REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:
Dr. Salvador Paredes P.
Dr. Camilo Figueroa Dr. Manuel Larios Córdova
Dr. Manuel Cáceres Vijil
SECRETARIO DE REDACCION:
Dr. Tito López Pineda
ADMINISTRADOR:
Dr. Manuel Castillo Barahona

Año I Tegucigalpa, Hondura; C. A., Diciembre de 1930. Número 8

Pagina de la Dirección

El nuevo Plan de Estudios En otro lugar de este número aparece el informe presentado ante la Asociación Médica Hondureña por la comisión nombrada para elaborar la reforma al Plan de Estudios de Medicina. Después de la discusión en la Asociación y de su aprobación con las reformas o modificaciones que se le hagan, el proyecto pasará al Ministerio de Instrucción Pública y de ahí al Congreso Nacional en donde seguramente contará con el apoyo decidido de varios colegas que reconocen la urgente necesidad que existe de reformar la enseñanza de la Medicina en Honduras. Muy lógico, muy moderno y muy práctico nos parece este Plan. Elaborado por tres profesionales que han hecho sus estudios en tres universidades diferentes, representa una adaptación de los planes de otros países a nuestro medio ambiente educativo. La comisión ha tenido siempre a la vista la exigüidad de recursos para trabajos prácticos en varias materias y la necesidad de aprovechar esos pocos recursos con el mayor beneficio posible para los alumnos.

Los Estudios Preparatorios

La tendencia moderna de la Educación Médica actual es sobre todo a la iniciación de los estudios de Medicina sobre una base sólida, sobre una preparación suficientemente amplia que el alumno debe adquirir antes de su ingreso a la Universidad. De ahí la necesidad de imponer estudios preparatorios especiales en los que los fenómenos biológicos, físicos y químicos en general forman los cimientos sobre que descansarán los estudios especiales que el alumno hará más tarde

en la Facultad. La gran mayoría de las universidades tienen cursos preparatorios establecidos que duran de uno a dos años, incluyéndolos en |os estudios secundarios. Esto elimina mucho que el alumno se ve obligado a estudiar en la Facultad y acorta el tiempo de los estudios profesionales. Siete años de estudios nos parece un tiempo demasiado largo y en el caso de estudiantes pobres claramente se ve la gran dificultad que estos tienen de seguir la carrera de la Medicina. Existiendo un curso preparatorio en la escuela secundaria este tiempo se acortaría en uno o dos años al mismo tiempo que la **calidad** de los estudiantes mejoraría por la selección que tendría lugar * n este curso.

Pero eso haría necesario una reforma de la enseñanza secundaria y nuestra comisión se h i limitado a reformar el plan de estudios de Medicina y no el del Bachillerato. Ya en tiempo del Dr. Centeno como Ministro 'le Instrucción Pública se introdujeron reformas en loa Institutos en ese sentido, pero no sabemos porque se desistió de continuar el nuevo Plan.

Laboratorios y Anfiteatros

Varios corolarios se desprenden de la reforma al Plan de Estudios. La enseñanza de las ciencias fundamentales como la Anatomía, Fisiología, Histología, Química, Anatomía Patológica presupone las facilidades de laboratorio, de anfiteatro, de abundante material de estudio, es decir, cadáveres piezas anatómicas y animales de laboratorio. Es verdaderamente penoso ver que en nuestra escuela hay siempre escasez de cadáveres al grado que en varias ocasiones se han aplazado los exámenes ordinarios en las asignaturas de Anatomía y Medicina Operatoria por falta de cadáveres. El número de autopsias que se practican en el año en el Hospital es muy reducido. Cuántas veces un paso interesante ha quedado en al misterio de lo ignorado p"»r la imposibilidad de hacer la autopsia Ese prejuicio contra la profanación de un cadáver (y en la mente del vulgo la autopsia no es otra cosa) hace que los familiares se vuelven celado es amantísimos el cuerpo de quien en vida poco o nada les preocupaba. El pobre enfermo llega al Hospital sólo, desamparado, sin recursos, a ocupar una cama de servicio de caridad. Pero ya Huerto, sus familiares que para nada le ayudaron en vida, reclaman **su cuerpo con** un celo y un cariño que están muy lejos sentir y de acuerdo con la ley tenemos que entregar ese cadáver. Los médicos que han luchado por salvar aquel enfermo, que podrían salvar otros con lo que este caso les enseñara, tienen que resignarse y este queda en el misterio. Los diagnósticos se hacen a base de hipótesis, sin nunca poder ver la confirmación de estas en la mesa de autopsias.

Hay que convencerse de que el hospital no es únicamente un asilo para enfermos. Es también un centro de enseñanza y un laboratorio donde se estudian la etiología y patogenia de los procesos morbosos y el tratamiento de estos. Todos estudian en el Hospital, médicos y practicantes y el **principal** material de estudio esta en las salas y en el anfiteatro. En otras universidades se exige que el alumno practique un cierto número de autopsias. ¿Cuántas habrán *presenciarlo,* no digamos practicado, los que salen de nuestra Facultad?

La American Medical Association clasifica los hospitales de acuerdo con las facilidades que prestan a la enseñanza clínica y de laborato-

DACTILITIS PALÚDICA

INFORME DE OOS CASOS

Por el Dr. Manuel Larios Córdova

Las manifestaciones atipicas del paludismo son a diario conservadas entre nosotros y casos que en otras partes serían considerados como verdaderos problemas de clínica, son fácilmente diagnosticados en los trópicos teniendo siempre presente *que* el paludismo es el principal factor etiologico del gran número de nuestras enfermedades. Los dos casos que referiré a **continuad''**n ilustran una de éstas manifestaciones que por su rareza y por las deduciones a que se presta creo merecer una ligera *discusión.*

CASO 1- L. D. de 42 años, italiano, constructor se presenta en la oficina quejándose de dolor agudo en los dados de los pies y manos, desde hace diez días, Durante los **últimos** dos meses ha estado trabajando en la construcción del nuevo puente que unirá Tegucigalpa *can* Comayagüela y KU trabajo consiste en la preparación del "concreto", mezcla de cemento, cal y arena. Como antecedentes personales nos refiere que nunca ha sido rchumatico y ha gozado siempre de buena salud a excepción de un fuerte ataque de paludismo durante la guerra mundial, mientras servía en el ejercito italiano. Durante los *ocho años de permanencia en Centro* América ha tenido varios accesos palúdicos fácilmente controlados por la quinina. Estos accesos consisten en fiebre con escalo-

---

rio. Esta institución aprueba para la práctica de los graduados aquellos centros que reúnen los siguientes requisitos: 1.—Suficiente material de autopsia. 2.- Un archivo y estadistica a debidamente llevadas. 3. —Suficientes laboratorios. 4.--Conferencias clínico-patológicas entre **los miembros** de los diferentes servicios.

Entre **nosotros** quedan dos recursos para vencer entre prejuicio del vulgo contra la autopsia: una campaña de educación del público y legislación compulsora. La **Asociación** Médica Hondureña emprenderá la primera, divulgando por medio de la prensa las necesidades de establecer siempre un diagnóstico y combatirá la creencia de que la autopsia implica una mutilación. Al mismo tiempo se hará ver a las clases dirigentes la necesidad de legislación en este sentido.

Tegucigalpa, diciembre de 1930.

fríos de pocos días de duración. El último lo **sufrió** en Guatemala hace un año y medio.

La enfermedad actual data de diez días. Comenzó por un dolor en los dedos de los pies, que él atribuyó a rehumatismo debido a la humedad donde trabaja. Después empezó a experimentar dolores en los dedos de las manos, especialmente de las últimas falanges al hacer presión con los dedos en cualquier objeto. El dolor ha sido en aumento a tal grado q' ahora le es imposible seguir su trabajo de preparador de cemento. No ha experimentado escalofríos ni fiebres. No ha sentido dolor ninguno en las articulaciones ni dolores en el cuerpo ni la columna vertebral.

El examen físico mostró lo siguiente: Anemia marcada, palidez de la piel y mucosas, ligero tinte ictérico de la piel, temperatura y pulso normales. Los dedos de las manos presentan una ligera deformidad de la llema del dedo semejando remotamente a los dedos en forma de baqueta de tambor. La llema del dedo está roja y muy dolorosa al mas leve tacto. El resto del examen no señala ninguna otra anormalidad. Exámenes de laboratorio: Kahn negativo. Sangre: gran **cantidad** de PLASMO-DIUM-VIVAX Y **PALCIPA**-RUN, el **25%** de glóbulos rojos es-tan infectados por uno o más parásitos.

DIAGNOSTICO.—Dactilitis aguda. Paludismo Crónico.

TRATAMIENTO.—Este consistió en la administración de quinina por la vía oral y en inyecciones de quinoforme. Ningún otro medicamento se le prescribió. El resultado no se hizo esperar: los dolores de los dedos fueron aminorando y al cabo de una semana el enfermo continuaba su trabajo completamente restablecido. El tratamiento quínico se continuó por varias semanas más, logrando hacer desaparecer la anemia y el ligero tinte incterico de la piel y mucosas.

CASO **II—***VM.* Niña de 12 años, natural del caserío de Quebrada Seca, cerca de la capital. Fui llamado a verla un día del mes de Agosto y la madre explicó

que desde hacía quince días KU hija sentía vivos dolore3 en los dedos de las manos, especialmente el índice y el medio. También sintió dolores fuertes, lancinantes en los dedos de los pies al principio de la enfermedad pero estos desaparecieron con baños calientes. Hace seis meses tuvo un ataque de paludismo y estuvo en un hospital de la Costa Norte de donde salió curada. Nunca ha sido rehumática. No ha tenido nunca enfermedades infecciosas fuera del Sarampión a la edad de 3 años.

Examen. —Niña mal nutrida, anémica y endeble. No hay ictericia de la piel ni de las mucosas. Corazón y pulmones normales. Hígado y bazo palpables con dificultad debajo del reborde costal. Los **dedos** de las manos presentan una deformación de la llema que consiste en abultamiento, enrojecimiento y tumefacción de las partes blandas de la falangeta. Al hacer presión en esta región la niña grita de dolor. Los dedos de los pies no presentan ninguna anormalidad. Temperatura 37.2 en la boca. Pulso y respiración normales. Un frotís que se le tomó, inmediatamente mostró abundantes gametos de PLASMODIUN FAECIPARUM y una eosinofilia moderada.(Parásitos Instestinales.)

DIAGNOSTICO. Dactilitis aguda. Paludismo subagudo.

TRATAMIENTO. —Exclusivamente tratamiento quinico. (Sulfato de quinina) gms. 5, en jarabe de yerba santa Gms. 30 y agua Gms, 120. Una cucharadita cada dos horas.) Después, quinina en cápsulas.

El resultado fue como en el caso anterior, satisfactorio. Cedieron los dolores en los dedos a los dos días y la temperatura a los cinco.

COMENTARIOS

Confieso que mi primera impresión en el primer caso fue que se trataba de una afección rehumática. La historia del enfermo, su ocupación que le obligaba a vivir gran parte del día en la humedad del cemento y sobre todo la ausencia de temperatura fríos, etc, no me hicieron pensar en el paludismo como el factor etiológico. El frotis se le tomó como parle del examen rutinario que es de rigor hacer en todo enfermo. Sin embargo, cuando contemplé la placa llena de Hematozoarios pensé que lo primordial era atacar esta invasión palúdica, siempre pensando que los antirreumáticos harían desaparecer los dolores. El resultado del tratamiento quinico vino a comprobar la etiología palúdica. En el segundo caso, recordando el éxito obtenido en el primero, me limité a administrar quinina, aunque en éste había suficientes razones para sospechar paludismo, (temperatura, bazo, etc.)

La naturaleza de esta dactilitis es obscura. No se trata de fenómenos inflamatorios del periosteo como en las de origen sifilítico o de destrucción o sea como la *espina ventosa* tuberculosa. Más bien podría considerarse como una al-

teracíon del tono vascular semejante a la que existe en la Enfer*medad de Raynaud,* aunque en esta última hay sincope local seguido de gangrena de la parte. En la literatura que tengo a la mano no se encuentran referencias a esta dactilitis aguda, pero algunos autores mencionan, entre las complicaciones del paludismo la Enfermedad de Raynaud, transitoria, q' se observa en los palúdicos durante los accesos. A este respeto Guilbert y Fournier dicen: "La *Enfermedad Raynaud* se manifiesta en el curso de los accesos palúdicos para desaparecer con ellos, pero a veces continúa para terminar ulteriormente con la gangrena simétrica de las extremidades."

Debernos considerar estos dos casos observados por mi como una *Enfermedad de Raynaud* del tipo frustrado? Habrían llegado a la gangrena, sin la pronta intervención de la quinina? O debemos considerar esta dactilitis como una entidad aparte, una de tantas manifestaciones del paludismo en sus formas aberrantes? Cuestiones son estas difíciles de resolver sin un estudio más detenido de mayor número de casos.

El hecho de que la dactilitis se presentó en ambos casos en el curso de un paludismo crónico o subagudo, sin haber accesos febriles y sin sufrir modificaciones, alternabilidad o remisiones, hace pensar en un estado morboso de los capilares que irrigan la última falange délos dedos, producido por la pre sencia de la sangre del hematozoario o sus productos. Este estado morboso consistiría en congestión, infiltración de las paredes capilares por el pigmento negro, *melanemia,* invasión que también alcanza a los linfáticos perivasculares.

En la *Enfermedad de Raynaud* al sincope locar sigue el período de asfixia y después el de la gangrena de la parte. Esto se traduce objetivamente primero en que las partes adquieran un color pálido, después un rojo oscura y por ultimo el negro de la gangrena. Nada de esto se observó en los dos enfermos cuya historia relatamos arriba. En ellos los dedos adquirieron un color rosado subido, especialmente en la parte terminal falangeta) y así permaneció hasta que el color normal volvió y el dolor desapareció. No creo pues, que se trate de un espasmo arte-rial como ocurren en la enfermedad de *Raynaud* y sí encuentro lógica la suposición de tratarse de los fenómenos de congestión e infiltración arriba indicados.

Tegucigalpa, 10 de Diciembre de 1930.

Informe presentado ante la Asociación Medica Hondureña por la Comisión encargada de elaborar el nuevo Plan de Estudios de Medicina

Honorable Asociacion Médica Hondureña:

Tenemos el honor de elevar a vuestro conocimiento el proyecto del Plan de estudios de la Facultad de Medicina que tuvisteis a bien encomendarnos.

Fácilmente pudimos haber planeado un proyecto que condensara todas las aspiraciones que alentamos para ese centro universitario de tanta trascendencia social. Pero tuvimos que dominar nuestros impulsos para armonizarlos con la exigüidad de recursos que nos abruma. No Laboratorios ni Gabinetes, ni enfermos y cadáveres en numero suficiente, y, por consiguiente, nuestra enseñanza tendrá que adolecer del vicio de ser eminentemente teórica. Pero aun así creemos que se puede hacer mucho más de lo que se hace actualmente, si se lleva a cabo una verdadera reorganización de la Facultad no sólo en lo que se refiere a Plan de Estudios, sino también al Profesorado, alumnos y métodos de enseñanza.

Sin perjuicio de hacer unas pocas indicaciones acerca de los últimos factores, vamos a ocuparnos de preferencia del Plan.

Precisa ante todo delinear el fundamento filosófico de este, de modo que se halle en estrecha relación con la evolución del proceso biológico que se va a estudiar. Dicho estudio puede condensarse en esta forma: *V* Un organismo sano en estado estático. 2[9] Ese mismo organismo funcionando normalmente. *3*[V] Exploración de ese organismo y de sus funciones en el estado normal. 4" Agentes morbosos, su acción sobre el organismo y reacciones de defensa de este. 5[y] Enfermedades. 6" Enfermos. 7* Terapéutica. 89 Profilaxis.

Es absolutamente indispensable hacer los estudios médicos en la forma planteada sopeña de hacerlos estériles o deficientes. Es casi inútil observar que es imposible una función si no se conoce el órgano; estudiar el funcionamiento de un órgano enfermo si no se conoce el del órgano sano; estudiar una enfermedad determinada sino se conoce el fenómeno enfermedad en lo general y estudiar un enfermo si no se conocen las enfermedades.

Ese ciclo forzoso debe llenarse, en esta forma: 1° Anatomía, disección. Histología. *2°* Química Fisiología y Exploración. 3° Parasitología, Bacteriología y Patologia General. 4° Patología Especial. 5° Clínica. 6° Terapéutica. 7° Profilaxis

Mas como muchos de los estudios Fon demasiado extensos y no sería posible prolongarlos excesivamente y como por otra parte hay que dividir esos estudios por cursos, hemos amoldado ese ciclo hasta donde es posible a las necesidades prácticas.

PRIMER CURSO

1. — Hemos considerado indispensable suprimir el estudio de la Parasitología en este curso. Dicha ciencia tiene conexiones tan íntimas con la Fisiología, Patología y la clínica, que no puede ser estudiada sino cuando ya se conoce la Fisiologia y por lo menos se ha iniciado la Patología. La Parasitología tío es un simple estudio de Zoología, puesto que tiene que **estudiar** las reacciones de un organismo, que, cuando Be inician los estudios médicos es completamente desconocido en su estructura y en su funcionamiento. Debe posponerse pues, **para** cuando se conozcan bien el **organismo** y sus funciones y se haya iniciado por lo menos el de sus reacciones frente *a* los agentes morbosos.

