

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director:

Dr. Ricardo D. Alduvín

Redactores:

Dr. Manuel Larios Córdova.

Dr. José J. Callejas

Dr. Julio Azpuru España.

Secretario de Redacción:

Dr. Carlos Pinel h.

Administrador:

Dr. Miguel Sánchez

Año II Tegucigalpa, Honduras, C. A-, Diciembre de 1931] Núm. 20

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Ya en prensa nuestro número anterior terminaron los exámenes de la Facultad de Medicina correspondientes al año lectivo próximo pasado, si no con un resultado excepcionalmente brillante, por lo menos con un procedimiento a todas luces honorable y de una urgencia inaplazable.

Una rigurosa imparcialidad que muchos consideran severidad extrema, presidió las pruebas finales, dando por resultado que el número de aplazados superara en mucho al de todos los años anteriores. Se hizo a un lado el criterio mediocre de que el éxito de una escuela se mide por el número de alumnos aprobados y no se trató de aprobar a muchos sino de aprobar exclusivamente a los que lo merecían.

La práctica inmoral de que profesores y examinadores vayan a los exámenes a prodigar sobresalientes entre favoritos o entre todos los alumnos en busca de simpatías o de reputación, es cada día más vituperable y el Decano de nuestra Facultad, en informe que publicamos, la critica con frases rudas y bien merecidas.

Se necesita ser de una inconsciencia infinita o de una inmoralidad a toda prueba para pasar a cursos superiores o lanzar con un título a la práctica médica a individuos completamente impreparados que son y serán una amenaza para la sociedad, especialmente para la gente humilde que no se puede dar el lujo de seleccionar en ningún momento y mucho menos en los de angustia, en los que echa mano del primer facultativo que está al alcance de su situación económica.

Felizmente consideramos iniciado un período de positiva renovación. Se ha dado el primer paso y quizás no haya sido el más fuerte. Los principios generalmente son tímidos y quizás el año entrante las pruebas serán más duras, infinitamente más duras que las recién pasadas.

Por supuesto que en estricta justicia, así como se exige al estudiante el máximo de capacidad, debe exigirse al profesor, porque el alumno no tiene medios para improvisar conocimientos, ni de adquirirlos cuando falta el profesor, porque carecemos de laboratorios, de gabinetes, de anfiteatros, etc. De allí que los alumnos estén en el derecho y en el deber de exigir en proporción de lo que se les exige. Profesores que no asisten a las cátedras o que si asisten es exclusivamente por amor al sueldo que devengan, deben ser eliminados de nuestra Facultad. Dada la penuria de ésta, sólo un verdadero apostolado cumplido con amor y con abnegación rayana en heroísmo puede dar resultados fecundos para la ciencia nacional.

Así pues, los señores estudiantes deben con toda entereza exigir del profesorado y de la Facultad que, en los límites de la miseria en que vivimos, se cumpla con ellos en la proporción de lo que se les exige.

Vivimos felizmente en una época de libertad absoluta en la que una queja contra un profesor no ha de acarrear ninguna responsabilidad y no ha de ser la debilidad moral de los estudiantes la que permita la existencia de profesores que de tales sólo tengan el nombre.

Apelamos, pues, a la honorabilidad del Decanato de la Facultad de Medicina y a la entereza y seriedad de los señores estudiantes para que de haber profesores que no cumplan caballerosamente con sus deberes, sean eliminados implacablemente.

Las nuevas adquisiciones serológicas en el diagnóstico de la Sífilis

Desde hace 25 años que fue creada la **reacción** de Wassermann, como una consecuencia de las famosas experiencias de Bordet-Gengou, el método ha sufrido la crítica y numerosas vicisitudes y sin embargo hoy día aún es considerado como uno de los métodos de más valor en el serodiagnóstico de la sífilis, por lo cual debe existir en él, un gran fondo de verdad. Las reacciones de precipitación o floculación, son de más reciente introducción pues no cuentan más que con unos 6 años de vida y *no* obstante son ya las preferidas por las razones que apuntaremos más adelante.

Todos estos **métodos** pueden reducirse a dos grandes grupos:

I.—Reacciones de Hemolisis.

II.—Reacciones de floculación,

El primer grupo comprende la Reacción clásica de Wassermann y sus numerosas modificaciones entre las cuales mencionaré las siguientes:

10 R. „ Noguchi.

1 R. de Jacobsthal.

2 R. „ Calmette y Ma-ssol

3 R. „ Mathis y Lebougie

4 R. „ Gastinel.

5 R. „ Hecht.

6 R. „ Levaditi-Latapie.

7 R. „ Rubinstein.

8 B. „ Rónchese.

9 R. „ Rodillon.

11 R. „ Kolmer.

El segundo grupo comprende las reacciones, llamadas de floculación ó precipitación entre las cuales señalaré las siguientes:

1 Reacción de Porges.

2 „ „ Klausner.

3 „ „ Hermán - Perutz.

4 „ „ Mac - Donagh (Gel-reaction).

5 „ „ Bruck.

6 „ „ Meinicke „ (de opacidad y aclaramiento).

7 Reacción de Sachas y Georgi (rápida y lenta).

8 Reacción de Kodama.

9 „ „ Murata.

10 „ „ Vemes.

11 „ „ Georges Dreyer y Hygn Kingsley Ward o Sigma reacción.

12 Reacción de Dujarric de Riviere y Gallerand.

13 Reacción de Fernet' y Schercochewaky.

14 Reacción de Kahn (Standard y Presuntiva).

15 Reacción de Benjuí coloidal o R. de GuiHain.

16 Reacción de Meiestagmina.

17 „ „ Mull&r.

18 „ „ Oro coloidal o R. de Lange.

19 Reacción de Percloruro de hierro.

20 Reacción de Cloroformo.

21 „ „ Gates y Papacostas (Formol gelificación).

Entre estas últimas reacciones hay algunas cuya técnica es bastante complicada y requiere (empleo de fotómetros y aparatos especiales, cuyo costo es relativamente grande, tales como la reacción de Vernes y la Sigma reaction. Otras por el contrario son muy simples, tales como la reacción de Gates y Papacostas, la del Percloruro de hierro y la del Cloroforme). Excusado está decir que estas últimas han obtenido naturalmente buenos resultados únicamente en manos de sus creadores.

Habiéndose complicado el número de métodos y sus resultados, el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, con el objeto de establecer la verdad respecto al método más práctico y a la reacción más sensible, específica y de más claros resultados, ha organizado de 1923 a la fecha, tres grandes concursos serológicos. Los dos primeros se han realizado en Copenhague en el Instituto Serológico de aquella ciudad, los años de 1923 y 1928. El tercer concurso se realizó en el Instituto Profiláctico de Montevideo durante el mes de septiembre del año pasado. Los resultados de este último concurso que son tan claros y convincentes pueden estudiarse en la gráfica y tablas que acompañan a la presente trabajito.

Lo interesante de estos concursos ha sido el hecho haberles dado la característica de verdaderos certámenes entre los ser-

logos más prominentes, tales como Kahn, Meinicke, Muller, etc. a los cuales se les dio cierto número de sueros sifilíticos y no sifilíticos, cuyas historias clínicas y resultados serológicos anteriores ellos ignoraban. Los resultados de los exámenes fueron entregados bajo plicas selladas al Secretario General, el único que poseía las historias clínicas y demás datos.

No voy a referirme al concurso de 1923, por haberse realizado en la época cuando aún no habían aparecido los métodos de floculación. En cuanto al concurso de 1928 dio por resultado el establecimiento de las conclusiones siguientes:

1°—Que los métodos serológicos de floculación son de tanto valor en el diagnóstico de la sífilis como los métodos de hemolysis.

2° Que la reacción de Muller es la más sensible de todas las reacciones.

3° Que para mayor seguridad en el diagnóstico deben practicarse siempre en el mismo suero la reacción de Wassermann y cualquiera otra de las reacciones de floculación.

El último concurso realizado en Montevideo y al cual concurrieron Kahn y Muller, llegó a las conclusiones siguientes:

K Que las reacciones de floculación son superiores a las de hemolysis.

2° Que la reacción de Kahn presuntiva es la más sensible de todas.

3° Que la reacción de Kahn Standard es más sensible que la mejor modificación de Wassermann y tan específica como ellas,

4° Que para mayor seguridad deben mandarse practicar dos o más reacciones de floculación con el mismo suero.

5° Que tomando en cuenta que aún las reacciones más sensibles y específicas dan falsas reacciones positivas, puede concluirse que estas reacciones no son aún lo suficientemente perfectas para darnos la clave infalible de un diagnóstico matemático de la sífilis.

