

# Revista Médica de Costa Rica

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO VI

San José, Costa Rica, Diciembre de 1943

No. 110

AÑO XI

## Algunas anotaciones prácticas médico-quirúrgicas

*Por el Dr. Oscar Pacheco*

No dudo por un momento que la mayor parte de los colegas aquí reunidos esté al tanto de lo que en estas anotaciones voy a exponer en forma sucinta. Sin embargo, he creído oportuno recordarlo en esta ocasión, para que aquellos que lo crean beneficioso para sus pacientes, lo tengan en mente cuando el diagnóstico del caso lo requiera o cuando la terapéutica se ponga en juego.

Halagado por el buen resultado obtenido personalmente y por los que conmigo han colaborado, me ha parecido que estos apuntes pueden ser provechosos para el médico que hace práctica general.

Todos estos métodos y observaciones son tomados de diversas publicaciones aparecidas en diferentes épocas. Yo les he dedicado interés, ya sea porque su autor haya sido un médico o cirujano de renombre o porque las estadísticas que han acompañado los trabajos satisficían de lleno.

### 1º—Herpes Zoster

El Herpes Zoster o zona es con frecuencia una afección rebelde al tratamiento. El yoduro de sodio y el suero antidiftérico nos ofrecen dos armas terapéuticas muy eficaces.

El yoduro de sodio se pone intravenosamente a la dosis de 2 grs. en solución al 10 por ciento, el primero, el segundo, el cuarto y el séptimo día (La mitad de la dosis en las mujeres). El suero antidiftérico se recomienda a la dosis de 5,000 unidades, repetidas dos días más tarde si fuere necesario.

Estos dos tratamientos son independientes; esto es, debe usarse uno u otro. Con ambas formas, el dolor disminuye en 24 horas y la erupción comienza a secar en igual período de tiempo.

#### 2º—Cloruro de etilo localmente

La anestesia local con cloruro de etilo, usada para la incisión de abscesos o furúnculos, no da buen resultado cuando se usa en la forma corriente porque el endurecimiento producido por la congelación de la piel requiere que el cirujano ejerza gran presión al ejecutar el corte, aún usando el bisturí curvo filoso y bien punteado, frustrando así el objeto buscado. Colocando una pinza de dos dientes, de las usadas para sujetar los campos, de cada lado del lugar a operar, previa congelación de estos dos puntos, el asistente hace tracción hacia arriba con una pinza, y mientras el operador lleva a cabo la misma maniobra con la otra el asistente congela entre ambas y el cirujano practica la incisión. Así se evita la presión sobre los tejidos subcutáneos inflamados, y la operación resulta en realidad indolora.

#### 3º—Manera de incindir el carbunclo o antrax

La excisión total de los tejidos infectados, la incisión amplia en cruz con disección de los colgajos, y remoción de los tejidos subcutáneos invadidos y el termo o el electro cauterio son sistemas que no responden satisfactoriamente, porque producen mucha destrucción de tejido, porque son muy traumatizantes y porque la cicatrización es muy retardada y deformante. Las incisiones paralelas en sentido vertical, cruzando todo el espesor de los tejidos invadidos y separadas entre sí de uno a dos y medio centímetros, según el tamaño del carbunclo, dan excelente resultado tanto porque acortan el proceso cicatrizante como porque dejan menos cicatriz y deformidad. Las incisiones deben extenderse una corta distancia en tejido sano pues con esto se limita el proceso inflamatorio. Finalmente deben empacarse las incisiones con gasa formada sin practicarse curetaje.

#### 4º—Administración de sueros en general

La práctica de administrar los sueros ya sea profiláctica o curativamente en una sola dosis, sin llevar a cabo previamente la prueba cutánea intradérmica para determinar la tendencia del paciente a la

anafilaxia, puede traer consigo reacciones graves, ocasionalmente hasta fatales. Cuando la reacción es positiva veinte minutos después de inyectar un décimo de cc. de una dilución del suero en solución salina normal en la proporción de uno a nueve (.1cc. suero en .9cc. solución salina), se debe llevar a cabo invariablemente la aplicación del suero en dosis ínfimas progresivas, inyectando finalmente el resto de la dosis terapéutica requerida.