2—Hemos considerado indispensable ti establecimiento de una cátedra de disección. Es imposible que un Profesor de Anatomía enseñe a la vez la disección, aun sirviendo una hora de ciase cada día. El estudiante debe disecar dos horas diarias si se quiere que obtenga los frutos deseables. La disección no tiene por objeto exclusivamente enseñar al alumno la Anatomía, sino también acostumbrar al alumno a descubrir, disecar y en general a manejar delicadamente 1< s órganos, costumbre que sólo se puede adquirir con la práctica que dan varios años de trabajo. Se puede ser un gran anatomista sin ser un gran cirujano y la Disección debe ser una sólida preparación para la Cirugía. Constantemente vemos en los exámenes a jóvenes que han presentado preparaciones anatomices irreprochables por los conocimientos anatómicos que revelan, pero horribles porque indican la rudeza con que han sido manaja-

dos los órganos disecados. La Disección como preparación para la Terapéutica Quirúrgica debe ser especialmente atenida y careciendo como carecen de cadáveres en número suficiente, debemos sustituirlos por cadáveres de animales pequeños y baratos.

3- También hemos suprimido en este curso el estudio de la His-(olagía porque no es posible com.-prender la estructura de un órgano si no se le conoce macroscópicamente. Posponiendo el estudio de la Histología para el segundo año, ya se habrán estudiado en Anatomía los huesos, las articulaciones y algunas vísceras y se estará por consecuencia preparado para estudiar casi todos los, tejidos y muchos órganos.

4-También hemos pospuesto para el tercer año el estudio de la Química por las relaciones tan estrechas que tienen con la Fisiología.

ó-Hemos introducido en cambio en el primer año el estudio de la Física Médica, pero no como antes para estudiar fenómenos generales sino exclusivamente aquellos que es indispensable conocer para comprender el funcionamiento del organismo, como son los que se refieren n palancas, soluciones, osmosis iones, fenómenos de superficie, viscosidad, cuerpos coloides, membranas, calor, óptica, acústica, electricidad, etc.

6—También hemos incluido en el primer año el estudio de la terminología médica. A nuestro juicio es de grandísima importancia porque por el conocimiento de unas cuantas raíces griegas y latinas se está en posibilidad de comprender todos los fenómenos normales y patológicos, cuyos nombres tomados de aquellas lenguas llevan en sus raíces la explicación de su esencia. Lo mismo podemos decir de la mayor parte de los órganos y de las operaciones quirígicas.

Así planeado, el Primer año comprenderá las asignaturas siguientes:

Anatomía. Di- ección, Física Médica y Terminología Médica.

SEGUNDO CURSO Por las razones expuestas antes, el segundo año quedaría reducido a las asignaturas siguientes:

Anatomía, Disección e Histología.

TERCER CURSO 7-

Hemos comenzado por in-

cluir el estudio de la Anatomía Topográfica. Absurdo nos parece que nunca haya existido esta asig**natura** en nuestro Plan de Estudio. Es inconcebible una Clínica y lira Terapéutica Quirúrgicas sin el conocimiento de las regiones. Los **órganos** no existen aislados en el cuerpo humano, sino que forman conglomerados que **generalmente** a la hora de una operación se presentan corno una unidad quirúrgica. La más simple de las **intervenciones,** una sanaría, no exige tan polo el conocimiento de la **vena** que se va abrir sino el de toda la región anterior del codo. Que diremos de una **apendi**cectomía de una **pleurotranía,** que interesan **muchos** planos y por **consecuencia** muchos **órganos.**

8—Hemos puesto en este curso el estudio de la Fisiología, subsanando el error del Plan anterior, en el que se estudiaba la Fisiologia sin haber concluido la Anatomía.

9-También por las **causas ya señaladas hemos incluido** en este curso el estudio de la Química.

10-Agregamos un **curso** de Exploración Clínica por razones obvias. Hecho el estudio del organismo en el cadáver y el de las **funciones en el I .ahora torio,** es necesario conocer ese organismo y esas funciones en el individuo sano por todos los medios de exploración conocidos. Ni la Anatomía ni la Fisiología pueden **darnos** esos **conocí** mien tos prácticos. En casi todas bis Universidades se hace ese estudio y *en* loa **Estados** Unidos se le conoce con el nombre de Diagnóstico Físico y en México con el nombre de Clínica Propedéutica.

Es evidente que no se podrá comprender el fenómeno patológico si no se ha observando a conciencia el fenómeno normal. Pulso, temperatura, respiración, agudez, visual y auditiva, **tensión** sanguínea, situación de losar nos, determinada por la exploración, no solo pueden ser debidamente comprendidos cuando se les ha estudiado *en* un individuo sano. Sin este estudio será imposible pasar a estudiar el fenómeno patológico.

Un estudiante no puede apre

ciar exactamente el fenómeno febril, la hipo o la **hipertensión,** la miopía o la presbicia, la **desviación** de la matriz o del tabique **nasal,** la iritis o la retinitis etc., si antes no ha hecho un buen *estudio* de termometría, de tensión sanguínea, de agudez visual de rinoscopia, oftalmoscopía vaginoscopía etc., y si no ha hecho gran número de tactos vaginales en el estado normal.

No es conveniente confiar ese estudio al mismo Profesor de Clínica que enseña el diagnóstico, porque no es lógico confundir el estudio del individuo sano con el enfermo. En la exploración debe procederse con criterio de fisiólogo, en Clínica con criterio de Patólogo.

Hechas estas modificaciones en Tercer Curso quedaría así:

Anatomía Topográfica, Disección, Fisiología, Química Biológica, Exploración.

CUARTO CURSO

Las modificaciones que hemos introducido en el cuarto curso son las siguientes. Establecimiento de la cátedra de Anatomía Patológica. 2. —Fusión de Parasitología y la Bacterología en un curso que dura dos años

12. - Sobre el estudio de la Anatomía Patológica se ha escrito mucho en Honduras como en toda partes. Es absurdo pensar que se estudia la medicina científicamente sin conocer la Anatomía Patológica. Una simple inflamación, una cirrosis, una degeneración no puede ser comprendidas si no se conocen los trastornos celulares que las acompañan. Mucho menos se pueden comprender los tumores.

13. —Hemos fundido en un solo curso de dos años la Parasitología y la Bacteriología y las hemos incluido en este año por algunas razones que ya hemos dado y por otras que expondremos. Ambas ciencias tienen conexiones muy íntimas y deben comenzarse a estudiar ya cuando se ha concluido el estudio déla Fisiología y se ha iniciado el estudio del fenómeno enfermedad. Ha sido un error a nues-

tro juicio colocar la Parasitología en Primer año, cuando nada se sabe de Fisiología y colocar el estudio de la Bacteriología en Quinto año, ya cuando en Patología Quirúrgica se han estudiado casi todas las enfermedades infecciosas provocadas por las bacterias.

14-Iniciamos en este curso el estudio de la **Patología** General, os decir del Fenómeno enfermedad y el de las Patologías y Clínicas **Especiales.** A propósito de las Patologías debemos decir que actualmente se hace un estudio muy penoso parque solamente se hace en dos años, recargando penosamente un estudio árido que debe llevarse a cabo lentamente. Al tratar de los programas haremos consideraciones *un* poco más extensas, limitándonos a señalar que el estudio se haría conforme a nuestro Programa en tres años.

Otro tanto podemos decir de las Clínicas. En ellas es más urgente la división del estudio. Es tan exiguo el número de nuestros enfermos hospitalizados que e3 preciso aumentar las oportunidades de que el estudiante, guiado por un Profesor, vea los pocos padecimientos que se presentan.

Debe independizarse la función de Profesor de Clínica de la ele Médico de Hospital. Pueden ambas ser desempeñadas por el mismo facultativo, con tal de que éste se halle compenetrado de que desempeña dos funciones distintas por las cuales devenga do sueldos distintos. Es necesario convencerse de que no es lo mismo pasar una visita que dar una clase de Clínica y se impone por consecuencia la necesidad de que el Médico de Sala, cuando es Profesor de Clínica puse su visita a hora distinta de aquella en que da su **clase.** La Facultad tiene el derecho de exigir sesenta minutos de trabajo al Profesor ya los alumnos de Clínica.

Por otra parte cuando el Profesor es Médico de Sala circunscribe su enseñanza a los casos que se presentan en su Sala y su deber consiste en aprovechar todos los casos que existen en el Hospital. El cuarto año quedaría así: Parasitología y Bacteriología primero curso; Patología General, Anatomía Patológico, Patología Externa e interna, Clínicas Médica y Quirúrgica.

QUINTO CURSO

Siguiendo el Plan adoptado este curso, queda así:

Parasitología y Bacteriología segundo curse, Medicina Operatoria, primer curso, Patologías Externa e Interna, Clínica Médica y Quirúrgica y Obstetricia.

SEXTO CURSO

Medicina Operatoria, Patologías Interna y Externa, Clínicas Médica y Quirúrgica y Materia Médica y Terapéutica.

15-Hemos fundido en un solo curso de dos años Materia **Médi-** y Terapéutica por que el estudio del .medicamento debe tener una **anidad** en el estudio como en la aplicación.

SÉPTIMO CURSO Materia Médica y Terapéutica, segundo curso, Higiene, Pediatría, Ginecología, **Medicina** Legal y Toxicología, Medicina Tropical.

Al hablar de Programas de los cuales haremos consideraciones muy extensas veremos como se deben compaginar los estudios.

Para concluir y pidiendo os que os dignéis aprobar el Plan que hemos propuesto, solo os pedimos que cualesquiera que sean las modificaciones que os sirváis hacerle conservéis siempre el fundamento estrictamente científico de este y que consiste en dividir el estudio de la Medicina en cinco grandes grados, escalonados rigurosa e indefectiblemente: Un organismo, una función, la enfermedad, las enfermedades, los enfermos.

Tegucigalpa, diciembre de í 930.

R. D. Alduvín.

Romualdo Zepeda.

Héctor E. Valenzuela.

El Doctor Romero en Tegucigalpa

Desde principios del presente mes se encuentra en Tegucigalpa el Doctor Pompilio Romero, mienbro **fundador** de **la Asociación** Médica Hondureña y el exponente de la Asueroterapia en Honduras. Vino el doctor Romero a excitativas de un grupo de señoras de la capital constituidas en un comité para hacer venir y tratar centenares de enfermos que esperan con ansia su llegada.

La Asociación Médica Hondureña había con anterioridad invitado al facultativo de Olanchito a venir a la **capital** y exponer ante sus colegas su método de Reflejo-terapia. A esta invitación contestó el doctor Romero que vendría en cuanto sus ocupaciones se lo permitiesen. Esto era a principios del presente añil. Después el doctor Romero anduvo en Nueva Orleans y luego la prensa avisó que estaba para venir a Te**gucigalpa.**

A su llegada a la capital la Asociación, por medio de sus ecretario, reiteró la invitación al colega de dar una conferencia científica sobre su método en el seno de la Asociación, la que fue contestada el mismo día por el doctor Romero prometiendo acceder a nuestros deseos e indicando que oportunamente avisaría la fecha de la conferencia. En el momento de entrar en prensa este número el doctor Romero, sin duda por el gran número de enfermos que aun le faltan por tratar, no ha indicado la fecha de la conferencia, pero no dudamos que atenderá nuestra excitativa antes de partir de la capital.

Es el deseo de la Asociación someter al crisol de un juicio crítico sereno, imparcial y científico el nuevo método que tanta sensación ha causado en el mundo entero. Para esto se seleccionará un número de casos ya diagnosticados en el Hospital y se observará el efecto del nuevo tratamiento, se seguirá la evolución de estos casos a fin de ver los resultados inmediatos y remotos de la estimulación del trigémino. Ese es a nuestro juicio el único medio de pronunciar un fallo acerca del nuevo procedimiento y de establecer si descansa o no sobre bases cientíccas.

A **continuación** publicamos la invitación de la Asociación y la contestación del Dr. Romero.

Tegucigalpa, 1" de Diciembre de 1930.

Señor Secretario Gral. de la Asociación Médica Hondureña.

Ciudad.

Distinguido Colega:

En contestación a su atenta nota de hoy, tengo el placer de ma-

nifestarle que oportunamente con anticipación debida le avisaré el día Que llegaré a la Asociación a dar una conferencia sobre la Asueroterapia Fisiológica.

Con muestras de consideración y aprecio, quedo de Ud. su muy Att.yS. S.

(f) *P. Romero.*

Tegucigalpa, l° de Diciembre de 1930. Señor Dr. Pompilio Romero.

Presente.

Muy apreciable colega:

Con instrucciones de la Asociación Médica Hondureña, tengo e! honor de reiterar a Ud. las invitaciones que anteriormente se le habían hecho por medio de la Secretaría, para una sesión Cientilica en el seno de la Asociación que versará sobre la Reflexoterapia, procedimientos en uso para la curación de las enfermedades por este método y les resultados obtenidos por Ud. en su larga práctica.

Como posiblemente tendrá muchas ocupaciones a que atender, la Asociación deja a Ud. en libertad de señalar el día y hora en que tendrá verificativo dicho acto rogándole solamente que nos avise con dos días de anticipación para hacer la respectiva convocatoria.

Con muestras de verdadero aprecio y consideración, me firmo de U1. muy atento y S. S.

(/) *RomualdoB. Zepeda.*
Secretario General.

Vómito incoercible en el Embarazo

Por 109
ANTONIO TORRE LUIS DEL GIUDICE

Mucho se ha escrito y muchas son las teorías expuestas para explicar la causa del vomito incoercible en el embarazo, sin que hasta el presente se haya podido arribar a conclusiones precisas.

Durante el embarazo las plandulas endocrinas se encuentran sometidas a un excesivo trabajo pa ra subvenir a las necesidades de un nuevo organismo, siendo sumamente interesante el estudio de las relaciones que pueden existir entre las glándulas de secreción interna y los vómitos.

Cary y Aschner sostienen que los vómitos son de origen placentario, pues en enfermos tratados con extracto placentarío se han obtenido resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, fracasando el tratamiento en algunos casos solamente.

Pick y Mangiagalli también dicen que los vómitos incoercibles de la embarazada son de origen placentario: pues curan interrumpiendo el embarazo pudiendo observarse a menudo en el embarazo gemelar y en los casos de mola.

El ovario es considerado por algunos como causa de los vómitos del embarazo. Sehmann dice: "Desde los primeros tiempos despues de la concepción y de la nidacion del huevo, el ovario se encuentra muy influido por el nuevo estado, y la desaparición de la mestruación constituye uno de los primeros signos".

En la secreción interna del ovario existen dos substancias antagónicas: una hormona activante y otra frenadora. Cabe pues suponer que desde el principio de la gestación la secreción interna del ovario está fisiológicamente desviada en el sentido de una inhibición hormónica y de una superproducción chalónica. A estos dos fenómenos deberiase, por lo tanto, la suspensión de los menstruos.

Normalmente, el organismo de la mujer embarazada se va adaptando a esta perturbación, tan sólo cuando es demaciado brutal o excesiva se producirá la intoxicación chalónica, cuya espresión la constituirían los vómitos.

Mauriac y Fieux atribuyen al cuerpo amarillo una acción antitóxica. Niskaubina y Hofbauer dicen que una insuficiencia de esta glándula provoca una intoxicación, que manifiéstase en forma de vómitos. Pottet, en dos casos, ha encontrado el cuerpo amarillo hipertrofiado y atrofiado en otro, y un tercer caso ha podido ver u-

na degeneración del cuerpo amarillo y desaparición de las células lutinicas. Chirié ha visto, también, atrofia y degeneración del cuerpo amarillo. Los exfractos ováricos han dado excelentes resultados. Salatich dice haber obtenido buenos resultados con dosis elevadas. Lebreton refiere que ha curado siete casos con extracto do cuerpo amarillo y afirma que el tratamiento fue específico contra los vomito. Otros autores, en efecto. atribuyen a la insuficiencia de la glándula suprarrenal los vómitos graves del embarazo: en su apoyo aducen pruebas experimentales y clínicas Desde el punto de vista experimental se cita la prueba de Vassalle, quien, habiendo estirpado a una perra la suprarrenal izquierda y el paraganglio abdominal aórtico, observó, un año después, durante una gestacion, vómitos, excitacion psíquica y albuminuria, fenómenos que desaparecieron expontáneamente una vez que hubo parido la perra. las pruebas clínicas son. según Silvestri, por una parte, cierta analogía entre los vómitos gravídicos y los vómitos adisodianos, y, por otra los éxitos obtenidos por el trata miento adrenalinico. Lian y Sergent han publicado casos ríe vómitos incoercibles curados con la adrenalina. Ánforas hay que consideran la adrenalina como un tratamiento específico de los mitos incoercibles. Pero junto a estos casos, en que el tratamiento con los extractos suprarrenales y la adrenalina da excelentes resultados, pueden observarse otros en que su accion favorable no se evidencia y hasta compruébense en algunos efectos mis bien nocivos. En los vomitos graves puede decirse que la adrenalina es ineficaz y sus condiciones curativas especificas nulas. Behm cree que los vomito son debidos a intoxicación cuyo punto de partida es la periferia del huevo caso m que se trataría de una manifestación anafiláftica. Sostiene I. Seba, que los vómitos son debidos a un trastorno intes tinal, que provoca una colibacilemia. Para otros autores, como Lin-demam Winter y Hofbauer, los vómitos son producidos por insu-

.

ficiencia del hígado, e los riñónes del bazo, al igual que la eclampsia, insuficiencia, que en los casos graves se traduce por una degeneración grasosa de dichos lárganos.

Harding y Duncan han demostrado que en los vómitos incoercibles el glucógeno es deficiente el hígado materno, y parece que el feto es el responsable de esta deficiencia. Por su parte, dice Titus, el hígado se halla siempre afectado en los casos imites, permitiéndole el microscopio encontrar zonas de necrosis. Estos autores proponen un régimen hidrocarbonado, y en los graves, inyecciones intravenosas glucosadas.