En cuanto a la representación gráfica de la lectura del resultado de las reacciones, se convino tanto en Copenhague como en Montevideo, en establecer como un standard internacional los signos siguientes:

+ Reacción positiva fuerte.

+ Reacción positiva.

+ Reacción ni positiva ni negativa.

a. c. Reacción anticomplementaria.

Reacción negativa. Las cualidades que deben reunir toda buena reacción son las siguientes:

1° Practicabilidad.

2° Sensibilidad.

3° Especificidad.

4° Claros resultados.

La reacción de Kahn es una reacción fácil de practicarse, es tan sensible o más que la reacción de Muller porque nos revela el mayor número de casos sífilíticos, es tan específica como la mejor de las modificaciones de Wassermann, porque nos da el menor número de falsas reacciones posi-

tivas y finalmente es la de más claros resultados, porque nos da el menor número posible de reacciones dudosas, por consiguiente la reacción de Kahn Standard hasta el presente es la reina de todas las reacciones y la que debe practicarse siempre que sea posible.

Respecto a las falsas reacciones positivas, este es un campo fecundo de la discusión. Me limitaré simplemente a mencionar que falsas reacciones positivas han sido señaladas en las enfermedades y estados siguientes:

1 Pian.

2 Fiebre recurrente.

8 Tripanosomiasis.

4 Tuberculosis.

5 Lepra.

6 Fiebres infecciosas, especialmente escarlatina.

7 Peumonía.

8 Septicemia.

9 Endocarditis aguda de origen bacteriano.

10 Artritis.

11 Caqueia hepática.

12 Anemia perniciosa.

13 Paludismo.

14 Preñez.

15 Enfermedad de Weil.

16 Diabetes.

17 Micosis

18 Anestesia General.

En el Embarazo han sido señaladas estas reacciones en los últimos meses y los días siguientes al parto. En la tuberculosis, durante los períodos febriles, lo mismo en el paludismo. En el último concurso de Montevideo de 27 sueros de leprosos examinados que no eran sífilíticos, resultaron positivos 13 por falsas reacciones.

Para terminar y a guisa de conclusión permítaseme insertar las 10 verdades serológicas respecto al serodiagnóstico de la sífilis cuyo autor es el reputado profesor Kolmer.

1° El método serológico conocido con el nombre de "Reacción de Wassermann" después de 25 años de crítica y de vicisitudes, aún permanece como uno de los métodos de más valor en el diagnóstico de la sífilis, motivo por el cual debe haber en él un gran fondo de verdad.

2° No obstante parecer una paradoja el hecho que las reacciones de Wassermann, Kahn, etc., no son específicas, es decir que dan reacciones positivas con sueros no sífilíticos, son prácticamente de un gran valor práctico específico en el diagnóstico de la sífilis, siempre que usen condiciones técnicas aprobadas.

3° Errores de técnica o manos poco experimentadas son las responsables de la mayor parte de las reacciones positivas no específicas.

4° La mayor parte de estos errores pueden ser reducidos al mínimum mandando practicar dos reacciones distintas en el mismo suero.

5° En casos oscuros de sífilis, más de dos métodos, Wassermann, Kahn o Meinicke deben ser empleados al mismo tiempo.

6° Hay que tener en cuenta siempre que todas estas reacciones no son lo suficientemente sensitivas para darnos la clave infalible de un diagnóstico matemático de la sífilis.

7° Sin embargo el porcentaje de falsas reacciones negativas ha sido considerablemente con la introducción de nuevos métodos combinando el máximo de sensibilidad con el de especificidad.

8° Repetidas reacciones positivas practicadas después de períodos que siguen a los tratamientos son el índice de infección continuada aún ocurriendo en individuos aparentemente normales.

9° Reacciones positivas son frecuentemente el primer signo de recaídas sífilíticas siguiendo a un tratamiento insuficiente o a ningún tratamiento.

10 El examen del líquido céfalo-raquídeo debe ser considerado como parte integrante y completa del diagnóstico y tratamiento de la mayoría de los casos de sífilis.

BIBLIOGRAFÍA

Publications de la Societe des Notiens:

1.--Rapports de la conference technique de Laboratoire tenu a Copenhague 19 novembre 23 diciembre 1923.

2.— Rapport de la deuxieme conference de Laboratoire sur le serodiagnostic de la syphilis, tenu a Copenhague, de 21 mai au 4 Juiti 1928.

3. - Rapport de la conference de Laboratoire sur le serodiagnostic de la syphilis tenu a Montevideo Uruguay 15-25 septiembere 1930.

4.—R. Demanche Reaction de flocculation pour le serodiagnostic de la syphilis; La Presse Medicale-Samedi 8 fevrier 1930, pag. 205.

5.—Kahn R. L. The league of nations conference on Laboratory tests for syphilis. The Journal of the American Medical Association V. 93, N° 5, pag. 351.

6.—Kolmer J. A. Serum diagnostic of syphilis. The Journal of American Medical Association V. 93, N° 19, pag. 1.429.

Tegucigalpa, 5 de diciembre de 1931.

ANTONIO VIDAL. -

Conferencia Serológica Montevideo Uruguay 15-26 Septiembre 1930
 Tabla No. 1 Suero Sanguíneo
 Casos no sífilíticos (304)

Método	Efectuado por:	Número de muestras examinadas	Número de Reacciones							y + p. 100
			a. c.	=	+	+	+	+	+	
B.-W. R.	de Assis	304	0	8	8	5	13	4,3		
"	Moreau	247	0	14	20	22	42	13,9		
"	Puppo	278	1	6	17	0	17	5,6		
"	Scaltritti-Cassimiga	304	0	4	0	0	0	0		
"	Sordelli-Miravent	304	1	2	0	0	0	0		
"	Torrazza-Lorenzo	288	1	7	6	2	8	2,6		
"	Wylor	304	0	24	0	0	0	0		
"	Kahn	302	2	2	0	0	0	0		
Kahn «standard» R.	Kahn	292	-	9	1	2	3	1,0		
"	Dussert-Jolland	233	-	9	6	0	6	2,4		
M. K. R.	Muller	279	-	23	2	0	2	0,7		
M. B. R. II	Muller	304	-	1	3	0	3	0,7		
S. H. R.	Prunell	133	-	1	3	0	6	4,5		

B. W. R. —Reacción Bordet-Wassermann.
 M. K. R. —Reacción de clarificación de Meinicke.
 M. B. R. LL. —Reacción de conglomeración de Muller.
 S. H. R. —Reacción «serohemofloculación» de Prunell.

Conferencia Serológica Montevideo Uruguay 15-26 Septiembre 1930
 Tabla No. 2 Suero Sanguíneo
 Casos Sifilíticos (623)

Método	Efectuado por:	Número de muestras examinadas	Número de Reacciones						+ y + p. 100
			-	a. c.	+	+	+	+	
B. W. R.	de Assis	623	236	1	44	57	285	342	54,7
"	Moreau	621	199	7	13	36	367	402	64,7
"	Puppo	623	324	0	16	71	212	283	45,4
"	Scaltritti-Cassinigna	623	272	4	36	55	258	311	49,9
"	Sordelli-Miravent	621	229	6	39	74	273	347	55,9
"	Torrazza-Lorenzo	623	233	1	43	50	296	346	55,5
"	Wylor	623	200	4	80	30	309	369	54,4
Kahn «Standard» R.	Kahn	623	184	-	41	55	343	398	63,9
Kahn «presuntiva» R.	Kahn	623	139	-	13	15	456	471	75,6
M. E. R.	Dussert-Jolland	526	169	-	30	75	255	337	62,2
M. E. R. II	Muller	623	135	-	56	39	333	432	69,3
S. H. R.	Prunell	254	114	-	3	16	117	133	52,4

