

# GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2ª. CLASE EN LA ADMINISTRACION GENERAL DE CORREOS  
DE MEXICO, D. F., CON FECHA 21 DE MARZO DE 1939

TOMO LXXII

OCTUBRE DE 1942

NUMERO 5

## TRABAJOS ACADEMICOS

### Los nuevos procedimientos terapéuticos en algunas de las enfermedades del aparato respiratorio en el niño \*

Por el Dr. MARIO A. TORROELLA.

La terapéutica de las enfermedades del aparato respiratorio se ha enriquecido últimamente con la adquisición de dos elementos; quimioterápico uno, fisioterápico el otro, que dan cuando se emplean convenientemente, resultados por todo extremo halagadores.

Es el primero, un derivado de la sulfanilamida, que casi ni vale la pena nombrarlo, tan conocido es, y se ha extendido con tal rapidez, que no hay médico que lo ignore y no le emplee, me refiero como es de suponer a la sulfapiridina, de eficacia específica por cuanto se refiere al neumococo; su acción benéfica no se limita sólo a este germen, el ejemplo lo tenemos en las colitis, pero no habré de salirme del punto en cuestión y sólo a él me limitaré en su estudio.

Medicamento heroico en las neumonías, no tiene por desgracia en las bronconeumonías el mismo rápido brillante resultado, y la razón de su menor eficacia nos las da el conocimiento de la etiología de este padecimiento, causado por una gran diversidad de gérmenes, casi siempre agrupados en nefastas simbiosis, pese a la hipótesis de Dufour de Laussan. Pero en la neumonía lobar es tal

\* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 15 de julio de 1941.

su acción, que no me parece exagerado el decir que con el tiempo sólo presenciaremos formas de congestión pulmonar, formas parecidas a las de Woillez, pues el empleo de las sulfapiridinas haciendo abortar, cuando se aplican tempranamente, la neumonía se quedaría detenida en la primera etapa, la congestiva, viendo cómo se precipita la crisis y por lo tanto abreviando la evolución del padecimiento.

En la bronconeumonía, repito, no se observa lo mismo; pero está uno obligado a darla para aniquilar el factor neumococo, aunque los otros sigan causando daño, y por lo tanto estamos en la necesidad de continuar con nuestro viejo arsenal terapéutico.

Mucho se ha escrito y trabajado y pongo en este orden los términos, pues en general más se habla y se escribe, que se hace, a propósito de las virtudes y desventajas del fármaco; las primeras están fuera de discusión; de las segundas, no llegando a exageraciones ni a cifras fantásticas en lo que se refiere a dosis, su administración da buenos resultados con un mínimo de peligros. Es la regla formal de administrarla en niños pequeños, en la primera infancia, no exceder la dosis de 0.10 cgs. por kilo de peso y por 24 horas, y si después de 48 horas, según el juicioso criterio de Schick, no hay curación, u ostensible mejoría, suspender su administración. Con esta prudente conducta no hay en general cianosis ni notorias alteraciones hemáticas, clínicamente hablando, ni las tan temidas, y hasta ahora no observadas por nosotros, formaciones calculosas en pelvicillas, ureteros y vejiga, mencionadas en la literatura médica.\*

El otro medio, de que al principio hablamos, es la oxígeno-terapia, conocida y aplicada desde hace tiempo, pero no con la técnica seguida hasta hoy. Recuerdo que hace muchos años, ya en París se hacía burbujar en un pequeño frasco lavador, que contenía aceite gomenolado, una corriente de oxígeno que se difundía en la atmósfera de la pequeña celda (box) donde se ponía al niño bronconeumónico, y ya ahí se hacían mezclas de bióxido de carbono al 7% con el oxígeno, en virtud de que el primero obra como estimulante del centro respiratorio.