Thalhemer añade insulina a la glucosa, porque, casi siempre, paralelamente a la disminución del glucógeno hepática están aumen tados los cuerpos acetónicos, encontrándose acidosis e hiperglusemia. En los casos ligeros puede emplearse insulina, sola, pero, en los graves, debe emplearse la insulina con la glucosa. Este tratamiento ha resultado sorprenden te, y. algunos autores alemanes (Vogt Bokelmann, americanos (Titus, Duncan, Harding, Stander),han descrito numerosas casos de curación. Vogt dice: "Antes de interrumpir el embarazo hay que ensayar el tratamiento no sólo en el vómito incoercible, sino en otras intoxicaciones gravídicas también, por ejemplo; Laqueux, Wéill y Laúd a t, *Le* Fébr*e*. Hawitt, Muroaka, Turenne, Walter Levy, King, Polak Ratheiy y Marie, Seide, Sellers, IJonipiahi, citados por Schwarcz y 0biglio.

Estos últimos autores, recientemente (1029), trataron en nuestro país 5 casos de hiperémesis gravídica con insulina, y, sin llegar a resultados definitivos, concluyeron que en los casos de hiperemesis grave y de mediana intensidad siempre hubo una reacción favorable, notándose ya desde las primeras inyecciones disminusíón de la sialorrea.

Lóeser es el paladín más autorizado del tratamiento de la insulina en la toxicosis gravídicas, aconsejando suministrarla a pequeñas dosis. Son éstas *las* que estimulan la función glicogénica del hígado aumentando por consiguiente su poder antitóxico; dosis mayores traerían el efecto contrario. Las dosis grandes de insuli-

na rebajan la glucemia, y el hígado con sus reservas de glicógeno tendría que equilibrarla, disminuyendo así su capacidad antitóxica.

Este precepto de Loeser es muy importante en la práctica para poder dirigir un tratamiento insulínico en las toxicosis gravídicas.

Tratándose de V mitos de embarazo es sumamente difícil ser afirmativos; debemos considerar los vómitos como dependiente de una insuficiencia pluriglandular. Dado el conocimiento limitado que se tiene de la fisiología de las glándulas de secreción interna, hay que ser muy prudentes antes de admitir o excluir la participación de una glándula masque otra en esta perturbación.

Por lo *que* se refiere a la insulina, hemos tenido ocasión de tratar a una enferma de nuestra sala, consiguiendo mejorarla francamente de sus molestias, no obstante que ella estuviera convencida que no curaría. *B.* M. de 22 años de edad. Italiana. Matricula 171.284. La enferma ingresa al servicio de la sala el día 5 de Noviembre de 1929. Fecha de salida: 7—XII-29.

Antecedentes hereditarios—La madre falleció de parto distócico habiendo sido sus partos siempre malos.

A ntecedentes personales. —Menstruo a los 13 años siendo sus períodos siempre regulares, indo loros, abundantes y con una duración de 3 a 6 días. Desde hace 3 años sus menstruaciones se han tornado irregulares, no apareciendo en la fecha precisa, con retardos y anticipos y con manifestaciones de dolor al mismo tiempoque muy abundantes.

A los 19 años contrajo enlace teniendo en ?u matrimonio un hijo que vive, gozando de perfecta salud y posteriormente dos abortos, que, según propia manifestación, fueron provocados.

Enfermedad actual. —La enfermedad comienza desde hace tres meses con su embarazo, manifestándose por vómitos continuos y repetidos, no alimenticios y sin relación alguna con las comidas. sialorreas, insomnio, pérdida del apetito.

Las arcadas le producen desvanecimientos prolongados y mareos, sufriendo, además, astenia y fatiga en los esfuerzos más insignificantes.

A causa de estas perturbaciones la enferma acusa un estado ríe gran debilidad con pérdida de peso.

Nota además cefalea frontoparietal, que no se atenúa con el reposo.

Estado actual._— La enferma presenta un estado de nutrición, aunque se puede comprobar **buen** desarrollo óseo y muscular. De escaso panículo adiposo. Decúbito indiferente.

***Cráneo.*—Es** de conformación diamétrica normal y cabellos negros abundantes. Ojos, nariz y oídos normales.

Boca.—Mucosa ligeramente anémica y lengua húmeda y saburral.

Cuello. —Normal.

Su aparato respiratorio no presenta nada de particular y su **corazón** en sus límites con tonos normales.

***Abdomen.*—Tipo** globuloso, **tenso al** tacto, pero doloroso, no despresible, sin que se observen redes venosas; de cicatriz umbilical central normal.

Hígado y bazo no se palpan, como así mismo los riñones:

Apáralo genital.— Externo normal. Itero aumentado de tamaño, blando, llagando el cuerpo hasta 3 traveses de dedo encima de] pubis.

Sistema nervioso. - Se nota cierta irritabilidad por parte de la enferma, no observándose ni astenia ni parálisis.

Las extremidades superiores e inferiores conservan bien sus movimientos activas v pasivos.

Reflejos tendinosos, normales. Presion Mx = II *1/2* Mn = 7.

Wassermann en la sangre: negativa.

Hemometría: Glóbulos rojos 3.850.000 Glóbulos blancos6.100. Hemoglobina 70. Fórmula leucocitaria: Polinucleares 68, Eos. 2, mononucleares 2.

Glucosa en la sangre 1.30', v o Análisis de orina: Vestigios de Glucosa-Acetona Los otros elementos, normales.

Evolución y tratamiento: —Des* de su ingreso al servicio, la enferma fue sometida a su tratamiento riguroso a base de alimentos espesos y pocos líquidos. También se le hacen tres inyecciones de adrenalina al día, cada una de 1 centímetro cúbico de una solución al uno por mil. La enferma no tiene mejoría exacerbándose sus vómitos, su astenia, nerviosidad.

12-XI-1929-Se recurre entonces **a** la insulina. **Iniciamos** el tratamiento c' 5 **unidades, tomán-dola enferma media** hora antes **de la inyección, 15 gramos de a-zúcar** (3 gramos por **unidad de insulina).** Por la tarde tomo **jugo** de **naranja.** Siguen los vomitos, la sialorrea y la nerviesidad.-13-XI 1929.-Se insiste en el **tratamiento.**

15-XI-1929.-La enferma no vomita la naranja, **pero** si la fruta cocida, que ha comido.

16-XJ-1929; Se aumenta la **insulina a 10** unidades, 5 por la mañ**ana** y 5 la **por** tarde, **aumentand**o respectivamente la **canti-dad de azúcar,** a tomar **disuelta en agua. La enferma** sigue tomando naranjas y **come fruta cocida.**

18-XI-1929 __La enferma no vomita, más, pera sí tiene **algunas** nauseas durante el día. Empieza a tomar café con leche. Insulina: (10 **unidades)** en **dos** veces, azúcar (30 gramos por el día)

22-XI-1929 — La enferma mejora sensiblemente. Empieza **a** comer purées de papas y sopitas espesas **de fideos** finos.

2-1-XI-1929.-La enferma vomita a la mañana al **despertarse;** por lo demás sigue bien.

28X1-192H. -La enferma empieza a levantarse. Come so café con leche con bizcochos, fruta cocida, crema de leche y **huevos.** Aumenta de peso; duerme de no-CÍK>: es de **buen humor.**

2-XII-Í929.-Se desminuye la insulina a ó unidades por **día. Si-gue** la mejoría.

7-XII 1929. La enferma i **el** alta. Está en muy buenas con-diciones: come **con apetito,** no vo-mita más, no tiene más sialorrea, pero sí algunas nauseas durante el dia; ha aumentado de peso **le** aconseja que siga concurríendo ambulatoriamente a nuestro ser-vicio para estar bajo nuestra vigi-lancia. La enferma promete con-currir **pero** no la vimos **más.** A los **quince** ***dias*** de **haber** salido de **nuestra** sala, **supimos que ella,** no obstante la franca mejoría de molestias, y sin haber tenido **nin-guna recaída,** se hizo convencer de **abortar por** una **comadrona** poco honesta.-la cual, contrariamen-te a **nuestra opinión,** aseguro **a** la enfe**rma** qué, llevando adelante el **Embarazo,** los vómitos se habrían presentado otra *vez* y en forma mas grave y **peligrosa.**

Observaciones. El caso ilustra-do demuestra el brillante resulta-do que tuvimos con la terapéutica Habiendo inyectado complexivamente a la enferma 195 unidades de insulina Wellcome conseguimos contrarrestar su hiperemesis, mientras que la adrenalina había fracasado. la enferma salió de nuestro servicio en muy buenas confliciones. Que sin motivo se haya dejado convencer por una comadrona de abortar, después de haber salido del Hospital, esto no disminuye el exito de la terapéutica,.que habíamoss adoptado, pero si afecta solo del sentido moral de la enferma y de la partera, que nuestra dignidad nos impide comentar.

CONCLUSIONES

AA., después de haber éx puesto brevemente las distintas teorias del vomito incoercible, des criben el caso de una enferma en la cual la insulina tuvo un resultado definitivo haciendo desapa recer sus vómitos. La enferma, que habia salido del servicio en muy buenas condiciones, por mal conse jo de una comadrona, se hizo provocar el aborto, sin que hubiera necesidad

BIBLIOGRAFÍA

1° **Imparato: A propósito de**: las relaciones de las glándulas endrócrinas con los vómitos del embarazo. '"Monde Medícale", 1Q de Septiembre de 1929

2° *Labbe:* Secciones del jueves en la Clínica Tarnier, París, 1928.

3? ***Lehmann:*** Tratamiento opoterápico de loa vómitos del embarazo. "Revue Francaise de Gynocologie *et.Obst.",* 10 de Septiembre 1925.

4° *loeser;* Zentr. f. Gynak, 1925 X- 2S; 1926, N° *46;* 1927, N°23.

5'1' *Palacios* ***Costa'-*** **Vómitos** graves del embarazo. "Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología;*. 1927.

6° *Salotích;* The vomiting of pregnancy íts causation and its treatment. 'Amor. Journ. Obst. and Gyn.", 1936.

y Schwaez'y Obiglío: **Contribución** al tramiento de la hiperemesis gravídica por la íneulina, "Semana Médica", 19 de septiembre de 1929.

8° Talhimer: Insuün intoxemie vomiting of pregnancy, "The Journal of the Amer. **Med.** Ass", 1924, Nº 9

9° Vignes: Recursos terapéuticos, que pueden emplearse contra los vómitos graves del principio del embarazo. "**Bull.** de **Thé**rap-" Enero de 1925.

10 *Vogt:"Klin* **Wochen",** 1927-

Revista Sub-Americana.

AJO EN LA HIPERTENSIÓN

La accion hipotensora de las inyecciones de ajo, por Loeper M., de Seze St. y Guillon P.(Soc. des Hospit ux,enero 31 de 1930)

En investigaciones relativamente antiguas (1921) uno de los A.A,. en colaboración con Chailley-Bert, Debray y Pouillard, puso en evidencia, por primera vez la fuerte acción hipotensora de la tintura de ajo administrada por **vía bucal.** Como el remedio no ís, para algunos, muy **agradable,** era interesan te el estudio de la acción de un producto similar administrado por **inyección** subcutánea o intramuscular. Los A.A. hicieron pre parar una solución oleosa de ajo **titulada** a 0.02 de esencia por c.c., cuya inyección intramuscular no es. generalmente **dolorosa.** Los efectos observados con estas inyecciones fueron los siguientes.

1°. La presión arterial cae, a raíz de una inyección subcutánea o **intramuscular,** en dos o mus centímetros de mercurio. El descenso se verifica a la vez en **la** máxima y en la mínima.

2°. La **hipotensión, a** las **24 horas, disminuye algo** no alcanzando la presión de las cifras iniciales, pero si se hace una nueva **inyección,** se obtiene un nuevo **descenso,** el que se repite con las inyecciones sucesivas en forma escalonada, llegándose en 5-8 días a un descenso total de 5-0 cm. de mercurio.

3V La hipotensión **artificial obtenida** de este modo os relativamente durable, lo cual représenla una ventaja déla inyección sobre la simple administración por vía bucal.

4° Cada serie de inyecciones no debe superar las 5-6, practicadas todos los días, o mejor día por medio, siendo inútil y hasta contraproducente practicar más.

Las inyecciones de ajo, además de su acción hipotensora, ejercen un influjo favorable sobre el ritmo y la contracción cardíaca, reguralizando el primero y fortaleciendo la segunda.

D.

Un caso *de* extraordinaria gravedad

M. H. de 22 años, de oficios domésticos y de este domicilio es pasada del Servicio de Maternidad, donde 20 días antes había tenido un aborto de 4 meses, al ler. servicio de Cirujía, el 13 de octubre a curarse de un flujo blanco.

Practicado el examen ginecológico se constata la presencia de ese flujo cuyo examen microscópico mostró la abundancia de gérmenes comunes de la supuración y ausencia de gonococos. En el útero y los anexos nada de anormal. Aparatos y sistemas normales, estado general muy bueno.

Antecedentes. Un parto normal.

Reacción de Kahm, negativa.

Orina, normal.

Se diagnostica endométritis post - abortum y se le aplica un tratamiento consistente en irrigaciones vajinales de permanganato de potasio, dilataciones del cuello y cauterizaciones de la mucosa uterina con una solución de nitrato de plata al 10%.

La endometritis estaba casi curada cuando un día, regresando la enferma de una visita a su familia, fue presa, a las 4 de la tarde, de un violento dolor en la fosa ilíaca derecha acompañado de vómitos. La enfermera la puso una bolsa de agua caliente, entreteniendo así la noche. Al siguiente día, 28 de octubre examine la enferma y encontré: un dolor muy marcado a la presión en el punto de Mac Rurney, sin hiperestesia cutánea, sin contráctura muscular, sin temperatura, sin alteración del pulso ni del facies, sin retención de materias, ni de gases, sin meteorismo, con ligeros vómitos mucosos y biliosos. Al interrogarla, dijo la enferma que ya muchas veces había experimentado un dolor pasajero en ese mismo sitio, que curaba sin medicinasen guardar nunca cama. Hice el **diagnóstico de** apendicitis crónica con una exacerbación dolorosa aguda y a pesar de la aparente benignidad del caso resolví operarla inmediatamente.

Cual no sería mi asombro cuando al abrir la pared por una incisión media infraombilical saltó una gran cantidad de líquido seroso, color ambarino y detrás de el salió una ansa intestinal fuertemente dilatada, violácea y con la superficie peritoneal muy despulida; mostrando los caracteres francos de una peritonitis.

Al ver aquella ansa tan dilatada y a su lado otras de colorad' n y tamaño normales pensé inmediatamente en una oclusión intestinal, que confirmé al encontrar largas, fuertes y, bien tirantes bridas, que fui poco a poco seccionando hasta destruirlas todas, y dando pase a los gases contenidos.

Con dificultad logré encontrar el apéndice incluido en un segmento de epiplón negruzco, lo desprendí y vi un apéndice largo, grue so, violáceo, muy vascularizado que incontinente extirpé, lo mismo que el epiplón a él adherente.

Luego pasé a explorar el aparato genital interno. Allí encontré anchas y delgadas cortinas de adherencias de los intestinos al útero, trompa, ovarios y pared pelviana.

No sin trabajo logré desprender los anexos, bien altos con las trompas dilatadas.

Hice la salpingovariectoma bilateral; ambas trompas estaban llenas de pus y los ovarios quísticos.

Coloqué un drenaje en el fondo de saco de Douglas y cerré la pared abdominal con puntos de seda totales.

La enferma fue puesta en su lecho en posición de Fowler, se le aplicó un gota a gota rectal y se prescribió una inyección de aceite alcanforado cada 3 horas.

Los dolores y vómitos desaparecieron el mismo día, por la tarde-

Al siguiente día la enferma tenía *33"* de temperatura y 180 pulsaciones por minuto.

El **3er dia 39º y 160** pulsaciones.

El 4º día, 39° y 120 pulsaciónes y así sucesivamente fue descendiendo la temperatura y el pulso disminuyendo de rapidez.

El 3er. día la supuración do la cavidad peritoneal estaba **instalada;** tratándose con aspiraciones del **Douglas a** travez **del tuvo** de drenaje e inyectándole septicemia por la vía endovenosa.

Pocos días después la supuración infiltraba la pared y los hilos rompieron los bordes hasta ser inútiles, entonces quedó al descubierto la cavidad y ansas intesti nales **temiéndose una** eventración.

Felizmente nada **grave** sobrevino y la pared abdominal **está** muy **próxima** a estar **completamente** cicatrizada.

La enferma se levantó al mes justamente y está hoy convaleciendo.

En 13 años de práctica quirúrgica es el primer caso que encuentro de tanta gravedad con un cuadro clínico de caracteres tan benignos.

Desde que sistemáticamente opero todos los síndromes abdominales dolorosos, del orden quirúrgico, nunca he tenido que arrepentirme.

Numerosos son los casos que hemos tenido la dicha de salvar, con diagnóstico o sin él.

S. **PAREDES.**

Tegucigalpa, Nov. 25 **1930.**

Para leer bien un radiografía toraxica, labor indispensable del práctico, es indispensable un aprendizaje serio que de sombras **anormales** son equivocadamente consideradas como patológicas, que de obscuridades pulmonares o vasculares son atribuidas a ganglios imaginarios.

RÜBERT DEBRE.

Herida penetrante del graneo

Enecón López, 18, labrador, del Carrizal, ingresó al ler. Servido de Cirujía del Hospital General el 27 de agosto de 1930 con una herida por arma de fuego de la cabeza.