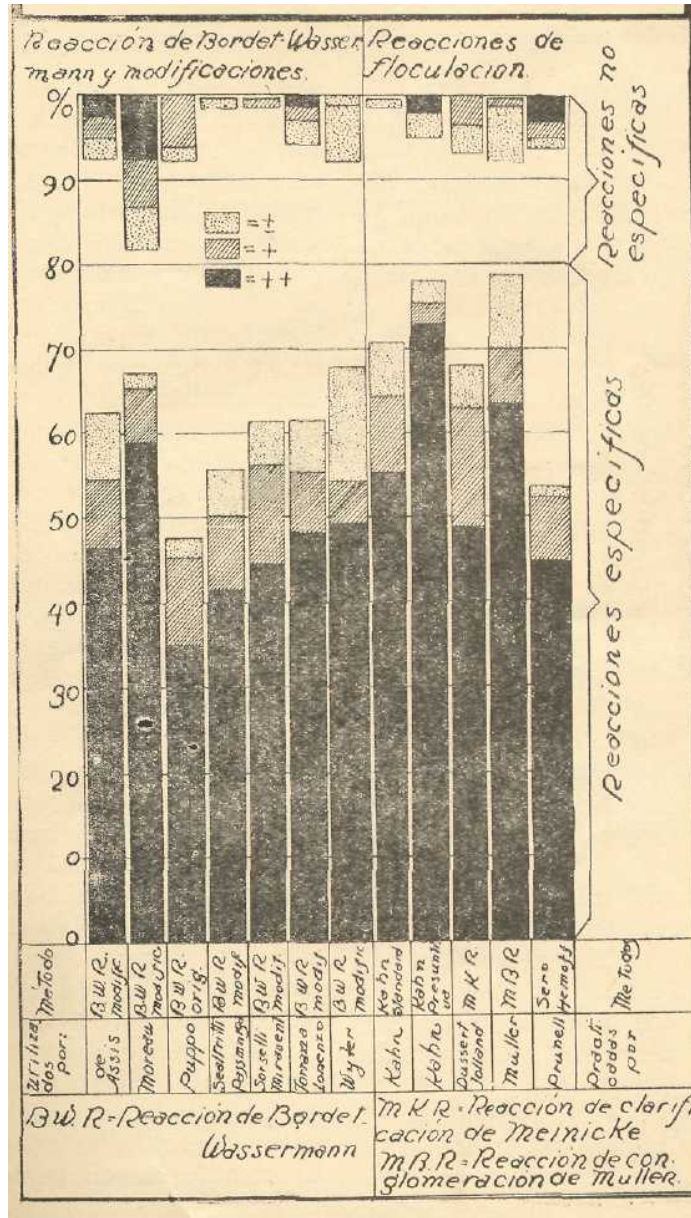
B. W. R. ---Reacción Bordet-Wassermann.

M. E. R. ---Reacción de clarificación de Meinicke.

M. E. R. II ---Reacción de conglomeración de Muller.

S. H. R. ---Reacción «serohemofloculación» de Prunell.

CONFERENCIA SEROLOGICA
MONTEVIDEO URUGUAY 15-26 SEPTIEMBRE 1930
 SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LCS DIVERSOS MÉTODOS EN LAS
 REACCIONES SEROLOGICAS PARA INVESTIGAR LA SÍFILIS.



Instituto Modelo de Clínica Médica

Sobre el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal por la insulina (1)

Por el Doctor Juan Raúl Goyena

Profesor titular de Clínica Médica.

A medida que la práctica de este tratamiento de la úlcera nos arma de mayor experiencia, más nos convencemos de su gran utilidad. Pero, como en todos los casos en que una terapéutica resulta eficaz, es necesario establecer las reglas a que debe ser sometida su aplicación, sus indicaciones precisas, y no creer que puede ser usado sistemáticamente. Cuando no se tiene en cuenta estos preceptos fundamentales, se desacredita un método terapéutico y se hace nacer la duda respecto a su eficacia. No hace mucho tiempo, uno de nuestros más distinguidos **gastroenterólogos**, el Prof. Bonorino Udaondo, manifestaba en una reunión de la Sociedad de **Gastroenterología** a que desgraciadamente no pude asistir, que «**llama la** atención la generalización que se ha hecho del tratamiento de los ulcerosos con insulina, sin control y con malas indicaciones». Algo semejante puedo decir yo, pues he tenido ocasión de ver enfermos de esta clase que habían sido tratados con insulina sin obtener ninguna mejoría, y que sometidos

al mismo tratamiento, indicado en ellos, pero siguiendo un método preciso, han llegado a Sa completa **curación** de su enfermedad. Y he visto también enfermos que no han obtenido ningún resultado de la cura porque no estaba indicada en ellos. En lo referente al control del tratamiento, puedo afirmar que en los casos estudiados y tratados por mí y por mis colaboradores, la acción terapéutica ha sido rigurosamente controlada, como puede verse leyendo las historias clínicas que acompañan el trabajo que publiqué en el último número de los «Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica», siendo justamente debido a ese riguroso control que estoy en condiciones de establecer, después de cuatro años de experiencia, las indicaciones del método a seguir. Es por eso que puedo afirmar que, en los casos favorables, es posible descartar «las **scalmias** sintomáticas del úlcus» y «las cicatrificaciones espontáneas de los mismos como manifiestan el Prof. Bonorino Udaondo y sus colaboradores. Cuesta creer que todos los casos, en su mayoría de evolución crónica y rebeldes a los tratamientos aplicados anteriormente, han manifestado su tendencia a

(1) Comunicación al IV Congreso Nacional de Medicina (Sección **Clínica Médica**).

la curación espontánea cuando se inició en ellos la terapéutica insulínica, así como que esa reacción, también espontánea, de la *vis medicatrix naturae* se hizo en una forma tan intensa que grandes úlceras pudieron curarse en plazos tan cortos que, en algunas, no pasaron de cuarenta días. En el Museo de anatomía patológica del Instituto Modelo tenemos dos piezas extirpadas quirúrgicamente por razones ajenas a la evolución del ulcus tratado, en que ha podido comprobarse su curación. Cito estos casos como indiscutibles, pero son muchos los que, prolijamente controlados, llegaron a la más completa sanación. No puedo repetir lo que ya he manifestado en la citada publicación respecto a la mejoría de los síntomas subjetivos, funcionales, físicos y radiológicos, mejoría que llegó hasta su total desaparición. Aconsejo su lectura a los que se interesen por este asunto.

Pero, así como ha habido casos en que esa curación no puede dejar lugar a dudas, no es menos cierto que los ha habido en que el tratamiento no ha dado sino una remisión transitoria de los síntomas o, a lo más, una mejoría del estado local y general que ha declinado después de un tiempo más o menos largo. ¿Ha ocurrido esto porque el tratamiento sea ineficaz? ¿O, como es más probable, porque no es aplicable a todos los casos, existiendo indicaciones y contradicciones para la acción del agente?.

Después de cuatro años de aplicar este método terapéutico del que he sido uno de los iniciadores, si no el iniciador, y el primero que lo aplicó entre nosotros por propia determinación, creo estar en condiciones de establecer en qué circunstancias debe recurrirse a él para alcanzar un éxito real.

Para poder llegar a tener un criterio justo respecto a esta terapéutica ha sido necesario **tratar** muchos ulcerosos, en diversos estados evolutivos del mal y con distinta localización. En estas condiciones he observado los resultados obtenidos, inmediatos y alejados. *Vis* una mejor ordenación de mi relato dividiré el material en dos grandes grupos: **ulcera** del estómago y úlcera del duodeno.

ULCERA DEL ESTOMAGO

En todos aquellos casos en que la úlcera se localizaba en el cuerpo del estómago, ya fuera en las caras como en las curvaturas, respetando los orificios, he visto producirse la curación completa. Las más hermosas colecciones de clichés radiográficos que poseo en que ha podido reducirse paso a paso la reducción del nicho hasta su completa desaparición, corresponden a casos de ulcus de la curvatura menor; y a úlceras con esa misma localización pertenecen las piezas anatómicas a que me he referido anteriormente.

Debo, sin embargo, hacer una salvedad. Las viejas úlceras ca-

llosas con grandes nichos perforados y que tienen su pleno tejido de órganos vecinos no responden al tratamiento, lo que es fácil de comprender dada la extensión del proceso y la calidad del tejido que rodea a la pérdida de sustancia.

Igualmente, las úlceras que se localizan en los orificios (cardias o piloro) y en su vecindad, determinando en el segundo caso, un obstáculo a la evacuación, tampoco responden al tratamiento. Las he vista mejorar en algunos casos, pero no he visto ninguna curación. Dada la poca frecuencia de las úlceras yuxtacardiácas (no he tenido más que un caso) es de las úlceras pilóricas y yuxtapilóricas que puedo ocuparme con más conocimiento de causa. Es indudable que la dificultad opuesta a la evacuación del estómago y el estancamiento consiguiente de su contenido, en íntimo contacto con la parte enferma, mantiene una acción irritante e infectante sobre la lesión que dificulta su reparación. Por esta circunstancia estos enfermos deben ser tributarios del tratamiento quirúrgico. Sacan beneficios de la cura de insulina post operatoria.