Vino luego la campaña de Janet, que era en principio lo mismo;

---

\* Se habla ahora del empleo de la sulfadiazina que teniendo las mismas virtudes que la sulfapiridina, es menos tóxica, y más lenta su eliminación.

después el empleo de las inyecciones subcutáneas de oxígeno, procedimientos sin ningún valor terapéutico, con la sola cualidad de borrar un poco la cianosis, pero como dice Miranda, ¿qué significan para el consumo normal de oxígeno, en que se utilizan miles de litros por 24 horas, el inyectar 200, 300 ó 500 centímetros de gas, cantidad irrisoria para la hematosis?; y después queda durante horas y días formado un enfisema subcutáneo que no se asimila ni aprovecha.

El procedimiento nuevo consiste en hacer pasar aproximadamente 4 litros por minuto en un frasco lavador conectado al tambor de gas, y cuyo tubo de desprendimiento va a dar a la parte alta de una especie de sombrilla o jaula de lona no impermeable con ventanas de mica, por donde puede verse al niño durante el curso del tratamiento y puede la criatura permanecer en él horas y días, con o sin intermitencia fuera del aparato. Hemos tenido oportunidad de ver en algunos casos, resultados que podemos calificar de verdaderamente eficaces.

El doctor White Morquecho aconseja la técnica siguiente para la oxígeno-terapia, "considerando como su principal indicación la cianosis, la cual debida a la anoxemia es muy frecuente en la bronconeumonía. La oxígeno-terapia hace desaparecer casi instantáneamente los síntomas que la acompañan, como son el pulso rápido, hipotenso, la baja brusca de presión arterial mínima, las convulsiones, etc.

"En los niños hasta de 7 años se emplea la tienda, sin usar la cal sódica para la absorción del bióxido de carbono, a fin de tener siempre una porción de este cuerpo que permita producir una mejor canalización de los bronquios. La cantidad de oxígeno que se administra varía de 4 a 6 lits. por minuto, según la edad y el tamaño del niño.

"En los niños mayores de 7 años es más fácil administrar el oxígeno por medio de un catéter, que introducido por una fosa nasal llegue a la rinofaringe. En estos casos los mejores resultados se obtienen con una mezcla de 94% de oxígeno con 6% de bióxido de carbono. La oxígeno-terapia debe ser continua, durando hasta la remisión de la temperatura.

"Nunca debe suspenderse bruscamente la administración de

oxígeno por temor a un desfallecimiento cardíaco. Debe de retirarse durante dos o tres horas y reinstalarse alargando paulatinamente el tiempo que esté el niño fuera del aparato hasta quitarlo definitivamente”.

Y aunque no moderno, pero a veces sí olvidado y en otras ocasiones puesto en práctica en algunos lugares con el éxito de siempre, como me tocó ver en La Habana, pero sin saber quién es su inventor, no'hago sino mencionar una vez más el incomparable método de tratar las pleuritis purulentas de neumococos por el método, hasta hoy insuperado, de nuestro genial cirujano Ramón Macías.

## Estudio acerca de la histofisiología de la neuro-hipófisis \*

Por el Dr. ANASTASIO VERGARA E.

Las relaciones entre la hipófisis y los centros diencefálicos, las fijé por primera vez desde el punto de vista histológico y experimental, en el año de 1924, en investigaciones que llevé a cabo en diferentes especies de animales, estableciendo el hecho fundamental de la estructura neuroglandular del infundíbulo hipofisiario, viniendo así a presentarse el concepto de las relaciones entre el tuber cinereum y el lóbulo posterior de la hipófisis.

En mis investigaciones histológicas, empleando una de las fórmulas de impregnación, según el método de Cajal, para el estudio de los cilindros-ejes medulados y amedulados, usando el método de Weigert con las modificaciones de Paula Meyer, y para el estudio de la morfología de los elementos celulares del tuber cinereum, usando una de las variantes del método de Golgi; como resultado del estudio de más de cuatrocientas preparaciones que incluían el tallo, infundíbulo e hipófisis, llegué a los resultados siguientes:

En los cortes frontales del tuber cinereum, inmediatamente detrás del quiasma óptico, observé constantemente un grupo de células en medio de una delicadísima formación de fibras, que se hace más aparente en la parte externa del tuber cinereum, estando

\* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 20 de julio de 1941.