Al examen reencuentra un agujero de entrada de proyectil en el ojo derecho, vaciado, edematoso y sangrante, y un agujero-de salida con esquirlas situado aun centímetro y medio a la derecha y abajo de la protuberancia occipital externa y gran pérdida de sustancia cerebral.

Estado general bueno. Tempera-. 37.5. Pulso, 66. —Respiración tranquila. Estado mental correcto. Sin trastornos sensitivos ni motores.-'Así lo encontramos el día 28 por la mañana. —Se le práctica una punción lumbar que muestra una hipertensión y líquido sanguinolento y quedamos en espera de los accidentes infecciosos.

Los primeros cuatro días continuaron como el 28 y el 5º la fiebre apareció más intensa 39i>,dolor violento céfalo,--raquideo, contracturas musculares generalizadas, hiperestesia cutánea muy maneada, dilatación fuerte de la pupila, constipacion, raya meningítica de Sergent.pulso 70. Babinsky, reflejos exajerados, delirio y un grito de dolor permanente; punición lumbar: hipertensión, líquido sanginolento y purulento; examen de laboratorio: gran cantidad de estreptococos y estafilococos y numerosas células de púa.

En ese estado permanece el enfermo, durante veinticuatro días bajo el tratamiento siguiente: bolsa de hielo en la cabeza, inyecciones diarias de aceite alcanforado, inyecciones endovenosas de septicemina y punción lumbar diaria extrayéndose de 10 a 15 ce. de líquido."

A los 29 días de su ingreso la temperatura desciende a 37.5, tres días después a 37; se mantiene así durante 3 días en que sobreviene un acceso palúdico con 3ÍÍ.5, vómitos, dolor en el baso, tinte amarillento y aceleración del pulso; no se encuentra el hematozoario pero todo cede inmediatamente a la quinina.

El 8 de octubre el enfermo empieza a marchar sólo un poco titubeante.

El 14 pide su alta. Se le da llevando un ojo perdido, dilatación pupilar del otro, y un poco de hiperestesia y contractura.

Me parece tratarse de un caso extraordinario ,por las razones siguientes:

24 horas después del accidente, a su ingreso al Hospital no presen taba fenómenos de .conmoción,

LAS MICCAICIDIAS

Conferencia pronunciada en el Hospital Cochin por el Profesor Laubry

Señores:

Si he Lomado a las miocardios como tema de mi conferencia, es por varias razones: primeramente he sido solicitado por mis colaboradores que deseaban que expusiese sobre un tema al cual hubiera consagrado la mayor parte de mi vida científica; en segundo lugar me agradaba elegir, para tema de la primera lección que tengo el honor de pronunciar en esta clínica, un asunto en que había sido elaborado y que había recibido su consagración no definitiva, en las salas de este Hospital Cochin donde estudiáis medicina; en tercer término, señores, cuando se tiene una concepción nueva es siempre interesante observar cuántas dificultades se encuentran para hacerla aceptar *a* los demás y a uno mismo, por cuanto a la verdad en medicina es difícil de *"tocar con el dedo",* y con las miocardios ha sucedido lo que con todas las concepciones nuevas.

No daré un concepto definitivo de las miocardias; mostraré como durante diez años que me he ocupado del tema, no he podido **llegar** aun a penetrarlo íntimamente, dejando a vuestra juventud la tarea de seguir por las vías en que mis colaboradores y yo os hemos orientado.

En efecto, señores, hacen 10 años aproximadamente, con mi amigo y discípulo Esmein, vimos sujetos que morían del corazón, a

---

compresión, contusión o hemorragia.

Los signos francos de encéfalomeningitis cedieron rápidamente al tratamiento antiséptico general y punciones lumbares diarias.

El enfermo ha conservado durante toda su permanencia en el Hospital íntegras las funciones psíquica y motriz y exagerada la sensibilidad.

En mes y medio el paciente sale en muy buen estado del Hospital.

Conclusiones:

El proyectil, que penetró por la órbita y **salió** por el occipital no lesionó sino regiones indiferentes del encéfalo.

La punción lumbar frecuentemente repetida en las heridas penetrantes del cráneo y menigoen cefalitis consecutivas es de una eficacia incomparable y constituye, su tratamiento fundamental e insustituible.

S. PAREDES P.

veces en forma brutal, otras lentamente, en los cuales ni la autopsia ni la investigación etiológíca nos revelaba causas verdaderas y suficientes. Habíamos vivido en la concepción de las miocarditis, es decir, del papel de la infección en la etiología de las grandes infecciones o de las grandes insuficiencias cardíacas y esta cansa no aparecía en algunos casos que evolucionaban con una gravedad poco **común.** Y es así como recuerdo una gran insuficiencia ventricular izquierda que llevó a un edema pulmonar mortal, en la que el miocardio no parecía afectado; con Esmein creamos el término de *miocardia* para estos casos.

Por lo tanto, hacen 12 años que el término miocardio fue creado. Lo pronunciaba corrientemente en mi servicio del Hospital Rochefoucauld y aquí en mis lecciones del Hospital Cochin; pero no había encontrado el criterium necesario **para** poder lanzar con la palabra, el hecho. No había encontrado el criterium anatómico negativo y fue en el Hospital Cochin que me fue dado hallarlo.

Señores, me detengo aquí y abro un paréntesis; el yo es aborrecible, pero estoy obligado a em**plearlo,** vosotros me lo perdonaréis; pero cuando digo yo, me refiera a mí y a mi escuela, yo y mis colaboradores y entre éstos cito a mi excelente amigo Walser, que hasta aquí, después de haber consagrado su tesis a las miocardias, esta encargado todos los años de exponerla en mi servicio, donde I o hace con un talento que os invito a venir a aplaudir.

Es entonces con Walser que encontramos la observación princeps que impuso la concepción. Desde entonces, como en todo síndrome en **gestación,** liemos modificado esta concepción de la miocardia, variando nuestras ideas sobre su evolución, sobre sus síndromes, sobre su patogenia. ¿Son ellas definitivas? No lo creo. Pero tales cuales son en la actualidad, os las voy a presentar.

¿Qué es la miocardia? Son símdromes de insuficiencia ventricular primitiva capaces de desarrollarse fuera de toda lesión cardio-vascular o de asociárseles. La forma pura, es de las que os permiten concebir una enfermedad. Pero estos síndromes podían tener su participación en lesiones cardiovasculares bien definidas y entonces emitimos la apótesis de las *miocardias asociadas.* Luego, como se trataba de síndromes de insuficiencia cardíaca primitiva, nos hemos dicho que la insuficiencia cardíaca elige algunas veces sus regiones y que fuera de las formas ventriculares, que tienen su dominio electivo sobre el ventrículo derecho, podían encontrarse formas regionales ejerciendo su acción tanto sobre un punto como sobre otro del ventrículo o del miocardio, sobre las aurículas, sobre el corazón entero. Hay entonces al lado de las formas ventriculares primitivas, las *formar regionales.*

En fin, en último término, la forma que hemos visto aquí y que

nos **permitió** escribirlo que pensábamos sobre las miocardias, era una forma que se terminó rápidamente por la muerte. A favor de esta forma podíamos **sentar** el pro i os tico fatal de la afección; pero bien pronto tuvimos **la oportunidad** de observar **formas** evolutivas en las que debimos **atenuar el primitivo pronostico.**

*Formas **evolutivas.*** **Comienzo** con la primera forma, la **que describimos** Walser. **Puesto que** se trata de clínica, permitidme que recuerde la observación: se trataba de un enfermo joven de 15 años de edad, traído para su **examen, al Hospital Cochin. Pálido,** no pareciendo **disneico.** La **madre** nos menta que el niño trabajaba, creo en una usina, mostrándose **fatigado** en ocasión de **los esfuerzos del** trabajo, con **palpitaciones,** ahogos de tiempo en tiempo, en una palabra un conjun**to** de signos que no se imponían como propios de una afección car díaca, o a lo más como los de esas afecciones cardiacas que se ven en los jóvenes, en los soldados, en las mujeres y que estamos habituados **a** considerar como síndromes neurotánicos. Tai era mi impresión **antes** de aproximar mi mano y mi oreja a la región precordial del enfermo. Cuál no sería mi sorpresa al encontrar un síndrome de **insuficiencia** ventricular **típica.**

Para vosotros que sois jóvenes y que no estáis iniciados en la tomatología cardiaca, permitidme que os la recuerde: a la palpación un choque que era neto, especie de choque en masa. A la aucultación, ruidos sordos, ritmo de galope evidente, en el cual el **tercer** ruido choque si; separaba con **una** nitidez que no dejaba lugar **a duda**, de un soplo sistólico, que mucho decía sobre la

del miocardio, bastándome esto para decirle a la madre: "Señora, vuestro hijo está gravemente enfermo, no *se* aún lo que él tiene, pero debe Ud.dejarlo en el Hospital pues no puede continuar

su trabajo y la primer medida de tratamiento es el reposo". La madre aceptó, ingresando el enfermíto en el Servicio. Confirmamos el diagnóstico, comprobando el síndrome de insuficiencia ventrícular izquierda por los exámenes necesarios. Hicimos inmediatamente un tratamiento tóníco-cardiaco, primero con digitalina, luego con inyecciones de ouabaína y, hecho que nos sorprendió en este enfermo en que la tensión era normal, en el que en sus antecedentes sólo una varicela, la tensión se mantuvo, pero el corazón no reaccionó; apenas algunos días a del estado general, para luego aparecer los edemas **luego l**os fenómenos de apoplejía pulmonar que al cabo de dos meses nos aseguraron la terminación fatal.

Ciertamente que hicimos mu chos diagnósticos, no habíamos pensado en la miocardia *y* en un joven de 15 años pensamos en la tuberculosis y en la sínfisis tuberculosa. En fin, el enfermo falleció, y cuál no sería nuestra sorpresa al constatar en la autopsia un corazón dilatado, blando, grande, pero fuera de ninguna otra anormalidad: válvulas normales, aorta normal, ausencia de endocarditis parietal, con lo que la concepción de la miocardia encontraba su consagración. Los exámenes histológicos no revelaron ni siquiera las lesiones propias de la insuficiencia cardiaca, que son **más** bien legiones consecutivas *que* causales.

Señores, esta observación era interesante y fue comunicada a la Societé Médicale dos Hópitaux y **fue el punto** de partida de las investigaciones. A partir de ella, **nuestra** intención **se ligó a estos** síndromes que encontrabamos en los individuos jóvenes, generalmente fatigados por **la guerra** y que nos presentaban un síndrome de insuficiencia cardíaca, **como en** el joven cuya observación relató, sin causa y sin razón, siendo **para** nosotros esta carencia etiológica la **razón** del pronostico rapidamente mortal.

Comprendéis, entonces, **el carácter** de gravedad que dimos a la miocardia. Este **carácter se exageraba y aumentaba** a medida **que disminuían** las **condiciones etioílo**gicas en las que aparece la insuficiencia ventricular. **Pero,** bien pronto este **síndrome de insuficiencia ventricular lo encontramos** en **otros** enfermos y debimos **atenuar este pronóstico, viendo enfermas** que en lugar de evolucionar en dos o tres **meses,** evolucionaban en seis meses, un año, llegando siempre a la etapa suprema de la muerte por asistolia irremediable. De aquí la creación de un segundo tipo.

Este segundo tipo se caracteriza por: comienzo mucho más largo, eretismo nervioso y a veces con

lesiones nerviosas. Lo he encontrado con una miopatía que había sido observada por una parte en París por el Dr. Montet y por otra en Lille; en idénticas circunstancias en un miopático que me fue presentado por un agregado de la Facultad de Lille. Veis, entonces, un conjunto nervioso que parece ordenar los fenómenos cardíacos propiamente dichos, sea lesiones, sea funcionales y luego desarrollarse manifestaciones de insuficiencia ventricular; pero, parece que en estas manifestaciones ventriculares, por lo menos en los enfermos que he visto, hay regresiones, detenciones momentáneas, parece que los edemas, que en nuestro pequeño enfermo eran fenómenos terminales, sean **aquí** precoces, que las punciones repetidas alargan la evolución y en último término que los calmantes y en particular la morfina, tienen acción sobre la longevidad de esta evolución. Me diréis que estas son **finezas,** pero es importante para el clínico saber fijar un pronóstico fatal a 3 meses o fijarlo a 2 años y son finezas suficientes para mí cuando en una consulta sospecho la miocardia, para asegurar si se trata de una forma a **evolución** retardada. Tanto más, señores, cuando este tipo no es masque un intermediario, participando a la vez del tipo procedente y del siguiente. En efecto, existen y nosotros hemos visto, miocardias que se detienen en su evolución, que no tienen el final fatal y soy feliz de decirles, cuán satisfecho **estaba** de encontrar atenuaciones en la **angina** de pecho, casos que se detienen probablemente, y previamente estos casos pertenecen a la variedad de miocardia que comienza por un síndrome neurotonico franco y he aquí lo que pasa: son

habitualmente mujeres u hombro.-, llegados a la época de la menopausia y que ven exagerarse su neumotonía. El ritmo cardíaco es taquicardico, se observa eretismo cardíaco. Si los habéis seguido, loa habéis considerado durante 10 años como neurotónicos; sin embargo, en el momento de la menopausia, en lugar de la forma taquieírdica neta, se encuentra en esta taquicardia un galope que se aventura, un galope que se acompaña bien pronto del famoso soplo de insuficiencia funcional. Creéis en un pronóstico rápidamente mortal, pero os sorprendéis de ver a estos enfermos vivir meses y aun años, y mayor as nuestra sorpresa de ver desaparecer el galope en alguno de ellos.

Señores, ¿queréis que en esta ocasión, ya que hablamos de miocardias que se detienen en su evolución, que evoque un hecho reciente, observado con mi colaborador Walser? Se trataba de un médico que había llegado al período confuso de la edad crítica, que existe para el hombre como para la mujer, y que nos consultó por ahogos, disnea de esfuerzo y en el que encontramos un ritmo de galope, soplo sistólico. Naturalmente, nuestro pronóstico fue grave y, sin embargo, atenuado, porque encontramos en el pasado de este médico razones de orden emotivo. Lo ubicamos en la categoría de las miocardias a evolución retardada, pero no nos animamos a asegurar la detención de su evolución. En un primer período, pareció que la evolución afirmaba nuestro pronóstico; ningún tónico cardíaco tenía efecto, ni la digital, ni la ouabaína; en fin, tomando una resolución suprema practicamos en él el aislamiento y la morfina, dejando un tratamiento tonicocardíaco moderado. Privado de toda causa de emoción; fuimos sorprendidos al cabo de cuatro meses, de ver detenerse una evolución que nos **parérecia** fatal, tanto que en la actualidad el colega ha vuelto en parte a sus ocupaciones. No digo que esté curado, pero por lo menos se halla fuera del círculo fatal del pronóstico que estamos habituados a atribuir a la miocardia.

En **consecuencia,** habéis visto formas graves, formas a evolución retardada, formas que si bien no son benignas permiten una **esperanza** de curación y al lado de éstas, las formas descriptas por -ni discípulo Doumer, de *miocardios transitorias,* que duran algunos meses y que se ven aparecer en los gotosos, miocardias en las cuales ha hecho intervenir el transtorno metabólicos de los gotosos.

He dicho antes, que en la actualidad aceptamos las miocardias regionales; esto se comprende porque el miocardio puede ser afectatado en su masa ventricular izquierda o en otra región. Sabéis que junto al síndrome de insuficiencia ventricular izquierda existe el de insuficiencia ventricular derecha; pero debo advertir que nunca he encontrado miocardias ventriculares derechas. Mi colé-

ga Béssau y mi discípulo Oury han aportado observaciones de miocardias totales en las que, después de un estado de insuficiencia ventricular izquierda se encuentra el síndrome de insuficiencia ventricular derecha que se sobreagrega

¿Cuáles son sus síntomas? Taquicardia, cianosis, ruido de galope derecho, algunas veces soplo diastólíco de insuficiencia venrticular derecha. Pero no es por alusión a la insuficiencia ventricular derecha que quiero hablar de las formas regionales, creo que se puede limitar la forma regional a la arritmia completa. La arritmia completa corresponde a la fibrilación auricular: traduciendo libremente, corresponde a la miocarditis auricular. Cuando estéis en presencia de una arritmia completa, pensaréis en una endocarditis que se extiende a la aurícula, sea en una miocarditis, lesión intersticial o parenquimatosa de la aurícula, sea en una pericarditis; pero hay casos en los cuales estas lesiones están ausentes, son casos que se desarrollan en el dominio funcional desde el comienzo de los accidentes, hasta la coronación final, la arritmia completa. Habitualmente, se trata de mujeres que después de pequeños accesos de parpitaciones. hacen taquicardia paroxista y en fin la arritmia completa. En este encaden amiento de transtornos, donde se ve la mediación del sistema nervioso, ¿cómo no pensar que el ataque funcional del miocardio es la coronación suprema de este trastorno funcional que va de la palpitación a la arritmia completa? En fin

debéis retener el hecho de que la miocardia, que hace habitual mentó la insuficiencia ventricular izquierda, puede atacar ciertas regiones del corazón y limitarse a las aurículas.