ULCERA DEL DUODENO

La gran frecuencia de casos de úlceras con localización duodena, diagnóstico facilitado grandemente desde que la radiología entró en la práctica corriente, me ha permitido tratar un gran número por la insulina. Mi experiencia en ese sentido es poco alentadora. He conseguido marcado alivio de la sintomatología; he visto modificarse algo las imágenes radiológicas; he visto transformarse favorablemente el estado general de los enfermos; no he visto ninguna curación definitiva.

Es indudable que los resultados positivos que he señalado ya, significan un éxito, pero si lo hemos de juzgar con un justo criterio, sólo puede ser aconsejable tratar con insulina los sujetos con un mal estado general, aquellos que sufren intensamente, a fin de ponerlos en las mejores condiciones para ser sometidos más tarde a una intervención quirúrgica, cuyo feliz resultado se favorece.

MÉTODO A SEGUIR PARA LE TRATAMIENTO INSULINICO

De acuerdo con el concepto que he expresado en diversas oportunidades respecto a la patogenia

de la úlcera gástrica y duodenal, el tratamiento debe tender a combatir los tres factores fundamentales de la enfermedad: 1^o, erosión; 2^o, infección, y 3^o, estado general predisponente para que la lesión progrese y no cicatrice:

Erosión.—Sometido como está el estómago a los traumatismos efectuados por ciertas sustancias, alimenticias o no, que se ponen en contacto con la mucosa y la lesionan, la erosión es un hecho común. Otras veces, son alteraciones que se producen «in situ» como puede ocurrir con los pequeños infartos a que se ha acusado de ser origen del *ulcus*, que dan lugar a pérdidas de substancia. Como se comprende, es muy difícil evitar que la erosión se produzca, aunque al resultado se podría alcanzar aconsejando hacer una alimentación cuidadosa, tratando de no ingerir cuerpos sólidos que puedan herir la mucosa. En el sujeto normal esas erosiones tienden a la cicatrización como cualquier otra pérdida de substancia que se produzca en el organismo, donde quiera que sea. Si por alteraciones del estado general respecto a las cuales no se tiene aún un concepto preciso, la cicatrización es retardada y si existen focos sépticos, o aun sin ellos, es posible la infección que contribuirá poderosamente a la progresión del proceso.

Infección. — La influencia de la infección del *ulcus* es bien conocida desde los trabajos de Rose-

now en los Estados Unidos y de Duval y su escuela en Francia. Hoy es un hecho universalmente admitido que gran número de los síntomas de la úlcera responden a este factor, así como la mayoría de las complicaciones. Se conoce, por otra parte, los signos clínicos que permiten establecer el diagnóstico de úlcera infectada; la exacerbación de los síntomas, en especial el dolor, la fiebre que se presenta con diversos tipos, según el grado de la infección, la leucocitosis sanguínea, las hematemesis febriles, etc., son elementos de juicio de gran valor.

S'empre he considerado que la vacunoterapia o la proteínoterapia deben preceder a todo tratamiento de fondo, y en general así lo hago hasta conseguir la sedación de los síntomas y la modificación del cuadro térmico y del estado hemático. Utilizo preferentemente los enteroantígenos y estoy muy satisfecho de los resultados obtenidos; ello no impide que se use la terapéutica proteínica que también es efectiva. En algunos casos he iniciado la cura de insulina directamente, con el objeto de informarme de su acción sobre la infección, y el resultado ha sido también alentador, pero se necesita un tiempo mayor que con las vacunas o las proteínas para modificar el cuadro.

Estado general. Es indudable que a las causas locales de las úlceras, representadas por la erosión y la infección, viene a agregarse una modificación del estado

general que dificulta la cicatrización. Es una cuestión que ya he estudiado en mi obra «El equilibrio ácidobase del organismo en sus relaciones con la patogenia y la terapia de la úlcera gastroduodenal» y sobre la que no voy a insistir. Sólo recordaré, en este momento, que hasta ahora mantengo la creencia de que la hipovitaminosis tiene una participación. Los trabajos experimentales en que estoy empeñado desde hace dos años parecerían confirmar esta opinión, aunque no son lo suficientemente demostrativos para dar el asunto como resuelto. A su debido tiempo los he de dar a conocer con las conclusiones a que pueda llegar, sean ellas positivas o negativas.

Lo que sí es posible afirmar es que la insulina obra favorablemente sobre ese desorden del estado general, así como que no se trata de desórdenes de la glucorregulación con ha sostenido el Prof. Escudero en la sesión de **Gastroenterología** que cité al principio. En mi publicación de los «Anales del Instituto Modelo», que el distinguido colega parece no conocer, he demostrado cómo la mayoría de los ulcerosos que

he estudiado en ese sentido, tenían una glucemia baja o normal y reaccionaban como los sujetos normales a la prueba de la glucosa, tal como él mismo la aconseja.

Inicio el tratamiento insulínico, en los casos en que esa terapéutica está indicada, de acuerdo con lo que ya he señalado, inyectando por vía hipodérmica diez unidades dos veces por día, con doce horas de intervalo, haciendo ingerir en el mismo momento 25 ó 30 gramos de azúcar diluidos en jugo de naranjas. Este tratamiento es controlado por exámenes radiológicos repetidos cada 15 ó 20 días, así como por la citología de la sangre y la investigación de sangre en las deposiciones, siendo continuado sin interrupción durante 30 ó 40 días. Si después de ese tiempo se comprueba que la lesión, si bien mejorada no ha curado, lo que es fácilmente comprobable, por la desaparición del nicho y demás manifestaciones, continúo el tratamiento en la misma forma por otro tanto tiempo. En los casos favorables es lo común ver desaparecer todos los síntomas y signos del *ulcus* con este tratamiento. Si los signos

radiológicos persisten, aunque se haya conseguido reponer el estado general y hacer desaparecer los demás síntomas, debe considerarse que sólo se ha alcanzado un éxito relativo en el sentido de preparar al enfermo para ser sometido a la intervención quirúrgica. Esto ocurre, como ya lo he dicho, en los casos en que la úlcera se localiza en los orificios del estómago, especialmente en el píloro, y en el duodeno.

Si bien es cierto que en los casos que he estudiado con el fin de conocer la eficacia del tratamiento insulínico, no he recurrido a ningún otro medio terapéutico y

he permitido un régimen alimenticio apenas mitigado, en la práctica diaria soy más ecléctico y someto a los pacientes a un régimen blando con supresión de alimentos excitantes como son los condimentos, el café, el alcohol, la carne roja, etc. Indico, en cambio, substancias ricas en vitaminas, en especial frutas crudas y crema de leche. Además, soy gran partidario de la vieja cura de subnitrito de bismuto tal como la aconsejó Hayem y como la han vuelto a utilizar, anotando grandes éxitos, Moutier y también Bensaude.

Transmisión de la nefritis sub-aguda del hombre al mono

Investigando en los numerosos casos de nefritis primitivas de etiología dudosa que diariamente se presentan al médico, el autor aísla una entidad nosológica autónoma, virulenta, de tipo infeccioso con el cuadro de una nefritis sub-aguda de aparición brusca y que lleva al enfermo rápidamente hacia la muerte.

Esta enfermedad se caracteriza principalmente por un cuadro clínico, con todos los caracteres de una nefritis, sub-aguda con albuminuria, cilindraría, edemas, disnea, hipertensión arterial, ruido de galope, neuro-retinitis, uremia y anemia, sin hipercolesterinemia; y anatomopatológicamente por una nefritis tubular con lesiones histológicas difusas, sub-agudas, con alteraciones del epitelio de los tubulis, cilindros granulo-

sos y una gran infiltración linfocitaria.

Ante este cuadro el autor plantea la hipótesis de un virus filtrable nefrotóxico como agente etiológico del cuadro morboso y para probar dicha hipótesis prepara una emulsión en suero de fragmento del parenquima renal, recogido asépticamente en la autopsia de un individuo muerto con el mismo síndrome anterior. Después de decantar la emulsión fue inoculada a un mono (*Cercopithecus fuliginosus*) por la vía intraperitoneal. La inoculación fue soportada perfectamente durante los primeros días; a partir del sexto día las orinas comenzaron a presentar vestigios de albúmina y algunos cilindros granulosos, no se presentaron edemas, pero sí grandes temblores musculares, así como astenia, inapetencia, etc.