#### 5°—Suero antivenenoso

Cuando se trata de inyectar suero antibotrópico hay que tener en mente dos puntos muy importantes: 1°—La dosis inicial debe ser fuerte; esto es, de 4 a 6 ampollas de 10cc Butantan en los casos graves y en proporción en los menos graves. 2°—La cantidad requerida para los niños es mayor que para los adultos; esto es, la dosis debe ser tanto mayor cuanto menor sea el paciente porque la cantidad de veneno inyectada por la serpiente está en mayor concentración, dada su menor peso.

#### 6°—La Prostigmina como emmenagogo y para el embarazo en sus comienzos

Cuando hay atraso de la menstruación y el fenómeno no es debido a desórdenes de origen endocrino, puede usarse con muy buenos resultados la prostigmina, la que nos sirve además como método para el diagnóstico del embarazo durante las primeras semanas sin necesidad de recurrir al método más laborioso de la reacción Asheim Zondek. Una inyección diaria de 1 miligramo de Metilsulfato de Prostigmina, durante uno a tres días, constituye la dosis suficiente para producir la menstruación. Si existiera embarazo éste no se afecta en absoluto, y el menstruo no aparece. (Véase Journal American Association de Mayo 8, 1943.)

#### 7°—Formas rectales del linfogranuloma venéreo

Las proctitis, con o sin estrechez rectales, tanto en hombres como en mujeres así como los abscesos isquiorrectales y las fistulas in ano, son a menudo producidas por el linfogranuloma venéreo. El diagnóstico diferencial debe ir acompañado siempre de la prueba intradérmica de Frei, positiva en un gran porcentaje de casos y de tanta ayu-

---

da en el diagnóstico de esta enfermedad como lo es la reacción de Wassermann en el de especificidad luética.

La prueba de Frei se lleva a cabo con un antígeno del linfogranuloma venéreo obtenido del embrión de pollo y el control con antígeno de embrión de pollo normal.

El tratamiento de esta forma de linfogranuloma con sulfanilamida y últimamente con sulfatiazol llevado a cabo durante un período prolongado hasta de seis meses con días de descanso, ha dado resultados muy satisfactorios, pero no tiene efecto sobre las estrecheces, las que necesitan dilatación gradual progresiva.

#### 8°—La vacunación antífica

En masa o individualmente, encuentra la oposición de los pacientes, porque les obliga a la interrupción de su trabajo o porque la vacuna anterior, les produjo mucha molestia. Un trabajo de investigación llevado a cabo hace algunos años por médicos del ejército de los Estados Unidos, demostró que las inyecciones intradérmicas a baja dosis no producen incapacidad alguna y resultan perfectamente eficaces. Últimamente se ha demostrado que una sola inyección intradérmica de 1 cc. una vez al año, practicada a individuos ya vacunados en la forma corriente con tres dosis subcutáneas, resulta perfectamente eficaz para producir la inmunidad deseada. El Dr. Le Roy Fathergill de la Universidad de Harvard, Comandante del ejército de los Estados Unidos, ha hecho experiencias en un gran número de estudiantes. El control lo llevó a cabo con la reacción de Widal 2 meses después de practicada la inyección. Las intradérmicas mostraron igual intensidad de positividad, con igual dilución, que los vacunados en forma corriente.

Valdría la pena que el departamento de epidemiología llevara a cabo esta forma de vacunación intradérmica a dosis mínima, popularizando así el método especialmente apropiado para la profilaxis en masa.

#### 9°—Tratamiento de la fiebre hemoglobinúrica

Frecuentemente el examen de la sangre es negativo por parásitos en la fiebre hemoglobinúrica, pero aún en el caso de que sea positivo, la malaria no debe tratarse hasta que los síntomas graves no hayan desaparecido.

---

El tratamiento que me ha parecido dar mejores resultados es el de Dove, que consiste en reposo absoluto, nada de alimentación por la boca, morfina inyectada en dosis repetidas y en cantidad suficiente para mantener al paciente tranquilo y líquidos parentéricamente en forma de suero fisiológico mezclado con suero glucosado, hasta que pase el ataque. Una vez desaparecido el vómito, el desasociado y la hemoglobinuria, se procederá a la alimentación por la boca en forma gradual. Algunos casos responden muy bien al uso del tubo duodenal permanente precedido de lavado gástrico. Por el tubo duodenal se puede dar alimentación ligera.