Y bien, señores; llegamos a l a .3* etapa de mi exposición clínica. No estamos en el período anátomo-patológico, concebimos las lesiones como los efectos y no como las causas y tenemos la concepción fecunda de que no se muestra una relación estrecha entre las lesiones constatadas en la autopsia y la escena desarrollada durante la vida, y es por lo que os doy a título de hipótesis, la noción de las miocardias asociadas a las enfermedades infecciosas. Hasta aquí hemos vivido en el dogma de que la infección lo hace todo, que alteraba el tejido conjuntivo, los vasos, destruía el miocardio y por intermedio de esta destrucción llegábamos a la insuficiencia miocárdica. Es posible, pero tengo el derecho de decir que algunas veces no hay relación entre la infección y los enormes efectos que vemos sobre el corazón. Tenemos el derecho de sospechar en el curso de las enfermedades infeccciosas, la intervención de la miocardia. Hemos visto un sujeto joven, de 35 años, con chancro sifilítico, que seis meses después presentaba fenómenos de insuficiencia ventricular; con el tratamiento intensivo se obtuvo Una agravación y reagravación al cambio de tratamiento; se dan tónicos cardíacos y el enfermo muere al cabo de seis meses. No se hallaron lesiones miocárdicas, en consecuencia se trató de una miocardia en un sifilítico, cuya razón nos escapa. Volveremos sobre esto a propósito de la patogenia, pero en este enfermo el tratamiento antisifiiítico no tenía razón, porque entre la infección y el resultado de la infección, había tres intermediarios.

Es lo mismo, señores, para otras infecciones. Se ha hecho responsable a la infección, de la insuficiencia cardíaca; esto es verdad, no destruye el concepto de la miocarditis cuando los lesiones del miocardio demuestran que ésta no podía existir, pero a falta de la infección se buscaba otro camino. Habéis oído hablar del corazón renal, del corazón arterial, esto es, se buscaba fuera del corazón la causa de trastorno. Bien, **bus**quémosla primeramante en el corazón mismo. Por ejemplo, tenéis hipertensiones que sobrepasan cifras de 32-33 para la Mx. y 18 para Mn.; hacéis un pronóstico fatal a breve plaso y cuál no será vuestra sorpresa 'Te encontrar al enfermo en el mismo estado al cabo de 2-3-6 años. Por e! contrario, otras hipertesiones moderadas llevan a la insuficiencia cardíaca con una rapidez que evoca fatalmente la miocardia.

En las lesiones valvulares, por ejemplo, ¿qué es lo que determina el pronóstico? El soplo mitral que se ausculta, el soplo aórtico. No lo creo; existen lesiones estables y lesiones evolutivas. Soy de los que han demostrado el vasto do-

minio de la evolución y de la invasión progresiva **del** corazón por lesiones que han comenzado por el endocardio; pero esta evolución falta a menudo y así como en las lesiones valvulares se hace **intervenir** la miocardia. Veis entonces como la miocardia que es hasta aquí un pequeño **misterio y** que se **define** sobretodo por la ausencia de etiología, interviene para fijar algunas reglas o dominar el pronóstico de una **afección** cardíaca. ¿Que es la miocardia? Aquí debemos encontrar en el terreno de las hipótesis. Deseo pasarlas en revista para demostrar que sobre este punto no hemos permanecido inactivos. Cuando veis una miocardia a evolución retardada, posiblemente no reconozca la misma causa que cuando veis una miocardia a evolución rápida.

¿Cuáles son las causas que pueden intervenir? Hela aquí: el sistema nervioso. El neumogástrico disminuye la tonicidad cardiaca, en consecuencia una lesión de este nervio puede darnos la miocardia. El simpático tiene un papel contrario.

Al sistema nervioso debe agregarse el sistema de Ia3 glándula-' endocrinas: suprarrenales y en particular la tiroides (corazón tiroideo.)

Ejemplo: un enfermo nos consulta por crisis de angina de pecho, crisis de esfuerzo; a la auscultación notamos tonos sordos, al examen radiológico distensión enorme de las cavidades cardíacas; tensión arterial débil. Nos llamó además la atención la desaparición de las cejas, el estado apergaminado de la piel y manos.

Se le administró tiroidina,hasta sesenta centigramos por día, y cual no sería nuestra sorpresa al verlo un mes más tarde restablecido, sin acusar trastornos funcionales. Este enfermo periódicamente se somete a curas tiroidina.

Señores, lo que hace la tiroidina puede hacerlo la ovarina, como se observa en las miocardios que se desarrollan en las mujeres castradas. Estos hechos me han llamado a considerar al corazón no como un músculo, sino como una **glándula** que sufre las carencias de las otras glándulas endocrinas. **Esta** hipótesis del corazón como **glándula** de secreción interna no es una fantasía, desde que ha recibido su consagración al encontrarse substancias extraídas délos **nodulos** de contracción, que son capaces do reglar la contracción cardíaca.

Son éstas hipótesis, pero hipótesis fructuosas que en lugar de limitarnos en el campo estrecho de la miocarditis, nos extienden al campo más amplio de las causas nerviosas, endocrinas y humorales. *Los* **experimentos** nos muestran que el corazón no puede vivir si le falta su dosis de potasio o de **glucosa;** en consecuencia, investigad en este sentido. Pero, como el tiempo de exposición es corto, debo pasar a considerar otros aspectos del asunto-He hablado del rol de la emoción y de la herencia en la aparición de la miocardia. La emoción que es capaz de agravar una lesión cardíaca preexistente, de llevar a la asistolia, es capaz de crear la miocardia. Durante la guerra se han observado casos que no dejan lugar a duda, tal la observación de un sujeto que duran-

Cirugía operatoria de la cadera

Por Astley Cooper Ashhurst

El autor ha operado en 20 años 103 caderas por afecciones muy variadas. Presenta la técnica y sus resultados.

Operaciones empleadas y sus indicaciones:

Artrdiesis: 6 casos. Su indicación es ante todo la **parálisis infantil** pero la ha empleado también con éxito en un caso de artritis osteofitica **dolorosa.** Es inútil en las artopatías nerviosas.

A rtroplaslía: Tres condiciones se exigen: daño importante, infección primitiva enteramente extinguida, conservación relativa de las formas óseas necesarias **a la coaptación** délas superficies. La indicación mayor es la anquilosis por artritis aginia antigua cuyo tipo es la blenorragia.

Enclavijamiento óseo: 5casos por pneudoartrosis. El autor prefiere el método de reconstrucción descrita más adelante.

Ingertos óseos: Por un caso de osteítis quistíca del gran trocánter.

Cnpsulorrafia: Esta operación, consistente en exición y sutura de la cápsula, se ha practicado en tres casos de cadera de res-irte residevante paralítica. El tratamiento ulterior es de lo más importante.

Recección: 17 casos por tuberculosis del adulto: tuberculosis infectada de la infancia u osteomie-

---

te la guerra fue sometido seis veces al simulacro de su fusilamiento.

Al lado de la emoción hay otro factor que está formado no solamente de emociones de la misma familia, sino de emociones acumuladas, ancestrales, esto es, la Herencia. Lo mismo que hay una hipertensión hereditaria, hay una miocardia hereditaria. He visto varias familias afectadas de miocardia. Walser ha citado historias admirables.

Me disculparéis, señores, de haber insistido sobre esta noción patogénica, pero pretendo **abriros** horizontes que no os fijo. Por otra parte no estoy solo; sé bien que me he acusado de haber creado hechos ya estudiados. Yo no lo sé, pero actualmente junto conmigo, podréis ver a un gran clínico alemán, que ignorando probablemente los trabajos franceses, se lanza igualmente en esta gran vía fecunda, de la insuficiencia cardiaca funcional, tanto aguda como crónica.

Roger Even

litis es una operación heroica destinada a salvar la vida en los i graves.

Reducción a cielo abierto: 13 casos aplicados a lujaciones congenitales imposibles de reducir o do mantener por el procedimiente habitual. *El* autor es favorable a este tratamiento, pero no lo aconseja después de diez años, cuando la concordancia de las superficies óseas no es buena: en este caso el resultado obtenido después de refacción de un nuevo acetabulum es una anquilosis y es necesario preferir la reconstrucción.

Osteoclasia sin abertura*:* **Practicada** una sola vez por coxa-vara no se aconseja.

Osteotomía; 15 casos. Sea al nivel del cuello, la indicación capital es la coxa vara, y sobre todo la que sigue a un traumatismo; sea subtrocanteriana, en los casos de anquilosis (osteomielitis, tuberculosis) a foco mal extinguido; en los casos donde, al contrario, la infección primitiva ha terminado, vale más platicar una re construcción.

Reconstruccion, según la técnica de Whitman. 27 operaciones. Esta operación consiste en resección de la cabeza de los obstáculos intra-acetabulares, si existen. Reposición del cuello en el acetabulum, creando una nueva cavidad, si conviene, y formando un techo con un colgajo óseo; en fin sutura del gran trocánter, previamente desprendido sobre la cara externa riel fémur, afuera de su inserción primera. Esta operación practicada por tuberculosis no en evolución (12 casos), osteomielitis antigua (6 casos), lujación congenital, seudoartrosis, artritis, pa rece muy recomendable por sus resultados. Debe ser evitada en edad avanzada pues necesita una inmovilización muy prolongada.

Traspaso del fa seta ¡ala: Disección de este sobre la cara externa del trocánter en G casos de parálisis de los rotadores internos del fémur.

Técnica General: El autor ha utilizado sobre todo 3 incisiones. La incisión de Lamboltte partiendo de la espina ilíaca antero-superíor, yendo al trocánter y de allí dirigida adelante y abajo, ría por un colgajo anterior una buena luz sobre la cara anterior de la articulación; es útil en los casos donde no *se* tiene que trabajar del lado del cotilo. La incisión de Ollier con desprendimiento del tro-

canter, da una *luz* **mas** considerable. Así mismo se **obtiene** una vista muy amplia por la incisión **de Smith Petersen, que sigue** la cresta ilíaca hasta la espina *y de* allí desciende vertical mente después de ruginación de la fosa ilíaca externase tiene una luz excelente sobre la región **articular.**

El autor estudia enseguida para cada operación la técnica **seguí** la insistiendo sobre ciertos puntos particulares a cada una de ellas, que es imposible resumir **aqui.** Para la operación de reconstrucción **(operacion** de Whitman) utilisa la insicion de Lambolte menos cómoda, pero menos mutilante que la de Smith **Petersen.** La resección económica de la cabeza femoral, la posición del acetabulum en el cuello, la reposición y la fijación del trocánter abajo y afuera de su posición normal son expuestas.

Resultados:—6 artrodesis con 3 anquilosis y 3 resultados imperfectos: 8 artroplastías, 4 con resultados notables, y los otros fracasos, 3 anquilosis y una cadera de resorte; 5 enclavijamientos con dos resultados buenos; 8 casos de capsulorrafia con 2 resulta dos buenos; 17 resecciones. En la osteomielitis hay que temer la lujación del fémur. Para la coxalgia los resultados pueden ser **satisfactorios** (2 casos sobre 7) pero se debe temer la supuración indefinida y las complicaciones generales de la tuberculosis.

En fin H **autor** ha practicado 25 **operaciones** de **Ritman, 12 por** tuberculosis. Se puede obtener una buena función de la neoartidilación con apoyo solido, y mejor marcha; 6 operaciones **practicadas** en el caso de lujación **patológica,** después de osteomielitis han **dado** la mejoría franca ríe la función, 4 veces se operó por lujación congenital, 2 veces porseudoartrosia, 2 veces por artritis crónica. En el conjunto esta ope**ración** mejora grandemente el **pro** nostico y es susceptible de excelentes resultados.

6 casos de trasplantación del fascia lata han dado ó reresultados satisfactorios.

F. D. ALLAINES.

La Eugenesia y la limitación de la Natalidad
Por el Dr. Manuel Escorarla

De muy diversa índole que la presente comunicación, era la que yo pensaba presentar como trabajo de turno en esta Academ a y si la postre me resolví a cambiar de tema y traeros uno que sale un poco de lo que ordinariamente se estila presentaren estas sesiones, es por-que me ha parecido que su importancia médico sedal es grande y vería yo con gusto que esta corporación llegara a definir una orientacion sobre esté asunto. Los tiempos que han tocado vivir a la presente generación están caracterizados por un afán de re-novación, por una ancia infinita de cambio, por un anhelo casi suprahumano de transformación y ese afán, esa ansia, ese anhelo arman la humanidad de una piqueta demoledora que todo está derrumbando, así sea en artes, en ciencias como en costumbre; verdades o bellezas que nos parecieron inconmovibles a principios del presente siglo, las vemos bambolear y muchas de ellas están por tierra. ¿Hasta qué punto esta demolición será benéfica y sobre las ruinas del pasudo podrá constituirse una nueva organizacion humana más perfecta? ¿Qué papel toca desempeñar en estas mutaciones fundamentales a la ciencia pura, la no contaminada de tener una meta previamente fijada para otras razones que no B«M la ciencia misma? Va a servir la ciencia de comparsa en la transformación que quiere hacerse sufrir a la humanidad) que haya una protesta del papel que se le quiere asignar y que en realidad no se le escuche ni se la Lome en cuenta, pero sí se le utilice su ropaje para hacer mas oropelesca la presentación de nuevos temas, hipótesis o ficciones? Estas y otras reflexiones más por el estilo vinieron a mi mente al escuchar en el reciente 7U Congreso Médico Latino Americano un trabajo en el que se llegaba a asentar como conclusiones que como una medida de Eugenesia en nuestro país, el gobierno se convirtiera en un, propagandista de los medios anticoncepcionales. Y tamaña afirmación que es la que dá pie a mi comunicación fue presentada no por un líder del amor libre, sino por una profesionista graduada en nuestra facultad y cuya vida y antecedentes no nos permite dudar un solo momento de su honorabilidad. Tal es el motivo de esta comunicación: precisar lo que es Eugenesia, ver de encontrar las razona" y sin razones que existen para que pretendiendo mejorar se implantentales o cuales medidas y ana,-

lizar en suma las ventajas e inconvenientes que presenten o que pueden presentar en este afán de mejoramiento de la especie humana.

Etimológicamente Eugenesia quiere decir engendrar bien: hay quien la definiera como: «rama de la medicina que estudia la aplicación <le las leyes biológicas al perfeccionamiento de la especie humana». Es muy de tenerse en cuenta que no solamente es asunto biológico al tratarse de la especie humana, sí que también problemas de índole social que vuelven más intrincado la resolución de este tema.

Galton es más exacto al definirla: «El estudio de los factores sometido-' al control del hombre y susceptibles de modificar favorablemente o desfavorablemente las cualidades de la especie humana.

Aceptada esta definición veamos si la disminución de la Natalidad es útil al mejoramiento d- la especie humana y qué medio- pueden emplearse, las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos y cuales podemos adoptar y en qué circunstancias.

En las condiciones actuales de la humanidad, se observa que en aquellas regiones en que la Natalidad es mayor,'existe una mortalidad infantil más elevada y que en las regiones que hay menor Natalidad o en las clases sociales ¡las menos prolíficas es menor proporcionalmente el número de niños que perecen en la primera infancia. Paralela a esta observacion existe la ed que en los países mas prolíficos o en las clases sociales más abundantes de progenie hay una mayor proporción de seres tarados, hipotróficos y mal adaptar dos biológicamente para la lucha social. De ahí que se haya pensado desminuyendo el número de hijos puede obtenerse en el total del conglomerado humano una -c- lección tal corno existe hoy en grupos sociales limitados y de ahi ha nacido la idea de la limitación de la Natalidad.

Hago desde este momento la aclaración que al tratar este tema es exclusivamente estudiando desdel punto de vista científico y a*

partando en absoluto los casos individuales en que el egoísmo humano o cualquier otto motivo hagan pensar en la tantas veces mencionada limitación de la Natalidad.

Tres maneras hay de limitar la Natalidad.

1º—El aborto.

2ª—Los medios anticoncepcionales.

39—La educación sexual y la previsión social.

EL ABORTO

En loa estudios llevados a cabo por el Departamento de Protección a la madre y *al niño* en Rusia entre los años 1918 y l920 se llegó al conocimiento de que el 50% de las mujeres que se hacían interrumpir el embarazo eran víctimas fue una infección y que el 8 de las infectadas morían. Tratando de corregir tan grave mal se expedió un decreto en el año 1920 no para prohibir el aborto -sino para prohibir que se hiciera fuera del control oficial. Dicho decreto establece.

lo—En los Hospitales de la Unión de las Repúblicas socialistas soviéticas pe llevaran a cabo interrupciones artificiales del embarazo gratuitamente, con el fin de asegurar un mínimo de complicaciones post-operatorias.

2?—Queda estrictamente prohibido llevar a cabo esta operación a toda persona que no sea -un Médico Titulado.

3º—Si una enfermera o parlera lleva a cabo esta operación pierde el derecho de ejercer y será consignada al tribunal popular. .

4?—El médico que por interés personal ejerce dicha operación en su consultorio particular será consignado al tribunal.

Fue tal la afluencia de mujeres que llegaban a los hospitales que hubo necesidad de modificar la disposición anterior y el 3 de noviembre de 1924 el Departamento de Protección de la mujer y del *niño* permite el aborto en clínica particular adecuada siempre que sea antes del tercer mes.

Y al mismo tiempo que oficialmente se tolera y proporciona el medio de abortar, en periódicos y conferencias oficiales se hace campaña contra el aborto, se pone de manifiesto los peligros que entraña y se establece una comisión integrada por un médico, una enfermera y una obrera para oír a la interesada exponer las rabones por la que desea abortar.

Esta comisión que funciona en cada comunidad decide si es de accederse a la solicitud y la regla según nos refiere el Dr. Ogens en un libro titulado: «La legalización del aborto en la Rusia soviética[1] es que no se niegue nunca.