El mono moribundo, **hipertérmico** fue sacrificado al octavo día de la inoculación y en la autopsia se encontraron las lesiones difusas de una nefritis aguda bilateral. Un segundo mono fue inoculado en el peritoneo con un fragmento del riñón del primer mono, emulsionado en la misma forma que al principio del experimento al cuarto día este segundo mono presentaba los mismos temblores musculares y la albu-

minuria pero sin embargo curó espontáneamente después del duodécimo día.

El autor concluye que por medio de este experimento se puede demostrar la transmisión del hombre al mono de ciertas nefritis **sub-agudas**, así como la aparición en el animal de los mismos síntomas que se presentan en la entidad nosológica descrita.

LUIS F. AJAMIL.

El Juramento Hipocrático

JURO por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolas de jueces, que este mi juramento -será cumplido hasta donde tengo poder y discernimiento. A aquel quien me **enseñó** este arte, le estimaré lo mismo que a mis **padres**; él participará <de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

INSTRUIRE por precepto, **por** discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

LLEVARE adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartaré del prejuicio y el error. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De

la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

NO OPERARE a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de **los** enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres y hombres libres o esclavos.

GUARDARE silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

AHORA, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.

(Traducción del original griego)

Blastomicosis Cutánea y Pulmonar

Por el Dr. F. J. Altschult
Long Branch, N. J.

Desde que apareció el primer informe de Gilchrist en 1894 sobre blastomicosis, numerosos informes han aparecido en la literatura, pero aquellos sobre infección generalizada son menos numerosos y sobre infección pulmonar aun más raros, especialmente los que tratan de la curación de esta afección.

El estudio de la literatura descubre solamente 4 casos de curación después de invasión pulmonar extensa. Los primeros casos de blastomicosis sistémica fueron descritos en Chicago por varios investigadores, especialmente Stober que nos ha dado la mejor descripción de la enfermedad. Desde entonces varios casos han sido descritos de 15 de los estados de la Unión, especialmente de los del Sur y Medio Oeste. El siguiente caso es en nuestra creencia el primero que aparece de New Jersey.

En los últimos años varios investigadores han llamado la atención sobre la frecuencia e importancia de las infecciones producidas por hongos especialmente a aquellas que causan lesiones pulmonares, siendo la creencia general que muchos de estos casos pasan desapercibidos o son con más frecuencia confundidos con tuberculosis.

Desde el punto de vista práctico, la broncomicosis puede clasificarse como sigue:

(1) La producida por organismos de «levadura», hongos del tipo *Blastomyces*, *Cryptococcus* (*Torula*), *Sacharomyces*, *Monilia*, *Endomyces*

(2) La producida por hongos filamentosos: (a). Del tipo del gado, nocardia, anaeromyces, vibriothrix: (b)—de tipo más largo—oidium, hemispora: (c). con estructuras conidias características y fructificaciones, aspergillus, penicillum, mucor, etc.

La revisión aunque sea a la ligera de la literatura sobre infecciones micóticas, produce la impresión de que existe una gran confusión sobre estos organismos. Debido al gran número de géneros, a las pequeñas diferencias y similitudes, a las grandes variaciones que producen los diferentes medios de cultivo, aun no se ha podido llegar a una clasificación standard.

El nombre de *blastomicosis* esta siendo usado más y más y aunque reconocida como una entidad clínica, algunos micólogos, especialmente Castellani y Chalmers, creen que no es una enfermedad causada por un agente etiológico único sino un estado produci-

do por uno o -varios de los diferentes hongos. El organismo responsable por la lesión discreta más adelante presentaba características idénticas con la mayoría de los blastomyces hasta ahora descritos, como son: cuerpo esférico, capsula hialina de doble contorno y en el centro un protoplasma granuloso.

Desde que se demostró que los blastomyces podían atacar al hombre, numerosas autopsias mostraron que prácticamente todos los tejidos podían ser invadidos en una infección general. Independientemente del órgano atacado, los blastomyces producen lesiones algunas veces imposibles de diferenciar de las producidas por el bacilo de Koch. La blastomycosis cutánea semeja mucho la tuberculosis verrucosa cutis; la blastomycosis pulmonar simula una tuberculosis pulmonar; invasión ósea (parece haber una predisposición a atacar la columna) puede producir un cuadro idéntico a un Pott y lesiones meníngeas pueden simular meningitis tuberculosa.

La blastomycosis pulmonar puede ser imposible de distinguir de una tuberculosis pulmonar aun después de un estudio histológico.

E. M. Mediar describe dos casos en los cuales las lesiones, en la autopsia, no podían diferenciarse de una vieja tuberculosis, aun al estudio microscópico puede no haber una diferencia esencial en el cuadro histopatológico. Mediar describe formación de células gigantes y aun degeneración caseosa en las lesiones **¿nicóticas.**

El caso que se describe aquí presenta muchos aspectos interesantes, siendo uno de ellos la curación completa con dosis de yoduro casi increíbles.

E. D. hombre, soltero, labrador, de 43 años de edad, nacido y creado en Mottewan New Jersey, Nunca ha salido del condado de Monmouth. Ingresó al Monmouth County Hospital el 15 de Abril de 1929. Salió el 19 de Julio de 1929. Se quejaba de tos con expectoración sanguinolenta y fiebre. Se había sentido bien hasta hacía dos meses cuando principió a cansarse con facilidad y a perder peso. Cree que ha perdido 20 libras en dos meses.

Desde hace un mes se ha venido sintiendo con fiebre en las tardes pero no ha dejado el trabajo sino diez días antes de su ingreso al hospital, cuando sintió de repente un fuerte dolor en el costa-

do izquierdo. La tos que antes no había sido muy tenaz, de repente empeoró y se tornó productiva, espectorando grandes cantidades de esputo espeso y manchado de sangre. Pocos minutos después de sentir el dolor tuvo un escalofrío prolongado. En los últimos días el dolor ha mermado algo, pero la tos y la espectoración han seguido lo mismo. Sudores nocturnos abundantes durante la última semana.

Como tres meses y medio antes de su ingreso al Hospital fue picado por una langosta en el dorso sode la mano izquierda. Pocos días después se había desarrollado una pápula roja en la región de la herida. Se aplicó cataplasmas pero la lesión aumentó de tamaño, se volvió purulenta y ne-crótica. Pocos días después áreas iguales se desarrollaron en la vecindad de la pústula primera; durante los tres últimos meses la lesión se ha extendido por casi todo el dorso de la mano izquierda de la misma manera. Después de supurar las lesiones se han cubierto con una costra amarillenta. Nunca ha sentido mucho dolor. No han aparecido lesiones en otras partes del cuerpo.

Examen físico: Temperatura, 38; pulso, 120; respiración, 30. Hombre de mediana edad, caquéctico, algo de disnea y sianosis.

Pulmón izquierdo. Expansión disminuida, submatidez y aumento de estertores sobre todo del pulmón izquierdo, del vértice a la

base en su parte anterior y por detrás hasta la quinta vertebra dorsal. Sobre esta área se oye respiración bronquial con estertores finos y medianos.

Pulmón derecho: Nada de anormal.

Corazón: La punta en el quinto espacio, línea medio clavicular. Ruidos de buen tono sin soplos. Pulso regular de buen tono. Presión arterial 110/65.

Mano izquierda: Abarcando casi todo el dorso de la mano se observa una lesión verrugosa de bordes bien delineados, elevados y de un color púrpura. La lesión está completamente cubierta de una costra amarilla y al quitar ésta se observan proyecciones papilomatosas y colecciones de pus amarillo y espeso. La lesión no es dolorosa y hay ganglios axilares ni epitrocleares.

El diagnóstico de blastoroycosis cutánea y pulmonar se hizo de la manera siguiente.

Lesión cutánea: Tuberculosis verrucosa cutis fue considerada en el diagnóstico, pero se descartó el encontrarse blastomyces en el pus de la lesión y en la sección de la piel en una biopsia.

Lesión pulmonar: A los rayos «X» lesión pulmonar semejaba mucho una tuberculosis pero ésta se descartó: (a) por no encontrarse bacilos ácido resistentes en diez y ocho exámenes de esputo (algunos por el método de concentración) y (b) al encontrarse blastomyses en el esputo repetidas veces (examen del esputo

fresco tratado con NAOH 10%).
Tratamiento y curso subsecuente:
En cuanto se estableció el diagnóstico se instituyó el siguiente tratamiento: 1º Dieta rica en calorías; 2º Radiación ultravioleta al tórax; 3º Tratamiento de Rayos X a la mano cuatro dosis suberítetna; 4º Yoduros. Se le dio una solución saturada de KI, una cucharadita tres veces al día, desde el principio y después de una semana, como no aparecían síntomas de yodismo, se le puso una inyección intravenosa de dos gramos de yoduro de sodio diariamente por ocho días. Después de dos semanas de tratamiento la temperatura empezó a descender, la tos y la expectoración disminuyeron bastante, la lesión cutánea empezó a mejorar y los signos físicos en el pulmón izquierdo acusaron una mejoría que fue confirmada por una nueva radiografía. Después de cuatro semanas de tratamiento, la temperatura ascendía sólo de vez en cuando a 38 grados a las 4 p.m. y el único signo físico que se observaba en el pulmón era cierta rudeza respiratoria y alguno que otro estertor sobre la base izquierda. La radiografía mos-

traba un marcado aclaración en la región del vértice y la parte superior del pulmón izquierdo.