#### 10°—Las inyecciones en la malaria

Hay tres indicaciones únicas para el uso de inyecciones en el tratamiento del paludismo: el vómito, la imposibilidad para tragar, y la malaria grave con hiperpirexia, especialmente la forma cerebral. La única droga que en mi concepto debe inyectarse es la atebrina y siempre intramuscularmente. Las inyecciones intravenosas ya sean de quinina o de atebrina no deben tener lugar en el tratamiento de la malaria grave. Ambas drogas, especialmente la quinina, al entrar al torrente circulatorio, producen una liberación masiva de toxinas provenientes de la destrucción de los parásitos. No dudo que muchos de ustedes han visto el resultado trágicamente espectacular de tal procedimiento. La quinina o la atebrina usadas intravenosamente en un caso corriente de malaria no tienen el peligro apuntado, pero tampoco tiene ningún objeto usarlas en esta forma. El argumento de haber puesto muchas inyecciones intravenosas de quinina sin peligro no prueba nada; es el uso intravenoso en los casos graves el que prueba lo perjudicial que puede ser. Las inyecciones intramusculares de atebrina pueden conseguir perfectamente el fin buscado, sin precipitar tan tremendo shock. La quinina intramuscularmente no tiene ninguna ventaja sobre la atebrina y sí tiene la enorme desventaja de que aún usada con la más estricta asepsia y en buena dilución, puede producir abscesos aún muchos meses después de inyectada. Debe usarse, sin embargo, cuando no se pueda conseguir atebrina. (Véase The American Journal of Tropical Medicine, Mayo 1942. Vol. 22.)

#### 11.—La retención post operatoria

La retención urinaria post operatoria puede traer consigo, además de las molestias corrientes para el paciente y para el personal, la

---

fiebre urinaria. Poniendo sistemáticamente al terminar la intervención 20 cc. de solución acuosa estéril de mercurocromo al 2 por ciento intravesicalmente, logramos que el ciento por ciento de los operados vacíen su vejiga espontáneamente. De vez en cuando se presenta un caso de irritación vesical causada por este procedimiento, pero esto desaparece rápidamente.

### 12.—Apendicitis crónica

Gran número de las llamadas apendicitis crónicas, si no dan la historia de haber tenido alguna vez un ataque de dolor en la fosa ilíaca derecha con alza de temperatura, náusea o vómito, cuando se operan nos vuelven con la historia de que el dolor y las molestias continúan como antes. Esto parece demostrar que en la mayoría de los casos, para que en realidad exista la apendicitis crónica tiene que haber habido alguna vez apendicitis aguda o subaguda. Los cirujanos que han seguido esta regla han reducido el número de fracasos por apendectomías en casos crónicos a un *mínimum* muy satisfactorio.

### 13.—Neumonía atípica

Para terminar quiero llamar la atención de ustedes acerca de la denominada "Neumonía por Virus" o "Neumonía Atípica", enfermedad recientemente clasificada, la cual ha producido, como muchos de ustedes lo saben, verdaderas epidemias en instituciones y en campos de entrenamiento en los Estados Unidos. Este tipo de neumonía no acusa la presencia de ninguna bacteria especial y no responde al tratamiento específico de las sulfas. El diagnóstico se corrobora con los rayos X. de preferencia. La enfermedad se presenta también en forma esporádica y en ambos casos tiene un pronóstico benigno, si se lleva a cabo el tratamiento sintomático y reposo prolongado junto con medidas apropiadas para levantar la resistencia del organismo. Las complicaciones y la incapacidad vienen principalmente en los casos que no han tenido reposo suficiente y en los que no han disfrutado de una convalecencia apropiada. Muchos de los casos que en forma de pequeñas epidemias se presentan de vez en cuando entre nosotros, rotuladas con el diagnóstico de influenza, pueden en realidad ser casos de neumonía atípica.

Recientemente fue descubierto un caso, y posiblemente dos, en el Hospital de Limón por un médico visitante.

---

Yo creo que teniendo en mente esta enfermedad, especialmente en los hospitales con la ayuda de los rayos X, se descubriría con mayor frecuencia.

(Véase The Journal of the American Medical Association N° 11 de Julio 10, 1943).

---

---