron inútiles.

Nos resolvemos a una dieta hídrica rigurosa y a grandes lavados intestinales. La dieta dió resultado bueno inmediato; pero ya estábamos frente a una paciente muy debilitada y era urgente establecer una alimentación apropiada. Aconsejamos la leche de asna; pero fue imposible conseguir en esos momentos ese animal; entonces preparamos personalmente un poco de *babeurre*, alimento que fue aceptado al principio; pero poco después fue rechazado. En estas circunstancias fue necesario recurrir a la leche de mujer, para lo que se hizo llegar una de buena salud. Como la enfermita rechazara el pecho, se le daba la leche humana por cucharaditas. La mejoría no se hizo esperar. Pocos días después creyendo la madre que el peligro había pasado, y encontrando dificultades para tener a la orden una buena mujer que proporcionara leche, se resolvió a volver a la alimentación por feculentos.

La diarrea volvió y el vómito se volvió a establecer, lo poco ganado se perdió y los fenómenos meníngeos se presentaron dando fin a la enfermita.

En estas dos observaciones encontramos la alimentación feculenta entreteniéndola y agravando la diarrea infantil.

El régimen de Combe, como se vé, a pesar de tener tan buena recomendación, en algunas ocasiones es nocivo.

El concepto de que los feculentos son alimentos que ayudan a conseguir la desinfección intestinal es universalmente aceptado, cómo explicarse pues esas enteritis entretenidas o provocadas por los amiláceos?

Estas diarreas de feculentos son hoy día bien conocidas, tanto que el Profesor Hutinel ha hecho de ellas un magnífico estudio; y nos dice sobre el particular lo siguiente: *«La intolerancia por las sustancias amiláceas puede manifestarse en todos los periodos de la infancia; ella se encuentra igualmente en el adulto; pero las formas que reviste no son idénticas en las diferentes edades»*.

La doctrina de Pasteur nos dió la explicación de las diferentes infecciones, y a todas las enfermedades se les buscó la causa microbiana. Las intoxicaciones fueron olvidadas.

Refiriéndose a esa tendencia el mismo Profesor Hutinel nos dice: «*Esto es una imprudencia. Muy luego se ha tenido que reconocer que aparte de ciertas diarreas específicas, como las de la fiebre tifoidea o las de la tuberculosis, la noción del germen no era suficiente para caracterizar una especie clínica. Por otra parte, como consecuencia de los trabajos de Bonchard, los venenos intestinales llaman la atención*».

La teoría de la anafilaxia talvez dé la clave de resolución en algunos casos.

Generalmente desde los primeros meses de vida se da al niño una alimentación feculenta sin recordar que el aparato digestivo no tiene todavía el poder funcional suficiente para utilizar esas sustancias.

Estas diarreas feculentas son más bien tóxicas y no infecciosas; hay pues que buscar los venenos y no los microbios; Combe sostiene que en estas diarreas se encuentra una lavadura especial, al lado de otras, la *Clostrydium butyricum*.

Cuáles serían esos tóxicos y cómo obrarían?

Las materias amilaceas en el intestino pueden entrar en fermentación cuando no son debidamente digeridas y de esta fermentación nacen los ácidos láctico, succínico, valerianíquico, butyrico, fónico, propiónico, acético y caprónico.

Todos estos ejercen su acción irritante y son excitantes de los movimientos peristálticos del intestino.

Pero debemos tener presente que en las diarreas feculentas puede agregarse el elemento infeccioso y tener un tipo mixto.

En la sesión celebrada por l'Academia i Laboratori de Ciéncies Mèdiques de Catalunya el día 2 del actual junio de 1915, el Dr. Solduga presentó un caso clínico de otitis media complicada de absceso cerebral.

Refiere la historia común a todos estos enfermos, de supuraciones de oído descuidadas, que un día empiezan por ofrecer un ligero dolor espontáneo de la fosa temporal y más tarde se complican de cefalalgia y mastoiditis.