La presidenta del Departamento Nacional de Protección de la mujer y el *niño* Dra. Lebedewa se expresa así: «Si una mujer no puede por causas económicas alimentar y sostener a su hijo y si el estado no o*l A en condiciones de echarse a cuestas la carga que ella no puede llevar, nuestro deber *no* es solo libertarla del parto temi-

do y no deseado sino también protegerla contra el abusude los charlatanes».

El resultado de todo esto es que en la actualidad en los Centros de Higiene Infantil y asistencia prenatal establecidos en Rusia el 19% las mujeres que a el los acuden es para interumpir su embarazo y el *12 %* a solicitar medios anticon-cepcionales.

Que ventajas y que inconvenientes tiene el aborto desde el punto de vista de la Eugenesia? no puede tener ventaja alguna. El aborto es una *negación,* es destruir lo crearlo que no sabemos si era bueno o malo y Eugenesia es hacer obra positiva, es crear seres que se acerquen al tipo ideal fisiológico y psicológico pero decir que el borto de una medida de Eugenesia es como si para hablar de un modo de mejorar la producción escultoríca en mármol se extrajesen bloques de este material, trasportasen ;al taller, se principiará a tallarlos y poco después en nombre del arte se arrojarán al mar sin saber lo que resallaría de aquel trabajo.

Si desde el punto de vista «Eugenesia» no puede haceptarse el aborto menos se puede admitirlo por otro sinnúmero de razones pero limitando a los de orden estrictamente médico social a mas de los peligros que en si entraña para la vida de la madre, mayores aun que los del parí» a termino aun efectuado en las mejores condiciones posibles, hay digo ana razón fundamental, biológica y es la de contrariar la función fundamental de la hembra que es procrear.

No hay ejemplo en la biología comparada de hembras que se hagan voluntariamente concluir con el ciclo que principia en la concepción y concluye con el nacimiento de un nuevo ser y solo en la especie humana encontramos este acto contrario a lo observado en todos los seres vivos.

LOS MEDIOS ANTICONCEPCIONALES

Vistos los peligros del aborto. aun en los países que como Rusia lo han propagado oficialmente se ha ocurrido para limitar la Natalidad a los medios anticoncepcionales.

Las conclusiones del 6y Congreso de limitación de la Natalidad

reunido en Nueva York en l925 y en el que se fundo «La Internacional Neo Maltusian and Brith Control Federation« fueron los siguiente:

lo—Mostrar a los gobiernos y a los pueblos los peligros del exceso de población.

2o—Disminuir y eliminar el *ex*ceso población extendiendo el conocimiento de los medios anticoncepcionales, los cuales no deben confundirse con los abortivos.

3º—Oponerse a roda legislación que prohiba la enseñanza de las prácticas anticoncepcionales higiénicas,

4°—Recomendar al cuerpo Médico la enseñanza de esas prácticas particularmente en los Hosp.-tales asilos y en los Centros de Beneficencia.

59—Trabajar por el mejoramiento de la raza, permitiendo a los padres restringir *m* familia al número de niños que puedan razonablemente tener, teniendo en cuenta su estado de salud y sus condiciones económicas y autorizándolos para abstenerse de procrear cada vez que una enfermedad hereditaria o cualquier otra puede hacerse a los niños incapaces de subvenir a su existencia.

6º—Desarrollar el sentido de la responsabilidad sexual y desminuir asi la propagación de las enfermedades venéreas haciendo saber que los jóvenes deben casarse pronto sin tener en cuenta su situa**ción** puesto que el Birth Controlles permitirá limitar el número de hijos. Desarrollar una sana instrucción de los deberes sexuales. *lo*—Establecer una investigación internacional pidiendo a todos los gobiernos vigilar y regularizar la Natalidad en todos los **países respectivos** de evitar el exceso de población el cual es reconocido como una de las gran.-des causas de la guerra». En Inglaterra la Cámara de los Lores en reunión del 28 de abril de 1926 votó una ley autorizando la ***enseñanza*** de los medios antíconcepcionales en los Centros oficiales de maternidad e Higiene Infantil.

La autora del trabajo que me sugiri[1]'» esta comunicación impresionada seguramente por lo que antes se transcribe llega a los siguientes "consideraciones.

«En lo tocante a exceso de población, México a pesar de no tener sino 7.25 habitantes por kilómetro cuadrado, siendo por tanto su densidad poco elevada para los recursos actuales de subsistencia sí es excesiva puesto que muchos de nuestros mejores trabajadores emigran buscando un bienestar económico.

La tercera es el número de individuos sin trabajo, el cual aumenta constantemente entre nosotros por razones económico sociales *que no nos corresponde analizar aquí* pero el hecho sabemos que existe.»

«La cuestión referente a exceso de población, individuos sin trabajo y **mortalidad** infantil que están enteramente ligados en núes-

tra situación económica, en tanto que ésta no se reorganice quedan do sometidos al mismo recurso de limitación de la Natalidad y para este fin tenemos la ventaja de que **nuestras** leyes no prohíban la divulgación délos medios anticoncepcionales y de que se puede proceder, como por ejemplo lo ha hecho Inglaterra: dando tales instrucciones en los *Centros de Maternidad e Higiene. Infantil* ***cuando*** *sean* ***solicitados*** *y deben darse por rizones de orden* ***patológico o económico social*** **¡los** médicos de nuestros Dispensarios de Higiene infantil podían hacer dicha divulgación.

Y en las concluciones dice: **5º— Divulgar loa** métodos anticoncepcionales enter las **masas** sociales que lo necesitan, para lo cual debe sugerirse al Departamento de Salubridad Pública que dichas enseñanzas sean dadas por los médicos de los Dispensarios y Centros de Higiene **Infantil** a personas que lo soliciten debiendo exigir razones de orden patológico o económico social.

Hemos venido tratando la limitación de la Natalidad en su relación con la *Eugenesia y* lo que se dijo <*M* aborto sería cuestión de repetirlo al hablar de medios anticoncepcionales: son labores negativas (tomada en conjunto) y que solo en casos muy limitados podrían justificarse desde el punto de vista médico y no en el económico social que *no* nos compete, como la propia autora del trabajo que comento lo reconoce.

Analizaré brevemente las concluciones del Congreso de Nueva York, que son las que sirven de base y sostiene al tantas veces citado tradajo de la señorita Ursua.

La primera en teoría no es de objetarse, sería solamente preciso fijar cuando hay exceso de población pues vemos que este asunto no está considerado uniforme en todas partes.

La segunda y tercera conclusión pueden englobarse en un mismo comentario.

Hay razones de Índole médica por las que (siempre en mirada **a a** la Eugenesia) no se pueden **admitir** en términos generales la divulgación de lo medios **anticoncepcionales.**

Los medios químicos los más inseguros y los mecánicos, los menos inseguros: sin contribuir a mejorar la especie pueden dan **lugar** (fallando) a una fecundación que

se aleja de las condiciones ideales biológicas. En efecto si vemos lo que ocurre en la fecundación artificial en plantasen que hay flor macho y flor hembra (la vainilla por ejemplo) se observa que las llores hembras fecundadas artificialmente *con* menos dificultad mecánica en la maniobra dan un fruto mas bien desarrollado. Si al Espermatozoide le impedimos su marcha natural a fecundar el ovulo y no lo logramos en lo absoluto, conseguiremos sí, que llegue con menos vitalidad y esto que a manera de hipótesis digo ahora a las próximas generaciones tocará confirmarlo o rechazarlo estudiando los frutos de *embarazos involuntarios* Es bien poco lo que he podido observar pero me han impresionado vivamente tres niños nacidos a término con un peso respectivamente de 2 kilos 100 **grs.** Kilos 240 grs. y 1 kilo 950 grs. En el primero había habido enormente cuatro hermanos todos con peso al nacer superior a **a** 3 kilos, habiendo pasado desde el par lo anterior cuatro años; se usaron medidas anticoncepcionales que fallaron viniendo ese hijo no *desea-do,* un el segundo caso había dos hermanos de peso y desarrollo normal y una pausa de 6 años y el ero tenía cinco hermanos todo, normales. En las tres familias había ausencia de lúes y de alcoholismo y nada anormal durante el embarazo en la madre; el tercero (que hoy tiene dos años[1] es un idiota. Me propongo en todo niño nacido a término y con **un desarrollo** ponderal o **estatural** deficiente **investigar cuidado todos los antecedentes y si esa hipotrofia no** es expicable, averiguar si es un hijo voluntario.

i Dentro de **algunos** años los **ginecólogos y parteros** nos podrán hablar ampliamente de lo que hayan observado como consecuencia del *uso* de los medios **antícepcíona**les especialmente en los tegumentos del cuello uterino y **veremos** si esas **prácticas** que como medida de Eugenesia fueron **negativas** han venido o no aumentar el acervo **patológica** de la mujer.

Hay razones de ética que no me corresponde **tratar pero limitándo**se a la observación déla naturaleza y la **experiencia que tienen loa criadores de animales *(y*** la **Eugenesia** humana debe de **aprovechar las** lecciones de la **Eugenesia** experimental en os animales que si por **exceso** de **población** en su gallinenero **(pongamos** por caso) **quieren** limitar la Natalidad **no buscan** que el gallo tenga con **las** gallinas un **contacto *sexual infecundo*** sino que simplemente lo separan **por** algún tiempo de la **hembra.**

La **4º y 5º** conclusión **pueden** también ser tratados en conjunto

.Si un médico se pone (con discrecion de su parte (a aconsejar medios anticoncepcionales puede contar con idéntica discreción de quien recibió la enseñanza? No es pueril pensar que el aventajado alumno de esa lección de control de la Natalidad va a guardar el secreto? Y de una persona a otra

pasará (y de hecho pasan) aquellas enseñanzas y quien las dio creyéndolas indicadas en determinado caso concreto verá una aplicación en donde é! no hubiese deseado que se aplicaran.

Hay que distinguir además las razones de índole económica de las de índole médica.

En las primeras quien va a ser el juez? El propio interesado que en sin fin de casos guiará el egoísmo y no una razón Eugénica y en caso de enfermedad transmisible la limitación de la Natalidad teóricamente deberá ser *pre-nupcial* y certificando de salud prenupcial considerar delito la tramisión de una enfermedad por el acto conyugal etc., son justamente medidas que sin ir contra lo natural tienden al impedir o limitar el nacimiento de seres tarados.

La sexta conclusión es por demás contradictoría, Se pretenda con ella que casándose jóvenes los cónyugues estén indemnes de una enfermedad trasmisible (venéreo sifilítica es el caso). A que edad querrán los autores de esa conclusión que se case el varón para lograr ese objeto? Por raí responderán los que a venereosifilografía se dedican! por mí responderán las estadísticas de los Dispensarios *un* ti- vené reos y creo que en la conciencia de todos mis amables oyentes estará la noción de que tendría (para aprovecharse ese consejo) que efectuarse el matrimonio a tan temprana edad (pues que la mayoría de las veces el gonococo y la espirilla de Shauding llagan al cuerpo del adolescente a amargarle sus primeros deleites) que en realidad pocos serian los que pudieran tener conciencia conpleta de sus deberes sociales tomo maridos y ninguno podría ser sostén no ya de su hogar, pero ni siquiera bastarse a si propio económicamente.

A los sociólogos toca resolví si la noción de irresponsabilidad económica con respecto a la progenie puede beneficiar la organización del conglomerado humano, pero a los médicos toca no inculcar conocimientos que sin ir en beneficio do una progenie sana, fuerte y vigorosa (.puesto que se le impide que la haya) sí traerá un

aumento en la propagación de [as **enfermedades** venéreo sifilíticas ya que exenta la mujer (hasta sierto punto) del peligro de un embarazo, prostituido el hogar al tener, previo el acto conyugal, el plan de no ser fecundada la mujer, será y debe ser así más dada a relaciones fuera del hogar y todo se habrá conseguido, no tener hijos, no tener salud, y no tener hogar, tres cosas que no son de las piedras angulares que sirven para construir el edificio de la Eugenesia.

La séptima conclusion puede darse por respondida con las argumentaciones hechas a las seis anteriores.

EDUCACIÓN SEXUAL Y **PREVISIÓN SOCIAL**

Si pues admitimos que es un hecho de observación que los seres mejor dotados y la menor moralidad infantil la tenemos en los pueblos menos prolíficos y en las clases sociales menos fecundadas veamos qué puede motivar ese resultado-

En las clase acomodadas por **regla general** hay mejor cultura y aunque de un modo indirecto hay más **educación sexual.**

Imbuir las responsabilidades sexuales **que** a todos nos compelen, educar en edad adecuada, a los **futuros** padres y desarrollar en ellos la previsión social sea individualmente haciendo penetrar la idea de la responsabilidad económica que tiene para con su hogar (y hogar es mujer y futura progenie) *quien* se casa o colectivamente **(seguros** sociales, de enfermedad, de accidente, de falta de trabajo; son medidas seguras más nobles y más efectivas para conseguir hijos sanos, bien nutridos, bien preparados para futuras luchas biológicas y sociales que romper con la naturaleza enseñando a no crear y llegando a suprimir del acto sexual lo que tiene de más noble y elevado, lo que no pasa, lo que no es egoísmo sino ve el futuro; la venida de un nuevo ser que quiza venga a dar a la humanidad un consuelo o una alegría

De haberse hecho la limitación de la Natalidad tal y como se pretende extenderla hoy día, cuántos seres útiles y que han sobresalido haciendo cambiar la historia de la humanidad, no habrían nacido, solo porque sus padres eran pobres. William Pit, Washington y Bolívar eran 3º, 3º y 4º vastagos respectivamente de padres pobres. (*) El Seráfico Francisco de Asís que después de mil años de muerto aun difunde su amor por el mundo era el octavo hijo.

Bendita la madre de Von Pirquet que no supo de limitaciones en la Natalidad, ella en el séptimo alumbramiento dio la humanidad un ser útil que contribuyó a hacer avanzar nuestra muy amada profesión; inolvidable mujer la madre de Carusso que pobre y miserable en su undécimo parto dio al mundo ese ser de portentosa voz que aun después de muerto nos sigue deleitando.

Acerquémonos a la naturaleza no vayamas contra ella y si queremos por necesidad sociales limitar la Natalidad, sin pretender ser moralistas, inculquemos entre nociones de educasen sexual a imitar los animales que no fecundan a la hembra sino hasta que la cría recibió los beneficios de la lactancia y sin pretender que la humanidad sea casta en lo absoluto sí inculquemos que los períodos alterados de castidad y relaciones sexuales distribuidos en términos naturales a nadie perjudican y si benefician a la progenie.

°(*) Franklin era el 17° hijo.

BIBLIOGRAFÍA

Tres ensayos sobre problemas sexuales. —Dr. G. Marañón.

Informe de su visita a Rusia señorita doctora Matilde Rodríguez Cabo.

The Inburn J. T. Nix.

Ensayos sobre Eugenesia. — Dra. Antonia L. Ursúa.

La Salud del Niño.—E. Nelson.

La Legalización del Aborto en la Rusia Soviética. Dr. O'gens.

México, mayo 7 de 1930.

MANUEL ESCONTRIA.

El DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE *LA* SIFILES EN LAS MATERNIDADES

Por los Doctores

J. ORTIZ PÉREZ
Ayudante graduado.

M. MACHADO ESPINOZA
Adjunto al Laboratorio.

Si los casos de sífilis que observamos, continúan en el paso que van, el día llegará en que toda la Patología interna será tributaria de- esta enfermedad.

RICORD.

Desde e] año de 1919 en que el Profesor Couvelaire ron la colaboración de Marcel Pinard organizó en la Maternidad Baudelocque un "Dispensario para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hereditarias", han venido sucediéndose organizaciones similares en todos los Servicios de Obstetricia, y hoy no existe centro obstétrico alguno, donde al problema del diagnóstico y tratamiento de la sífilis no se le conceda una importancia capital; y es entre nosotros, a nuestro Maestro Prof. Eusebio Hernández a quien corresponde haber organizado en Cuba el primer Dispensario antisifilítico anexo a un Servicio Obstétrico Hospitalario.

Un gran número de sífilis desconocidas llamadas sífilis latentes e ignoradas por sus portadores en número que algunos hacen ascender al 30 por ciento de todos los sifilíticos, es sin embargo diagnosticada, cuando llegada la hora de la especie, esas mujeres concurren a la consulta de embarazadas o ingresan en alguna Maternidad.

Los sifiliógrafos lo saben bien, así mismo lo .saben los médicos generales; unos y otros ven a menudo mujeres portadoras de lesiones viscerales francamente sifilíticas, y esas mujeres no recuerdan haber tenido nunca un chancro ni una roseóla; son sifilíticas cuyos primeros períodos «le su enfermedad evolucionaron tan discretamente que no llamaron la atención; pero investigando, encontrarán seguramente en la historia de esa mujer la existencia de abortos, fetos nacidos muertos y si algún hijo nació vivo y vive aún, los estigmas heredolueticos <le ese hijo vendrán a constituir la base más firme en que asentar el dignostico de la sífilis materna. Desgracia-, (lamente todavía se está obligado a realizar mucho diagnóstico retrospectivo déla avariosis, es decir a diagnosticar esta enfermedad en los padres por los de los hijos; cuando ya se han perdido muchos

años para el tratamiento de esos portadores y cuando, lo que es más sensible, no se podrá evitar lo que pudo haberse evitado, esto es, su trasmisión hereditaria.