Durante las diez semanas subsiguientes-su mejoría se acentuó. Se continuó el yoduro por la boca ya que el enfermo no presentaba síntomas de yodismo. El día de su alta (Julio 18, 1929) el enfermo no presentaba ningún signo físico en el pulmón izquierdo, su estado de salud era magnífico y había ganado 32 libras durante los tres meses que permaneció en el Hospital. La lesión cutánea estaba completamente curada. La radiografía antes del alta fue negativa.

Nota: El enfermo fue visto el 20 de Septiembre de 1929 y en aquel tiempo se sentía perfectamente bien. Había regresado a su trabajo; no había tenido recaídas pulmonares o cutáneas.

Comentarios: Una conjetura interesante se presenta sobre si la lesión cutánea fue el foco primario de la infección y las lesiones-pulmonares metastáticas. De ser así el caso es notable porque no solo presentaron lesiones de otros órganos y sobre todo por la curación completa obtenida. Existe prueba experimental de

que puede haber localizador) metastática sólo en el pulmón. Wade notó infección pulmonar después de inoculaciones subcutáneas con blastomyces.

Las enormes dosis toleradas por este enfermo sin producir síntomas de iodismo, llaman la atención ya que este recibió 12 gramos de yoduro de potasio diariamente por tres meses y además, por dos semanas, 2 gramos de yoduro de sodio en inyección intravenosa cada dos días, (total 14 gramos de yoduros en estos días) Stobér menciona la aparente tolerancia que estos enfermos poseen por los yoduros.

Las lesiones pulmonares de origen micótico merecen ser consideradas con mayor atención de como hasta ahora han sido. El asunto indudablemente tiene una importancia práctica y es más común de lo que se cree. Una vez establecido el diagnóstico

temprano, la curación es la regla.

N. de la R

Reproducimos hoy el artículo del Dr. Francisco Altschul que apareció en el Journal of the Medical Society of New Jersey, Estados Unidos. El Dr. Altschul es un joven hondureño que ha triunfado fuera de su patria, en los Estados Unidos, donde se ha radicado.

Nació en la ciudad de Yuscarán y después de hacer sus primeros estudios en esa ciudad, pasó a los Estados Unidos matriculándose en la Universidad de Columbia, en New York. Estudiante modelo, supo distinguirse entre sus compañeros y recibió su título en 1921. Hizo el internado en el Hospital San Vicente en la ciudad de Nueva York y después pasó a ejercer su profesión al estado de New Jersey, especializando en enfermedad de los pulmones.

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos puede ser restablecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales.

Un tal órgano es también el testículo que produce además de la esperma, también hormonas les decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente "sobre las otras glándulas endocrinas (glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza corporal general el tono normal del sistema nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel en la función sexual. (Experimentos en penos de Biedl.) Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stillé, -es la función sexual debilitada y la impotencia.

Al capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis (especialmente del lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. Zondek y Aschheim demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomizados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia, las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un preparado que contenga las materias

que ayudan la función de los testículos.

EL HOKMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con resultado excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas (por onania, coitus interruptus o desperdicio del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo. El efecto del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se presenta ya en poco tiempo; las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyaculación precoz (que es uno de los síntomas más frecuentes de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente de timo y cerebro aumenta el tono muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, el cansancio, la somnolencia cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito y se regulariza la digestión.

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad de origen endógeno y de enajenación mental maniaca-depresiva. Así empleó Schiff, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que a pesar de la recepción disminuida de calorías no presentaron adelgazamiento, es decir en los cuales la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 6 a 10 semanas y consistió en la administración de inyecciones y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material heteroproteínicos (Protaven "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta Bakody, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enajenación mental, observó la aclaración de la cara sin ex-

presión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las **alucinaciones** y la vuelta de la movilidad y del buen humor.

La administración se hace durante largo **tiempo**, porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsista largo tiempo y el estado del equilibrio normal se puede restablecer solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas

se administran según posibilidad diariamente una (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas es 1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar la inyección y tabletas combinadas.

HORMOGLANDO TONICO MAS-ÚLINO "RICHTER" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con 3 a 6 ampollas.

PATOLOGÍA Q

Úlcera del estómago Su tratamiento por la pepsina

Por el Dr. Luis Molina Zuviría,

Del Servicio de Urología del Hosp. Fernández. Adscripto a la Cátedra de Patología Quirúrgica

Aprovechando el entusiasmo que por la historia de la Medicina reina en las conferencias magistrales de estos días, baso la razón *úe* estas líneas, recordando que, en el antiguo Egipto, todos los subditos tenían la obligación de dejar asentados en los templos los medios o los métodos con los cuales habíanse curado los males que les aquejaban. Así, recordando, publico este caso — que es uno de los tantos míos y de otros — de curación de úlcera del estómago con inyecciones de pepsina al 10 %.

Es el caso que fui llamado para atender a B. F., español, de 47 años, cuyo estómago daba abundante hematemesis que, asustándole, hicieron que me llamara como médico al que se le tiene fe cuando ya ha intervenido clínica o quirúrgicamente y con éxito en su medio familiar. En presencia del enfermo, fácil me fue diagnosticar hematemesis por úlcera de estómago.

Tratándose de que debía procederse en forma urgente, por

así requerirlo el caso, indiqué al paciente las inyecciones coagulantes que con tan buenos resultados usáramos hace algunos años en el servicio del sentido maestro Dr. Julio Blaksley en el Hospital Fernández y cuya *Eór** muía es la siguiente: Cloruro de magnesio, citrato de soda y agua destilada, en cantidades de diez, veinte y cien gramos, respectivamente, para dividir en ampollas de 15 c. c., y poner una endovenosa cada día.

Mientras, se mandaron preparar las inyecciones de pepsina, que requieren algunos días de meticoloso trabajo.

Ahora, ¿por qué antes de principiar el tratamiento de curación no practiqué toda esa serie de estudios de reacciones biológicas o de dosajes químicos que generalmente se inician con la reacción de Wassermann y terminan con el dosaje de acidez del jugo gástrico? Sencillamente, porque la clientela media particular, y en especial si es rural, no se presta muy fácilmente a

gastas o a esto que ellos llaman experiencias conejiles.

Debí, entonces, recordar a los viejos maestros y con criterio médico sagaz comprender que mi misión era curar basándome en el estudio clínico del enfermo, y así decidí el tratamiento inmediato por la pepsina, sin preocuparme nada más de que tenía que tratar una úlcera de estómago en la pequeña **curva-dura**. Para mayor ilustración del proceso terapéutico, conseguí que el enfermo consintiera en hacerse sacar radiografías antes y **después** del tratamiento.

Realizada la serie de inyecciones, se obtiene la segunda radiografía, que *es* sacada sin que el radiólogo sepa qué tratamiento médico fue empleado, y es **por** eso que me adjunta con la copia radiográfica una amable carta en la que creyendo que se ha empleado medicación específica, me incita a continuar, pues, según su criterio, había aún "signos radiológicos" de úlcera. Mas, como clínicamente el enfermo no presenta ningún signo de enfermedad, le doy de alta y me permito llevarlo ante muchos colegas, en **diversos** hospitales, como

uno de mis varios casos de úlcera de estómago tratados y curados con la pepsina. Todos los que le vieron encuéntranle digno de interés; por eso lo publico (*).

Se me preguntará de qué modo actúa como elemento curante la pepsina, y muy difícil me será contestar, así no sea recurriendo a la razón que Jacob Meyer y L. B. Karto-on dan al referirse a las proteínas desde la inyección de vacuna antitífica o gonocócica hasta las de leche y que dicen que actúan modificando la vascularización del estómago y en particular la de los tejidos que circunscriben la úlcera, en un fenómeno parecido al que se observa en las tromboangeítis después de las inyecciones de proteínas.