Este caso al examen otoscopio revelaba perforación del tímpano, otorrea fética y abundante, a los tres años de la lesión cierta noche se lamenta el enfermo de vómitos incoercibles y esfalalgia del hunciráneo derecho, sin rubicundez, empastamiento ni dolor en la mastoides. Pulso 75 y 31.06. Durante los días sucesivos aparecen el edema de la pupila y una ligera parésia del brazo izquierdo.

Esta situación exige operarle según la técnica de Staeke y al desconchar las primeras capas de la pared externa del antro pudo notarse la aparición de algunas gotas de pus, sin embargo ni en el antro ni en el átrio se halló líquido purulento por lo que creyendo el Dr. Solduga que estas lesiones no eran suficientes para explicarse el por qué no se halló ninguna necrosis, ni traecto que comunicara con la cavidad craneal que hicieran sospechar una complicación endo-craneal atacó el cerebro a través de la porción escamosa del temporal resecaando una porción de 3 centímetros de ancho por 3 de alto. Una vez levantada la porción ósea las meninges aparecieron normales por lo que extendió la resección hasta la pared súpero-posterior del antro superior del ático lo que dió motivo al hallazgo de dos o tres gotas de pus y a descubrir la necrosis de la parte más interna del segmen antri y tegmen timpavi. Después de resecaadas las partes enfermas la sonda de Kocrer se in-

trodujo de abajo a arriba y un poco de fuera a adentro en una profundidad de 7 a 8 centímetros y una vez retirada apareció una oleada de pus. En conjunto se vaciaron de 30 a 40 gramos de pus.

Razona si el absceso era extradural o procedía del lóbulo temporo-espinoidal del cerebro, inclinándose por este último origen porque no se concibe que se pudiera introducir 7 centímetros la sonda Koch si fuese extradural porque frecuentemente los abscesos cerebrales a veces son apireticos y hasta hipotérmicos como ocurrió en este caso.

Describe el trayecto del haz piramidal y deduce que la parésia del brazo era producto del absceso cerebral.

El Dr. Pujol y Brull interviene presentando un caso clínico de otitis media supurada, en el que inmediatamente que cesó de manar pus por el oído, presentáronse cefalalgia, vómitos, cistagmus parcial del motor ocular externo, del plexo braquial, dolor mastoideo, &. Para combatir esta situación practicó la operación de Stcke y después de haber hecho saltar el antro vió vaciarse un absceso extradural. Al día siguiente la temperatura de 40° y la oradicárdia se pusieron a 37 y 90, respectivamente. Un año y medio más tarde se presentó de nuevo la otorrea y se abrió la herida por lo que resecó los huesos careados y extirpó el yunque y el martillo.

Se muestra partidario, una vez convencido de la existencia del absceso cerebral de atacarle directamente por la trepanación amplia derecha según aconseja Bergmann y desestima las craneotomias de pequeña abertura porque pueden ocultar abscesos.

El Dr. Suñé i Medan, cree que en el caso del Dr. Solduga se trata de un absceso cerebral, porque la masa encefálica por su fuerza de expansión ocluía la salida del pus y de ahí al separarla con la sonda que saliera de nuevo el líquido purulento. Cree que la cefalea frontal u occipital, los vómitos y los vértigos hacen

precisar una localización cerebelosa en las otitis supuradas; el éxtasis papilar suele ser un síntoma de abceso cerebral. No hay que fiar en la temperatura porque a veces son hiporásicos.

El Dr. Presta cree que en el caso del Dr. Solduga, tratábase de un abceso cerebral debido a que la supuración del oído por falta de drantage se propagó por el antro y por el ático del hueso y de ahí a las meninges ocasionando una paqui-meningitis primero y el abceso más tarde. Es partidario de atacar estas supuraciones internas por la vía ática porque se curan el 40% de operados y mientras que por el sistema Bermann sólo se salvan el 25%, esto sin contar que el punto es más declive y de mejor desagüe.

El Dr. Ribas y Ribas (E), se manifiesta por la vía ótica porque a través de esta se ha fraguado la infección, empero si el abceso no es sobre el peñasco, sino cerebelosos el punto de ataque más declive es la fosa cerebelosa. Llama la atención sobre el hecho de que los abscesos cerebrales son hipotérmicos y en cambio los extradurales se dishugue por la fiebre. A continuación cita el caso de un supuesto abceso cerebeloso que se curó con los mercuriales.