En la lucha contra la avariosis, las Maternidades ocupan un lugar importantísimo ya que es en estos establecimientos donde se diagnostican un número considerable de sífilis ignoradas, a tiempo todavía no sólo parad tratamiento de sus portadores sino para evitar también la acción que pueda tener sobre el producto de la concepción. Pero la obra a realizar en las maternidades seria muy incompleta si antes no se realizara una amplia divulgación de todos estos conceptos. Es curioso observar la ignorancia que existe sobre estas cosas. No hace muchas noches en el Servicio del Profesor Hernández una mujer necesitaba urgentemente una transfusión de sangre. Ávidos los familiares se presentó un sobrino, hombre joven de apariencia saludable, que se prestaba a servir de donante; deseando. descartar en él la sífilis y no pudiendo realizar en ese sentido ninguna investigación de Laboratorio por la hora y la premura, se le interroga sobre sus antecedentes; confiesa no haber padecí-.do jamás de enfermedades venéreas, siempre ha disfrutado de salud perfecta; pero se le pregunta: es casado? sí, ¿tiene hijos?, y contesta: mi mujer ha tenido dos embarazos pero ha "abortado" en ambos de seis y ocho meses respectivamente, con fetos nacidos muertos, pero quien la asiste dice ser debidos a caídas que ella ha sufrido. Este individuo no fue aceptado como donante y días más tarde se obtuvo de él un Wassermann positivo.

('orno este caso hay muchos, forman legión en que la sífilis, enfermedad familiar, es despistada gracias a los accidentes obstétricos que determinan, a lo que Couvelaire ha llamado tan gráfica mente el reactivo obstétrico de la si filis.

Pero como se ve por ese mismo caso, es precise realizar una obra de divulgación intensa, borrar prejuicios y enseñar e ilustrar a todo el mundo para que no siempre se atribuya una interrupción de embarazo a una caída o a algo

semejante y todos en la casa queden tranquilos y confiados; porque existen abortos producidos por traumatismos pero hay otros muchos que están pregonando una sífilis que quienes atienden el caso no saben o no quieren ver.

Es preciso buscar la sífilis, despistarla donde quiera que se encuentre, no olvidando que numerosos accidentes muy desagradables para el partero son debidos exclusivamente a esa enfermedad.

Diagnóstico de la sífilis en las maternidades. La mayoría de las sifiles que se ven en las Maternidades son desconocidas para sus portadoras.

En el examen rutinario de toda embarazada debe entrar el interrogatorio directo del marido y el Wassermann de ambos. Una y otra cosa por dificultades de organizacion y recursos, no es posible realizaras a la hora actual y de ahí que lo más a menudo se llegue al diagnóstico cuando los accidendentes sufridor en gestaciones anteriores, obligan a la mujer a consultar y al médico a explorar en ese sentido. Es preciso también no olvidar, que muchos hombres niegan su sífilis y solo lo confiesan bajo la presión del médico y cuando ya ha sido diagnosticada en la mujer.

Por excepción hemos visto algún accidente primario y solo alguna que otra vez observado sifilides secundarias, porque en general no han sido las lesiones cutáneas o mucosas las que nos han colocado en esa senda lo que pudiéramos llamar "los accidentes obstétricos de la sífilis".

Es sabido que esa falta de lesiones primarias y secundarias en mujeres que han dado a lúz hijos sífiliticos se conoce de antiguo e hizo nacer el concepto de la avariosis concepcional, sífilis decapitadas de Fournier, de la que se *ven* casos igualmente, en el sexo masculino, por lo que se ha pensado que los accidentes primarios y secundarios han debido pasar desapercibidos. Sin embargo, la sífilis concepcional encuentra de nuevo apoyo en trabajos de Manoueliau, donde cita casos en que la única lesión bien comprobada tanto departe de la madre como del hijo, residía en el cordón umbilical; fiebitis arteritis; y donde al mismo tiempo hormigueaban los tre-ponemas. ¿No residirá aquí se pregunta el accidente primario de la sífilis concepción al? Esto sin olvidar la importancia de la heredo sífilis materna, cuya influencia sobre el producto de la gestació es nefasta quizás precisamente porque ignorándose a menudo, es más raramente tratada. (88 por ciento de mortalidad fetal por heredo sífilis materna, según Potelune.)

El hecho de la sífilis hereditaria es conocido desde antiguo, ya Palopio decía: "los nacidos de una mujer sifilítica proporcionan la prueba del pecado de los padres porque tienen el aspecto de estar medio cocidos".

Pero estos hechos se interpretaban de distinta manera a como

lo hacemos actualmente, pues por aquel entonces se desconocía la etiología de la enfermedad, parangonando la infección sifilítica a la tuberculosa y considerándolas como estados constitucionales tras-misibles por herencia; aplicándole por tanto las mismas leyes que rigen las trasmisiones de los caracteres ancestrales.

Después del descubrimiento del treponema palidum, numerosas teorías han tratado de explicar el mecanismo de la trasmisión hereditaria de la sífilis.

La sífilis concepcional de origen paterno que busca su (justificación en la ley de Baumes-Colles, trata de explicar la infección fetal con indemnidad de la madre, admitiendo que la infección es por vía espermática y la ausencia de síntomas maternos por el paso del feto a la madre no de los gérmenes patógenos sino de productos solubles que provocan en ella una verdadera inmunidad. Las ideas de Fournier tratan de explicar la infección de origen paterno. I.as investigaciones de Unlenhuth y Mulzaer que consiguieron inoculaciones positivas en el mono con esperma de sifilítico demuestran la contagiosidad de dicho esperma, pero estos experimentos solo prueban que el esperma del sifilítico solo puede ser virulento a través de efracciones de los tejidos y no de una manera segura el paso del treponema del espermatozoide al ovolu fecundado.

La herencia concepcional de origen materno ovular, ha sido invocada para explicar los casos de hijo sifilítico con padre sano, pero de todos modos hay un principio biológico reconocido según el cual "Toda célula germinativa en fase de segmentación no puede retener cuerpos extraños en su sustancia por que son destruidos o se interrumpe la evolución embrionaria normal". Esto puede explicar los casos de aborto muy precoz o de simple retraso de menstruación que después de algunas semanas vuelve a reaparecer normalmente y que solo puede justificarse por una lisis ovular.

Y como confirmación de todo esto está el alto porcentaje de positividad de los signos serologicos en la madre de hijos sifilíticos que viene a ser un elemento de gran

palor en contra de la sífilis concepcional de origen exclusivamente paterno; y hay aun más: el tratamiento de la madre da la prueba clínica de más valor ya que nos permite obtener hijos vivos y sanos. Hasta tanto otra cosa no se demuestre, la sífilis hereditaria solo debe aceptarse como una sí-Mis trasmitida de la madre infestada al feto a través de la placenta por la espiroqueta misma o por algunas de las formas mutables que pueda presentar este germen.

Síndrome serológico. —La presencia de la espiroqueta en el organismo produce alteraciones de los humores que se manifiestan por dos propiedades fundamentales: antihemolítica y precipitante.

Estas dos propiedades biológicas en la que hallan su fundamento las reacciones de Bordet-Wassermann y Kahn, es muy posible que no respondan a la presencia de verdaderos anticuerpos de carácter inmunológico ya que lo que no especificad del antigeno y la falta de otras propiedades biológicas de los anticuerpos hacen pensar en este sentido. En tal concepto no se puede admitir e] carácter inmunológico de las reacciones ya citadas, sino corno alteraciones de naturaleza X producida en los humores por la presencia de las espiroquetas. En este sentido siguiendo las ideas de Levadítti se tiende a aceptar que las citadas reacciones son el resultado de fenómenos puramente físicos, y ahondando más el problema podríamos pensar que son el producto de verdaderas reacciones coloidales de gelitícacion en las que las cargas eléctricas de los coloides (suero-antígeno) jugarían el papel primordial.

En lo que a los accidentes obstétricos de la sífilis se refiere, la interrupción de la gestación (aborto, parto prematuro), ocupa el **lugar** de honor, pero es preciso aclarar que la sífilis, más que abortiva, es feticida; en la gran mayoría de casos interrumpe el embarazo a través de la muerte del feto. Mas claramente podrá observarse el aborto o parto prematuro sifilítico con feto vivo, en algún caso de sífilis uterina, bien en forma de sífilis gomosa del útero; o simplemente por metrorragias específicas en relación con una angioesclerosis de los vasos utero-o varicos (Siderey), lesiones estas pendientes generalmente de la heredo-lúes y que han dado lugar a interesantes investigaciones que demuestran el papel importante que en la producción de muchas esclerosis y fibromatosis uterinas juega la herencia específica (Castaño). También las grandes lesiones placentarias y los hidramnios agudos pueden dar lugar al nacimiento prematuro de un niño vivo sifilítico.

A través de los años, con su envejecimiento, la sífilis actúa sobre el producto de concepción de modo más benigno, la interrupción del embarazo es cada vez más tardía y al fin nace el feto vivo heredo-luetico; a veces alternan los fetos nacidos muertos y vivos

lo cual no debe extrañar, pues como ha dicho Jeanselme, la sífilis es una treponemiasis a reactivaciones sucesivas y que se manifiesta por períodos de actividad que suceden a períodos de calma o de latencia.

De todos modos, cada vez que aparezca en la historia de un gestante, interrupciones de embarazo que no puedan referirse a causas bien Conocidas, (aborto provocado], debemos investigar cuidadosamente la "sífilis, lo mismo que cuando esas observaciones existan en la historia de la madre (heredo--lues.)

CASO I. —J. Z. 36 años. Mexicana.

Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes personales. —De su primer matrimonio tuvo un embarazo, que llegó a término, parto fisiológico, feto vivo hembra que tiene actualmente 20 años. (Ha dado a luz a su vez normalmente.) El esposo murió en un accidente, durando esta unión 3 años. Cuatro años más tarde, nuevo matrimonio, el actual, de cuyo esposo tiene embarazos, todos terminados en partos prematuros de fetos muertos macerados. Con ese motivo viene a consultarse,

Wasserman positivo en la mujer y el marido. Este confiesa accidentes especílices, que por lo que refiere fueron insuficientemente tratados, creyéndose él sin embarco curado. Tratamiento del matrimonio; a los cuatro meses de iniciada, nueva gestación. Tratamiento de la mujer durante la gestación. Parto a término, fisiológico, feto vivo hembra, saludable tiene actualmente cuatro años y no presenta estigma alguno de heredo lúes. Esta mujer no recuerda haber tenido minen ni chancro ni roséala. No presenta adenitis. Ha gozado siempre de pertecta salud.

CASO II—M. R. Blanca, cubana, de 35 años de edad.

Antecedente familiares.— Madre muerta de cáncer. Padre muerto del corazón.

Personales. —Del primer esposo dos embarazos. Ambos llegan a término, parto fisiológico, fetos vivos saludables que hoy tienen 10 y 15 años respectivamente y gozan de perfecta salud.

Nuevo matrimonio, y **entonces,** los dos primeros embarazos, terminaron en parto.[1]; prematuros con fetos muertos macerados; un tercer embarazo llega a término, parto fisiológico, feto vivo con pénfigo palmo plantar y muere pocos **días** después.

Nos viene 3 ver al inicio de una cuarta gestación, trayendo además, de un laboratorio particular, un Wasserman positivo.

Ella no recuerda chancro, si alpinas "manchas", de las que no quedan rastro alguno. No hay adenitis. En general buena salud.

Se instituye tratamiento.

El **embarazo** Mega a término, parto fisiológico, feto vivo hembra, que es vuelto a ver a los cuatro meses, en perfectas condiciones. **Hasta en** ese momento o no se descubre ningún signo de heredolues.

En estos casos se ve además de un modo claro, la llegada de la sífilis, aportada al matrimonio por el nuevo esposo.

Caso III-M. M. blanca, cubana, 31 años.

Padres vivos y saludables, no ha ha habido ni abortos ni partos prematuros.

Antecedentes personales.- -Dos embarazos anteriores, terminados en partos prematuros de seis y siete meses, ambos con fetos muertos macerados.

Describe bien que llegó a **sentir claramente** los movimientos activos del feto y que como dos semanas antes del parto, dejaba de percibir estos movimientos.

Viene a la consulta **porque** se cree **de** nuevo una **gestación** y desea ver si puede obtener este hijo.

Embarazo *de* tres meses. **Wassermann** positivo. **Tratamiento.**

Parto a término fisiológico, feto vivo varón de **3/600 gr.** Placenta **de apariencia** normal H2U gr.

Tres meses después el **niño,** criado por la madre, esta en perfectas condiciones. No se observa en él signo **alguno** de heredo lúes.

Esta mujer no recuerda chancro **ni roseóla. Goza** de buena salud. Su esposo, como el **del** anterior, no ha podido ser habido.

C*8<> IV.-G. A. blanca, **España.** 21 años.

Pudres vivos saludables. No abortos.

Historia personal. — Los dos primeros **embarazos, abortos** de 3 y 3 meses respectivamente. El tercer y cuarto embarazo parto a término, de poca duración, pero con fetos nacidos muertos.

Viene a consultarnos en el quinto mes de su quinta gestación. Wasserman positivo. Tratamiento muy incompleto, puesto que solo puede ponérsele la primera serie.

Parto a término, fisiológico, feto vivo varon de 2,850 gr. **Placenta** grande **690** gr. Aspecto **pálido,** friable, surcos profundos. Este niño nace con lesiones de la **palma** de la mano y las plantas de los pies. Es dirigido a un servicio infantil. Mas tarde sabemos que ha muerto.

El tratamiento fue muy incompleto.

Actualmente, fuera de toda gestación, tratamos a la mujer, con vistas a un nuevo embarazo. Como en los casos anteriores no hemos podido localizar al marido. Esta mujer no recuerda haber tenido nunca lesiones ni de la piel ni de las mucosas.

CASO V. —O. H. Mestiza, Cubana. 22 años.

Ingresa departo en el Servicio del Dr. Hernández el 21 de diciembre de 1928, dando a luz un feto muerto macerado de 8 meses de vida uterina. Gran placenta de 750 gr., pálida y friable. **Was**serman positivo.

Al ser dada de alta se le recomienda asista a la consulta para ser tratada; pero no concurre hasta la primera falta del período, ocurrida cuatro o cinco meses más tarde. Tratamiento completo durante el embarazo.

Da a luz a término, parto fisiológico, feto vivo de apariencia normal, 3, 200 gr., y placenta de 500 gr. Puerperio fisiológico. Tres meses después, la niña, criada al pecho, seguía desarrollandose nor malmente.

El caso siguiente es también muy ilustrativo.

CASO VI, —E. L. mestiza, Cuba, 30 años.

Tres embarazos anteriores. El primero, parto a término, fisiológico, feto vivo que muere a las pocas horas de hemorragias por la boca. El segundo embarazo, parto a término, fisiológico, feto vivo que muere también horas más tarde de hemorragia umbilical. El tercer embarazo, parto a término, feto muerto macerado (muerto antes del parto).

Con esa historia viene a consultarnos al comienzo de una cuarta gestación. Wasserman negativo, a pesar de lo cual se pone el tratamiento. Se le inyectan la mera y la segunda serie solamente por no haber tiempo para comenzar la tercera (tratamiento incompleto).

Parto a término, feto grande, de 5,300 gr., que hizo necesaria una sinfixiotomía, placenta de 880 gr. Buena proporción de peso feto placentario (sexta parte), líquido

amniótico aumentando, pero en relación a los tamaños de feto y placenta. El feto nace vivo, sano en apariencia, el cordón se cae al sexto día, cicatriz normal y el niño se desarrolla bien, lactado por la madre. Después lo perdemos de vista.

¿Este es el caso de huevo grande (gros-oeuf) de que habla el Profesor Pinard, y al cual le atribuye una etiología específica?

Por otra parte, una sífilis desconocida, puede deslucir la actuación operatoria de cualquier partero. El terreno heredo-sifilítico, tan brillantemente descrito y estudiado por Hutinel, presenta no solamente profundos transtornos endocrínicos, sino importantes lesiones vasculares, que favorecen la producción de hemorragias al menor traumatismo. Y ese niño, en quien se ignora la heredo-lues, va a nacer muerto, va a morir horas más tarde con algún síndrome de hemorragia intracraneal o va a quedar vivo y perennemente imperfecto, cargando a menudo con la culpa de todo esto, el pobre partero que atendió el parto y que tío tuvo más descuido que no investigar a tiempo la posible herencia luética.

Véanse los casos muy demostrativos de este aspecto de la cuestión.

CASO VII.--H. V, negra, Cuba, 23 años.

Primer parto a término, insuficiencia céfalo-pelvina. A poco de esperar se notan signos de sufrimiento fetal en vista de lo cual se practica una sinfixiotomía y se termina en el parto. Feto vivo pero que muere horas más tarde con fenómenos de hemorragia intracraneal comprobadas en la autopsia. No se hacen otras investigaciones.

Al quedar de nuevo embarazada esta mujer viene a la consulta. Se le practica un Wasserman que resulta positivo. Tratamiento completo durante el embarazo. Parto a término, fisiológico, feto vivo de apariencia normal. Relación de pesos feto-placentario normal.

CASO VIII—C. R. blanca, Cuba, 19 años.

La vemos a la mitad de un primer embarazo, con dolores de cabeza, albuminuria, ligeros edemas, no hay hipertensión. No se sospecha especificidad. El régimen lácteo la mejora poco, persisten los dolores de cabeza y la albuminuria.

Ya en las proximidades del término, aumento brusco del líquido amniótico (hidramnios agudo) que se instala en una-noche, y al otro día comienza el parto. Punción de las membranas y se recogen 4 litros de liquido amniótico. El parto se desenvuelve bien. Foco fetal que se ausculta a menudo, siempre normal. Momento antes de la expulsión del feto, dejan de percibirse los latidos. Expulsión fácil. Feto muerto, en estado de integridad, autopsia, hemorragia intracraneal.

Wasserman en la madre positivo. Se instituye tratamiento y

desaparecen las cefalagias y la albuminuria.