Antes de terminar, diré que el concepto de Meyer y Karto-on ha sugerido en mí la idea de comenzar a emplear en otros ulcerosos los preparados de colina que con tanto éxito se emplean en las afecciones vasculares y en especial en las tromboangeítis.

(*) El régimen alimenticio fue el de comer de todo, menos huesos!

Análisis fisiopatológico de algunos síndromes dolorosos después de colecistectomía

Los señores Berard y Mellet-Guy han presentado a la Sociedad de Cirugía de Lyon una comunicación referente a las recidivas dolorosas después de la colecistectomía. A estas *se* agregan algunas veces trastornos digestivos. Su mecanismo ha sido explicado por diversas hipótesis: adherencias subhepáticas, deformaciones, acodamientos estenosis relativos del duodeno, **pancreatis** crónica; todas han sido verificadas en algunos de los casos.

Los autores han pensado que podrían aprovecharse los métodos de exploración funcional de las vías biliares y en particular el tubaje duodenal para el análisis de tales síndromes.

En 4 casos presentados se ha practicado la prueba de Meltzer

Lyon y la excreción biliar ha sido nominal, abundante o disminuida con grumos o sin ellos en cantidad variable. En todos no se encontraron elementos suficientes para formular el diagnóstico de litiasis secundaria del colídoco ni menos para indicar una reintervención. El tubaje duodenal muestra una bilis anormalmente oscura con grumos mucosos y partículas sólidas; calculinas. La cantidad de bilis excretada es mayor que en los operadas que no sufren. El examen bacteriológico directo y después de cultivo indica de una manera constante la presencia de colibacilos lo que es constante en los colecistectomizados; pero cuando es anormalmente marcada la densidad microbiana el laboratorio hace el diagnóstico.

El tubaje duodenal era -de reacción subjetiva nula en los que no sufrían, en tanto que en los otros dolorosos y siempre mejorando notablemente los pacientes.

Las conclusiones son las siguientes:

1°—Las recidivas dolorosas después de colecistectomía están ligadas a una alteración de la excreción biliar; estasis biliar en las vías dilatadas por el oscurecimiento de la bilis, su aspecto turbio, la presencia eventual de calculinas, el aumento -del microbismo duodenal.

2°—Los médicos conocen muy bien los efectos maravillosos, algunas veces, de las curas de Vichy o de un tratamiento colágeno energético. El tubaje duodenal confirma esta noción empírica.

3°—Cuál es *el* determinismo de estos síndromes de estasis biliar después de eolecistectomía? Las investigaciones experimentales y el análisis del modo normal de la excreción después de colecistectomía indican la constancia de la dilatación postoperatoria de las vías biliares. Es la exageración

de esta disposición fisiológica el factor esencial del síndrome de estasis y de los accidentes dolorosos que determina.

En 14 casos estudiados, 10 no sufren siendo operados después de algunos meses, un año, 3 años. Cuatro sufren datando su operación de 4, 5, 8 y 10 años antes. Es en los más viejos operados donde el síndrome se presenta con más intensidad. Tal vez sea una coincidencia, pero cabe explicarse que la dilatación se va naciendo lentamente a la larga hasta volverse patológica.

4°—El síndrome tardío de estasis biliar después de **colecistectomía** puede agravarse y producir una angiolitiasis con ictericia a veces grave.

La estasis podría también explicarse por una gran dilatación del útero cólico, como sucedió en un caso en que había una pancreatitis crónica. También a las afecciones pancreáticas puede atribuírseles alguna influencia en el **mecanismo** de la dilatación.

De Lyon Quirúrgico.

Gran quemada tratada por la simple puesta al aire

Patel refiere el caso de un individuo de 30 años en quien se invirtió una caserola con agua hirviendo. La quemada ocupaba el miembro superior izquierdo, tórax y abdomen, muslo izquierdo, pierna derecha.

El enfermo transportado al Hospital es bajo anestesia, lavado con agua jabonosa, las flictenas abiertas y las partes periféricas pinceladas con tintura de yodo. Aplicación de compresas de aceite gomenolado en las superficies quemadas.--»

A la llegada al servicio se le quita la curación y se coloca desnuda bajo una bóveda recubierta de lienzos estériles. Se desprende una secreción abundante que forma costras espesas en la quemada. Cada día la parte periférica es cuidadosamente limpiada, a excepción de la superficie. 20 días después, bajo anestesia los costras se quitan y la limpieza de las regiones vecinas se asegura de manera completa. Siempre haciendo la limpieza diaria el enfermo ha mejorado notablemente no sin poner cataplasmas en los sitios donde las costras eran gruesas y adherentes.

Las cicatrices son tan rápidas que hay sitios donde apenas se sospecha lo que hubo.

El autor ha tratado muchos casos semejantes y concluye señalando las ventajas principales del método:

1°—Los enfermos no sufren ni la curación ni el tormento de esperar la de mañana.

2°—Las costras que se forman ponen al abrigo de infecciones secundarias. El autor jamás ha visto complicaciones renales, pulmonares o intestinales.

3°—El estado general no padece, pues el enfermo no es debilitado por el dolor, el insomnio ni las hemorragias producidas por las curaciones.

4°—La cicatriz es mejor que la de las curaciones que quitan todos los días una parcela de dermis. Se efectúa rápidamente y aun para los casos de mayor extensión no hay necesidad de recurrir a los injertos dermoepidérmicos.

El autor aconseja propagar este método cuya técnica es simple, pero exige cuidados diarios. Los resultados -son espléndidos.

De Lyon Quirúrgico.

El lavado clorurado hipertónico en el postoperatorio abdominal

Ch. Clavel que Lyon propone la administración del suero salado, hipertónico por vía rectal siguiendo al profesor Gosset en la utilización endovenosa del mismo aunque desempeñando un papel más modesto pero muy útil en las operaciones abdominales.

Se utilizan soluciones de cloruro de sodio al 20 % en ampollas de 250 c. c. y se aplica por el procedimiento de gota a gota de Murphy dejando pasar una a dos gotas por segundo. Se aplicarán según la edad o la afección de **100** a 200 gr.

Antes de **que** hayan pasado 200 gr., se obtienen contracciones peristálticas y la expulsión de gases. Generalmente al cuarto -de hora se obtiene una evacuación más o menos abundante.

El método no tiene inconvenientes notables, algunos cólicos compensados por la sensación de bienestar al expulsar los gases.

La acción del lavado salado hipertónico puede ser doble: acción general de cloruración; acción local sobre el peristaltismo intestinal.

La acción general es discutida; Küss dice que la " solución hi-

pertónica no puede ser absorbida sino hasta volverse isotónica, pero Buelt y *Petit* Dutalies han visto el contenido de una ansa intestinal aislada aumentar después del lavado clorurado.

La acción peristáltica es evidente: se explica por el paso del agua del medio interior al intestino realizando un empuje análogo al obtenido por los purgantes.

La ventaja de esta medicación sobre los purgantes, pilocarpina, hipófisis, es la de no provocar un peristaltismo generalizado y la de poder ser dosificado.

Indicaciones: hernia estrangulada, úlcera perforada, pancreatitis aguda, esplenectomía, coleeistectomía, intervenciones ginecológicas, peritonitis tuberculosa operada, **invaginación** aguda operada, oclusión postoperatoria por brida y volvulus, oclusión por brida, etc.

Por un escrúpulo tal vez exagerado no se ha empleado en las suturas intestinales.

El método descrito devuelve su prestigio al antiguo de nuestros abuelos del famoso lavado salado en -que tal vez usaban soluciones hipertónicas y no isotónicas.

De la *Prensa Médica de París*.

Patogenia de la dilatación aguda del estómago

Dragstedt, Móntgomery, Ellis y Methens de Chicago han hecho un estudio sobre la causa de la muerte en los casos de dilatación aguda del estómago.

La dilatación es debida a **un** reflejo inhibitor del mecanismo motor periférico del estómago bajo la influencia de diversas excitaciones llegadas por los vasos y el simpático. Toda excitación de los nervios viscerales puede provocar este reflejo inhibitor.

La dilatación del estómago atónico es producida por la acumulación del aire deglutido y de las secreciones gástrica intestinal (duodenal) jugo gástrico, pancreático, duodenal, bilis.

Bajo la influencia de la presión intra visceral aumentada, el duodeno absorbe anormalmente sustancias tóxicas que provocan una viva excitación de todas estas secreciones y aumentan todavía la abundancia de estos líquidos que se acumulan en el estómago dilatado.