El Dr. Monturiol opina que cuando distinguimos la procedencia del pus en las otitis dice que si acto continuo de limpiar el oído sale pus es que existe algún foco profundo sea óseo, extradural o intra-encefálico ya abierto no se consigue agotar el pus en la caja, durante el momento de la exploración es que existe un depósito de paredes flexibles a distancia del oído medio y que no puede ser otro que el espacio que separa el cráneo de las meninges.

Atribuye la parálisis del brazo a compresión y no a destrucción del encéfalo. Cree que resecaando mayor cantidad de temporal se hubiera llegado antes al foco.

En la sesión que la expresada Corporación celebró el 2 y 9 de junio de 1915, el Dr. Balcells se ocupó de las indicaciones del bicarbonato de sosa, dividiéndolas

por su modo de obrar, en las de carácter general y de índole local. En el primer concepto alcaliniza la sangre, favorece las oxidaciones, pero para que obre como tal es preciso que se absorba tal cual es, lo que se consigue ingiriéndolo a estómago vacío o bien en inyección intra-venosa. Se usa en asidosis y en la como diabético. Cuando el estómago contiene ácidos libres orgánicos o de fermentación se descompone su ácido clorhídrico y en cloruro o lactato de sosa que poco influye en la alcalinidad cuando son absorbidos. De esto se desprende que el bicarbonato sódico durante las comidas no combate los defectos nutritivos y dificulta la digestión de los albuminoideos porque se neutraliza el ácido clorhídrico libre.

A su entender, el efecto estimulante de las oxidaciones del bicarbonato sódico procede del estímulo que ofrece sobre la celuela hepática la cual segrega más bilis y neutraliza más tóxicos. Los efectos del bicarbonato sódico sobre el estómago y los intestinos, depende de la dosis y de las condiciones de la absorción. Cree que a pequeñas dosis y antes de las comidas es eupéptico porque disuelve el moco que embadurna la mucosa gástrica. Durante las comidas es de acción compleja y de poca importancia.

Los triunfos se obtienen cuando se emplea para como calmante en los dolores gástricos. Se cree que obra neutralizando el ácido clorhídrico y que a esta hiperacididad se debe el dolor y no obstante hace notar efecto calmante de las pequeñas dosis, si bien neutralizan poco ácido.

Para averiguar el efecto calmante del bicarbonato sódico hizo ingerir sulfato de bario (no bismuto porque entonces no se sabía quién había actuado como calmante) en los ulcerosos durante las comidas y en el momento del dolor los examinó a la pantalla radioscópica y observó que durante la crisis aparecen contracciones gástricas enérgicas que no logran abrir el piloro y se convierten en antiperistálticas. Si en este momento se

sugiere bicarbonato sódico se ve la formación de ácido carbónico que se acumula al polo superior del estómago y a la vez cesan las contracciones del estómago y esto coincide con la desaparición del dolor. Poco más tarde reaparecen las contracciones estomacales que son menos enérgicas y cada una de ellas logra una evacuación pilórica.

En las enfermedades del intestino usa el bicarbonato cuando hay cólicos y diarreas de reacción ácida por insuficiencia biliar y pancreática, a dosis de 2 a 3 gramos varias veces al día, sin embargo no hay que olvidar el régimen.

Contraindicaciones del bicarbonato: como se combina con el ácido clorhídrico del estómago y forma cloruro sódico deberá restringir su uso en los nefríticos impermeables a esta substancia. En virtud de neutralizar el ácido clorhídrico y teniéndose a éste por antianafilático en virtud de transformar la toxicidad de ciertas albúminas, algunos vigilan su empleo.