Actualmente está de nuevo embarazada y continúa en el tratamiento.

En un **trabaja** muy reciente y muy interesante, presentado por Voron y Pigeaud al VI Congreso de la **Asoriacion** de Parteros y **Ginecólogos** de **Lengua Francesa** (Bruxelles, 1929), y publicando en el libro de dicho **Congreso, pagina** 652, llaman la atención dichos autores sobre lo que ellos llaman la hemorragia intracraneal de etiología médica. Para ellos las hemorragias meníngeas, de etiología exclusivamente obstétrica, partos laboriosos, aplicadones enérgicas del fórceps, son los menos frecuentes y no pasan del *25* por ciento de los casos observados. La gran mayoría de las hemorragias meníngeas reconocen como etiología una infección aguda del feto, en primera línea la avariosis.

Y agregaron Voron y Pigeaud: El traumatismo obstétrico, no juega en la patogenia de estas lesiones mortales sino un papel accesorio de factor ocasional, limitándose a despertar la tara here litaría, hasta entonces latente y siempre capaz, de crear por ella sola esas hemorragias intracraneales.

El hecho es, que en 40 fetos expul sados entre el tercero y sexto mes del embarazo, fetos pequeños; la mayoría expulsados en block dentro del saco membranoso y por tanto traumatismo, ellos han encontrados un 12 por ciento de lesiones hemorrágicas intracraneales acompañadas de lesiones evidentes de meningo encefalitis sifilítica.

Después de un estudio amplio de la cuestión concluyen que mas del 75 por ciento de los casos, las hemorragias intracraneales de los recién nacidos son debidas a una enfermedad hereditaria, de las que las más frecuente es la **heredo** sífilis.

Y nada de esto debe extrañar, el campo de acción de la lúes se extiende cada día, las dudas que quedaban por resolver en el concepto de su transmisión hereditaria se van disipando a la luz de las

modernas investigaciones de Manouelian que ya habla no solo del ultravirus sifilítico, capaz como el tuberculoso de atravesar los filtros más perfectos, sino también de la posibilidad de que ciertos **corpúsculos** encontrados encordónos umbilicales de fetos sifilíticos, representan formas distintas de la espiroqueta.

No podemos dejar de referirnos a las albuminurías y cefalalgias de origen sililítico que pueden durante el embarazo confundirse con fenómenos de eclampsismo. El caso VIH es bien demostrativo en ese sentido. La albuminuria y lacefalagia, no desaparecieron, hasta después de instituido el tratamiento específico.

Sobre las albuminurias sifilíticas del embarazo, ha llamado la atención Devraipre, y su discípulo Polaco, les ha consagrado una tesis.

¿Qué relación habrá entre esas albuminurias y la coexistencia que **ve Tristán** González, de Buenos Aires, entre muchas eclampsias y la sífilis?

Y no terminaremos esta primera parte.-sin referirnos siquiera sea brevemente, a la evolución que durante el puerperio siguen muchas lúeticas, en las cuales *es* frecuente observar fenómenos de endometritis (fiebre, sub-involución y (dolor uterino, fetidez loquial) probablemente de origen exclusivamente endógeno y cuya aparicion está favorecida de una parte por la disminución de las defensas y de otra por la retención de porciones considerables de la **espesa** caduca inter-útero-placentaria que existe en estos casos.

El tratamiento **arsénical** délos proceros sépticos puerperales es particularmente beneficioso en los casos en que coinciden ambas infecciones.

TRATAMIENTO DE LAS SIFILES

Hemos empleado siempre el tratamiento preconizado por Marcel Pinard, y es el que se emplea hoy en las Maternidades Francesas.

El ideal del tratamiento es indiscutible el de los procreadores antes de la fecundación pero en la práctica es difícil someter al marido al régimen necesario de modo que en la gran mayoría de nuestros casos hemos tratado exclusivamente la mujer; unas veces desde la fecundación y otras veces desde los primeros meses del embarazo.

Marcel Pinard recomienda la medicación arsenical (tipo 014) en 4 series con 21 días de reposo que se puede esquematizar así:

Primera semana	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.	7a.	8a.
0.15 gr.	0.30	0.45	0-60	0.75	O.90	0.90	0.90
21 días de descanso							
0.30 gr.	0.45	0.60	0.75	**0.90**	0.90	0.90	0.90
21 días de descanso							
0.45 gr.	0.60	0.75	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90
21 días de descanso y si hay lugar se hace lacuarta serie:							
0.60 gr.	0.75	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90

Este tratamiento dispuesto así en forma de cuadro ocupa un lugar preferente en la Consultaría Externa del Servicio del Profesor Hernández y ya los asistentes a esta consulta lo emplean de un modo rutinario.

Es bueno señalar que a pesar de haber encontrado mujeres gestantes clínica y serologicamente con sífilis en período de franca actividad este tratamiento arsénical (sin previo otro tratamiento) jamás ha sido seguido de manifestaciones de intolerancia, a no ser algunos vómitos que por los demás se observan en cualquier período de la sífilis en que se instituya el tratamiento de esta naturaleza. En cambio 16 mujeres que habían tenido accidentes obstétricos reputables a sífilis en sus embarazos anteriores y que observaron durante una nueva gestación este tratamiento de una manera regular, obtuvieron gracias a él hijos que por lo menos en apariencia **estaban** perfectamente sanos y todos esto niños que hemos vuelto a ver a los cuatro o cinco meses han seguido desarrollándose dentro de perfectas condiciones de salud, algunos (caso I) hasta de tres y cuatro años. Los casos que tenían alguna particularidad han sido descritos a lo largo de este trabajo, no describimos las observaciones clínicas de los demás porque Riendo similares a los mencionados constituirían una repetición innecesaria.

Al terminar queremos consignar **nuestro** agradecimiento a todos los que con nosotros colaboran al lado del profesor Hernández. Este trabajo no es solo nuestro, es de todos los que allí trabajan y ha requerido una verdadera dedicación, tanto en la busca y diagnóstico de los casos como en su tratamiento consiguiente, lo que constituye una verdadera obra **médica** y social, de la cual nuestra mejor retribución la constituyen esos 16 que hubieran nacido niños muertos o francamente tarados.

Y esto es solo el esbozo de cuanto pudiera hacerse, si se unificase la acción de los tres elementos que deben entrar en la lucha anti- luética: los dispensarios anti-venéreos, las **maternidades** y las consultas de niños; todo bajo la alta dirección de algún organismo que bien podría llamarse "Liga de defensa Social contra las enfermedades hereditarias" y cuyos resultados en la profilaxis de la sífilis congénita, no se harían esperar. No pecamos de vista los resultados que acaba de publicar Couvelaire.

Sobre 10.000 nacimientos murieron en el claustro materno por sífilis 11 fetos en 1921; esa cifra en 1927 ha descendido a 35. Por sí solos los números de esas estadísticas obtenidas en la Clínica Baurlelocque son más elocuentes que ninguna otra cosa.

(Revista de Medicina y Cirugía de la Habana)

Lista de los específicos y medicinas patentadas, elaboradas por la Junta Directiva de la Facultad de Medicina, Cirujía y Farmacia de la República

...-oo-

En cumplimiento del Decreto N'1 16.3, emitido por el Congreso Nacional, el *2ti* de marzo de 1930, que pueden venderse en los establecimientos que no son farmacias ni puestos de venia de medicinas; y disposiciones reglamentarias pura la vigilarle i y control en el expendio de dichas medicinas.

Aceite de Ricino puro
Aceite de Bacalao
Agua de Vichy
Agua Oxigenada
Antiflogistina
Agua de Carabaña
Agua de Rubinat
Agua de Gioconda
Agua de Pluto
Agua Hunyadi Janos
Amerol
Anticalculina Ebrey
Aceite de San Jacobo
Bioforina
Cápsulas de Sulfato de Quinina Pelletier
Cápsulas de Valerianato de Quinina Pelletier
Cápsulas de Clorhidrato de Quinina Pelletier
Cholagogo indiano
Cápsulas de Sándalo de Midi
Cápsulas Arrheol
Dioxogeno
Emulion de Scott
Euquinina (pastillas)
Hepatona Mulford
Inotiol (pomada)
Jarabe de Blancard
Jarabe de Hemoglobina
Jarabe de Duzart
Jarabe Yodo Tánico
Jarabe de Rábano Yodado
Kola Granulada
Leche de Magnesia
Linimento de Sloan
Laxol
Listerina
--Mitigal
Mul-en-ol
Mentolatum
Mentol Davis
Musculosina Byla
Mujol
Ozomulsión
Pastillas de Aspirina con Cafeína
Pastillas de Fenacetina con Aspirina
Preparaciones de Wampole
Pildoras de Yatrén 105
Pildoras Nacionales
Pildoras Americanas de Quinina
Píldoras de Blancard
Pildoras de Wittt
Pastillas de Clorazene
Palatol simple
Pastillas Lactona R. B. (Parke Davis)
Pastillas Lacteol
Pomada de Storaxol
Pastillas Palangié
Pomada Yodex
Pomada de Yodex con Salicilato de Metilo
Sai de Frutas
Soma tosa
Sal Hepática
Salyitae
Salicilato de Soda Clin
Ungüento Balsámico de Ross
Urudonal
Uraseptina Rogier
Ungüento de Guardia
Ungüento de Hamamelis de Bristol
Ungüento de Doan

Ungüento de Pazo
Ungüento de Mentó]
Vino de Hemoglobina'
Vino de Quina
Vino de Girard
Vino de San Rafael
Vino de San Sebastián
Visks Vapo Rub
Vitmol

Vigilancia Y MEDIDAS DE CONTROL

Para la vigilancia y control sobre el expendio de las medicinas que contiene la lista anterior, cada uno de los comerciantes siempre que vayan a hacer algún pedido de medicinas, solicitarán permiso al Decanato de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, acompañando con este objeto y por triplicado, la-lista de las medicinas que van importar. De estas listas se reservará una el Decanato y las otras dos autorizadas con la firma del Decano se devolverán al interesado para que, anexadas a los documentos comerciales, compruebe ante el" Cónsul respectivo y ante las autoridades de Aduana de la República el permiso que tiene para importar dichas medicinas.

Los comerciantes autorizados por el Decreto K" 163 para vender al menudeo, es decir, en los lugares donde no haya farmacias o solamente exista una, llevarán un Libro de Venta de Medicinas autorizadas, consignando en el registro, la fecha de la venta, y el nombre de la persona a quien se le vendió. Y en los lugares donde solamente esté autorizada la venta al por mayor, es decir, donde haya dos o más farmacias establecidas, se exigirá que el comerciante, además del Libro de Venta, remita al Decanato de la Facultad de Medicina, cada tres meses, o antes, en el caso de que tenga que pedir autorización para hacer un nuevo pedido, una copia de las facturas despachadas, con la firma de la persona compradora. Los Alcaldes Municipales y de Policía y los Delegados do la Facultad de Medicina, quedan encargados de la vigilancia en el cumplimiento de esta disposición. Para los efectos de las disposiciones anteriores se entenderá la venta al por mayor, por miles en pastillas y pildoras, y por docenas en cajas y frascos.

Que se diriga una excitativa a los señores Ministros de Relaciones Exteriores y de Hacienda y ('rédito Público, por medio del Ministro de Gobernación, Justicia y Sanidad, para que ordeno a los Cónsules de Honduras en los países exportadores de medicamentos, que no autoricen las facturas de medicinas a los comerciantes, sin que estos hayan llenado los requisitos de autorización de dichos pedidos con la firma de Decano de la Facultad de Medicina; y los administradores de Aduana y de Rentas de la República, que no permitan el registro de dichas medicinas y la importación de ellas, sin que el interesado presente el permiso respectivo de conformidad con el párrafo primero.

En caso de falta las medicinas quedaran sujetas a lo que dispone el Art. 25 de la Ley de Facultad, es decir, serán decomisadas Ü favor de los Hospitales de la República.

Tegucigalpa, 10 de mayo de 1930.

Romualdo B. Zepeda
Decano de la Facultad.

S. ParedesP.,
Vice Deoano.

Héctor Valenzuela,
Vocal.

Carlos Pinel h.
Secretario.

Terapéutica. El trat*a*miento de las úlceras varicosas por la acetilcolina

Desde hace 40 años el tratamiento local de las úlceras varicosas es el mismo. El tratamiento es prolongado y únicamente se ob tienen cicatrizaciones inseguras y residuos frecuentes. La estadística del autor es de 199 casos de ulceras varicosas hospitalizadas en su servicio, *62* dejaron la clínica después de un tratamiento prolongado, sin curación; lo que da el 31 2% de fracasos. **Ultima**mente se han propuesto dos mé todos; el tratamiento insulinico y la simpatectomía periarterial de Lerich

El tratamiento insulinico. **Para** Ambarrt y Pautrier la insulina modifica profundamente la nutrición íntima de los elementos celulares favoreciendo la combustión y una mejor utilización de los azúcares; es decir la insulina actúa sobre el metabolismo de los hidratos de carbono. El tratamiento consiste en inyecciones hipodérmicas y de curaciones locales con insulina liquida y la insulina en polvo. Nothan y Munek creen que los éxitos obtenidos se debieron a la acidez ríe la solución de insulina. La insulina disuelta en suero fisiológico no da ningun resultado. Bar-thelemv de Nancy recomienda el ***agua azucarada* y el autor** dice haber obtenido en un caso de úlcera rebelde a todos los tratamientos una cicatrización rápida con aplicación de azúcar en polvo.

*LA SIMPATECTOMIA PERIARTERIAL.*Es el último procedimiento empleado en las ulceras varicosas. Produce una vaso dilatación general al nivel de loscuatro miemliros, más notorio *en* el miembro operado favoreciendo la cicatrización de las ulcerás atinas y varicosa?. En las ulceraciones de los miembros tal operación produce cicatrización lápida en la mitad **de** los casos. Lerich dice que el resultado favorable, ge observa en el 4%, sin recidivas, antes de cumplirse el año. La simpatectomía no es inofensiva: la perforación de la **arteria** la ruptura de la zona desnudada, la tromboarteritis secundaria. En virtud de este principio cíe la vasodilataciún temporal producida por la *Actilcolina* introducida recientemente en terapéutica por M. Veltareh y **L. Justin** Besanzon el autor la ha ensayado en 18 operaciones, con resultado maravillosos. Leyendo sus observaciones unos han curado en el espacio de 4, 9, 15. 33, 28,17, 34, y, 39 días como máximo de tiempo. La cicatrización se inicia a la 69 inyección y prosigue directamente durante dos semanas *y 1/2* para detenerse nuevamente durante algunos días. Se inyecta diariamente de 0'50 *n* 0`10 **centigramos** sin obtener fenón: enos de intolerancia. Este tratamiento representa un gran progreso en la terapéutica de dicha afección.

La proporción de los fracasos **ha bajado de 81,2054 a** *$%.* Localmente se hacen aplicaciones alternadas de vino aromático, agua *de* alibour, pomadas con nitrato de plata y pomada al dermatol. La acetilcolina asociada al tratamiento loc.nl, le ha dado al autor, en el tratamiento de las **úlceras** varicosas resultados mejores que con todos los demás practicados hasta fa fecha. Tiene la ventaja de la simplicidad y se puede aplicar en el **domicilio** del enfermo.

No tiene contraindicaciónes. S.

MOLINA O.

NOTAS

En la última sesión celebrada por la Asociación Médica Hondureña presentaron sus informes las comisiones encardadas de elaborar el nuevo Plan de Estudios de Medicina y las reformas al servicio del Hospital San Felipe. Debido a la falta de tiempo, solo el primero de estos dos informes pudo ponerse a discusión. Se resolvió que el plan presentado por los doctores Alduvín, Valenzuela y Zepeda, pasara a una comisión de tres socios para que estos lo estudien y. le hagan las enmiendas que crean del caso, presentándose el Plan de nuevo en la próxima sesión para ser discutido en segundo debate. La nueva comisión revisadora esta compuesta de los .socios siguientes: Dr. J. R. Durón, Dr. Tito López Pineda y Dr. Manuel Castillo Barahona.

___

Con motivo de la enfermedad de su señora madre partió para Trinidad, departamento de Santa Bárbara el Director de esta Revista, Dr. Salvador Paredes. La Revista ha quedado bajo la dirección interina del Dr. Manuel Larios-Córdova.

En viaje corto a los Estados Unidos partió en aeroplano para Miami, florida, el Dr. José. R. Duron, actual Director General de Sanidad.

Ha regresado de Europa y de Estados Unidos el Dr. Antonio Vidal M-, ex-Djrector de esta Revista. El Dr. Vidal fu? a hacer estudios especiales de Malariología y estuvo presente representando a su país en el último Congreso Médico de Malariología, recientemente celebrado en Argelia, Túnez, En ese congreso **se inauguró** un Monumento en Constantino a la memoria de Laverán, o] descubridor del Hematozoario por ser este año 50 aniversario de tan glorioso descubrimiento.

Una comisión integrada por varias apreciabas señoras de la capital ha recaudado fondos para obsequiar el regalo de Navidad a **loa** enfermos del .Hospital San Felipe el día 25 del corriente. Ese mismo día se inaugurará uno de las nuevos pabellones que se han construido y que .se destinará a clínica de las vias urinarias. La celebración será solemne. Monseñor Hombach, Arzobispo de Tegucigalpa, oficiará la misa y **dará** la bendición al nuevo pabellón. Después se obsequiará a los enfermos con un almuerzo.

En la última sesión celebrarla por la Asociación Médica Hondureña el 6 del rorrienle ingresaron como socios activos los doctores Rafael Martínez, de La Lima; y José Jorge Callejas, de esta capital.