De todo lo dicho deduce: primero, que el bicarbonato en la diabetes actúa sobre la célula hepática y entonces debe administrarse en ayunas y fuera de las comidas; segundo, como alcalino contra la acidosis, en caso de urgencia (come) se usará en inyección endovenosa (3%) y 20 a 30 gramos por la vía gástrica; tercero, a dosis pequeñas (00'30 gramos) y en las comidas es eupeptico; cuarto, en el dolor tardío gástrico obra sobre la molilidad gástrica y el espasmo pilórico; y quinto, que en el brigthisme no debe administrarse jamás en las comidas.

El Dr. Duran Arrom, dice que efectivamente los dolores tardíos no proceden de la hiperclorhidia, sino del pilorismo y esto explica que existan muchos gastrorrágicos por úlcera que no tienen dolor alguno, a pesar de tener mucha hiperclorhidia.

El Dr. Puig i Sais, cree que el bicarbonato tomado durante o después de las comidas no es inútil, como afirma el disertante, pues él mismo que siente hiperches-

tenia e hiperclorhidia gástrica encuentra gran alivio tomándolo en el momento de la perosis, con la particularidad que 40 centigramos bastan, mientras que si tarda más, precisa mayor dosis y con resultados inciertos.

El Dr. Serrallach, dice que el bicarbonato en las diatesis especialmente en las diabetes, debería usarse según las enseñanzas de los análisis de la orina. Hoy sabemos que la tan temida asidosis, vanguardia del coma, viene anunciada en la orina por el creximiento del nitrógeno de los cuerpos amoniacaes, en relación al nitrógeno total, y por lo mismo tan pronto sobrepasa el 5^o/_o el médico debe neutralizar los ácidos yendo a buscar bases alcalinas disminuyendo el régimen de carnes y de un modo especial acudiendo a las grasas y a ciertos cuerpos monosacaridos que como la lebulosa suelen ser tolerados por el hígado. Es un error esperar al coma para usar el bicarbonato sódico en inyección intravenosa (al 3^o/_o) porque dados sus efectos sorprendentes podría utilizarlo antes y sacarse espléndidos resultados.

En la sesión que dicha Academia celebró el día 16 de junio de 1915, el Dr. Figueras Parés de Gerona, a propósito de un caso de úlcera antigua de la córnea y dificultades que se presentaron para su curación. Describe un caso clínico de úlcera de la córnea y pone en evidencia que cuando no se tratan apropiadamente se hacen crónicas y entonces resultan difíciles de curar. Expone los síntomas de las queratitis agudas y menciona el tratamiento que a su juicio debe seguirse. Hace una ligera descripción de las diferentes causas etiológicas, como también de la influencia que ofrece la disatesis sobre la cronicidad, cree útil hacer remarcar 1º, la poca importancia que los autores dan a estas cuestiones; 2º, las dificultades que se presentan para obtener la curación; y 3º, la antigüedad de esas lesiones.

Pasa a continuación a tratar de las queratitis crónicas, expone su sintomatología y los datos más importantes, diagnóstico. Referente al pronóstico debe hacer-

se siempre reservado ya que las complicaciones no tienen siempre el mismo valor según la lesión esté en la periferia o en el centro de la córnea.

En cuanto a su profilaxia aconseja debe tenerse gran cuidado en tratar las queratitis agudas como también el estado general y hace mención de los diferentes medicamentos antiguos y modernos que ha utilizado y el resultado obtenido con el uso de los mismos.

DR. SERRALLACH.

(Se continuará)

NOTAS VARIAS

Por acuerdo del Ejecutivo fué nombrado nuevamente Director del Hospital Rosales el Dr. don Ramón García González.

Durante la ausencia de éste desempeñó satisfactoriamente y con actividad la Dirección el Director suplente Dr. don Santiago Letona Hernández.

*

El día 29 de marzo falleció, después de corta enfermedad, el Dr. Miguel Peralta Lagos, ex-Redactor de esta Revista y uno de los médicos jóvenes más entusiastas y estudiosos.

El Dr. Peralta Lagos fué un profesional distinguido que se dió a conocer en la cátedra y en la prensa.

Los ARCHIVOS DEL HOSPITAL ROSALES deben mucho de su buen nombre a la pluma del Dr. Peralta Lagos.

La Redacción hace presente a los familiares del desaparecido sus manifestaciones de justa condolencia.