La causa de la muerte es la ausencia de reabsorción -de los jugos gástrico y pancreático y particularmente de elementos Inorgánicos (soda, cloruros). La

falta de la reabsorción está bajo la dependencia de la atonía gastro-duodenal de donde la imposibilidad de empujar su contenido hacia las porciones subyacentes donde se haría la reabsorción. Las mucosas gástricas y duodenal son incapaces de reabsorber sus jugos.

En algunos casos la situación se complica de oclusión mecánica secundaria de la porción horizontal del duodeno por compresión del intestino contra el raquis, sea directamente por el estómago dilatado, sea por los vasos mesentéricos tendidos por la tracción del intestino empujado hacia la pelvis por el estómago dilatado.

Se produce entonces una hipocloremia, una alcalosis y **una** deshidratación considerable **que** se compara a la producida por la derivación al exterior de todo el jugo gástrico.

La tetania que se observa a menudo es debida a modificaciones en la composición de la sangre a consecuencia que la falta de absorción.

Del Surgery, Genecology and Obstetrics.

Nuevo método de tratamiento de las pleuresías purulentas

En su reciente viaje a la Argentina el Titular de la Cátedra de Medicina Operatoria de la Facultad de París, profesor Gregoire, hizo en el Hospital de Clínica de Buenos Aires una larga disertación sobre un nuevo método de su creación en el tratamiento de las pleuresías purulentas.

Después de recorrer todos los métodos hasta hoy empleados, con sus ventajas, inconvenientes y resultados, expuso su técnica operatoria que consta de los tiempos siguientes:

10—posición del enfermo: sentado, inclinado hacia adelante con los brazos cruzados descansando sobre las rodillas.

29—Anestesia local.

39—Incisión cutánea en V al nivel de la 11^a costilla y separación del colgajo.

49—Incisión muscular al nivel del labio superior de la incisión cutánea una vez retraída la piel.

5¹?—Incisión de la pleura en el 9^o espacio inmediatamente por encima del borde de la 9^a costilla sin hacer resección costal; la incisión pleural será de 6 a 8 cm.

haciéndola paulatinamente; se empieza por un ojal de 2 cmt. para evitar la salida brusca del contenido; entrada brusca del aire que desequilibra súbitamente la estática mediastenial y puede ocasionar un síncope.

6°—'Colocación de una lámina de goma en toda la incisión pleural que suturándola con el músculo intercostal sale por la herida cutánea. SI objeto de la lámina no es drenar sino evitar que cicatrice la herida.

7°—La cortina músculo cutánea es suturada.

Se obtiene así un trayecto tortuoso en zig-zag o escalera que permite ampliamente el drenaje pleural e impide la entrada de! aire a la cavidad.

El enfermo permanecerá en cama hasta la caída de la temperatura 4 o 5 días después.

Gimnasia respiratoria, espirometría, golpes de tos en series de 3 a 10.

Cuánto tiempo estará la lámina 'de goma? Hasta que la radioscopia muestre la distensión pulmonar completa que perciba

la sensación 'elástica del pulmón.

La estadística comparativa entre los procedimientos de tórax abierto, cerrado es la siguiente:

<i>Tórax abierto</i>	<i>Tórax cerrado</i>
3.000 casos	150 casos
23.6 % de mortalidad	5 %
12.6 % de fistulaspleurales	Ninguna
Promedio de duración	

del tratamiento, 71

DIA-s

32 días

Gregoire afirma que nadie titubeará en aceptar un procedimiento más fisiológico e infinitamente superior en sus resultados.

La operación cabe perfectamente en las pleuresías bilaterales de carácter tan grave.

Termina el profesor con estas conclusiones: el pronóstico mejora considerablemente tomando precauciones en el postoperatorio; la mortalidad baja en grandes proporciones; el plazo de curación se abrevia en casi la mitad y no existen complicaciones.

Del "Día Médico" de Buenos Aires.

Conceptos sobre el bienestar infantil

Por el Dr. Pablo Mendizabal.

Sabemos educar a los niños? La educación que les impartimos, ¿es la debida? ¿No dependerá de esta educación, reprochable en ciertos aspectos, una gran parte de nuestras amarguras y desdichas?; porque la educación modela el carácter del hombre y, sobre éste, gravita el enmarañado y farsante complejo social. Si pudiéramos tener generaciones de niños debidamente nacidos, sanamente criados y con sabia naturalidad educados, sin duda que iluminaríamos de luz gloriosa la desesperante comedia de la sociedad actual.

La educación, si bien muy adelantada en ciertos aspectos, aun no ha tomado el camino sencillo de la verdad, que prolongue la vida feliz del niño hasta convertirlo en hombre.

Comprendemos mal sus caprichos y travesuras; reprimimos por descortesías sus destellos de ingenio; adoptamos una aptitud de defensa contra su energía avasalladora; entorpecemos la viveza con que se aventura a descubrir la vida; retardamos su comprensión de los fenómenos reales; le reprendemos y aun maltratamos por accidentes que a nosotros mismos suceden.

Organizamos las sociedades de niños tal como creemos que de-

ben ser, en lugar de encauzar los aspectos sociales de su propia vida; les hacemos pasar por moldes ideados por nosotros, de donde salen con las normas que deben seguir sus relaciones, tanto en el hogar como fuera de él, quedando nosotros muy satisfechos: al formarles una personalidad en vez de depurarles la que tienen; al imponerles un carácter en lugar de ver por el desarrollo del propio suyo.

Y así eremos, neciamente, que les proporcionamos las verdaderas bases sociales!

Deberíamos sentir una simpatía más amplia por el niño, considerarlo más sana y científicamente y con mayor sinceridad en nuestras propias vidas. ¿Cómo vamos a desarrollarle el carácter si no respetamos su personalidad?

A! niño, en su crecimiento, no se le deben imponer normas, sino ayudarle, en cuanto sea posible, a desarrollar sus potencialidades innatas.

El respeto por la personalidad de un niño es un requisito absoluto para el desarrollo del carácter, pues su vida se encadena fuertemente al modo de ser: de su casa, de la escuela que frecuenta o del taller al que asiste.

No sólo en los mentores descansa tan alta responsabilidad,

sino también en los padres que deben ser: de sano criterio, con buen juicio, conocedores de los cuidados que requiere un infante, capaces para educar y cuidarse de guardar entre sí la más dulce armonía; ahora bien, como tales cualidades, por falta de preparación, no es fácil encontrarlas, ni mucho menos exigir las, queda al Servicio de Bienestar Infantil la labor de velar sobre el desarrollo de los niños y su desenvolvimiento social en el hogar, en la escuela, en los tribunales y en las instituciones.

Ahora que, aun cuando muchos educadores y expertos en previsión social son de ideas claramente evolucionistas, vemos que no se deciden a imponerlas en toda su integridad, sino que, vacilantes, tratan de adaptarlas a la organización actual. A ello se debe que sólo en ciertos aspectos de la educación vamos por el camino del progreso, pues en otros, en los más, nos apartamos por carecer de la decisión necesaria para lanzar a las nuevas generaciones por el sendero que pide su evolución natural, su mo-

do de ser propio y un concepto sencillo de la vida.

Pesa sobre los niños nuestra educación defectuosa, nuestra experiencia, nuestra maldad refinada y la innegable ventaja de su conocimiento, cuando ellos nos admiran porque nos ignoran. .. ¡cuánto mejor sería darles lo que tenemos de verdaderamente bueno, no amargarles su existencia con prejuicios, ideas absurdas y reglas inciertas ni, sobre todo, hacerlos víctimas de inicua explotación, hasta ahora posible porque los hacemos a nuestro deseo!

Sacrificamos al niño al exigirle que trabaje porque, como sabiamente dijo Kelly: "Ninguna necesidad económica puede justificar el que se robe a un niño el derecho que tiene a gozar de la niñez. No debe tolerarse en manera alguna cualquiera intrusión que se haga en los años requeridos para la educación y la conducta de los niños". (Dr. J. J. Kelly, Presidente de la sección de educación y entrenamiento en la tercera Conferencia sobre la salud y protección de la infan-

cía, celebrada en la Casa Blanca, Washington, D. C, del 19 al 22 de noviembre de 1830).

Hasta ahora el niño ha sido u juguete del hombre y, en ocasiones, hasta una burla. Se olean sociedades de protección a los animales al lado de otras con igual fin para la infancia, sin que éstas hayan llenado .siquiera medianamente su papel.

Hemos enmarañado la red de las relaciones humanas e intrincado nuestro sistema económico, con lo que hacemos más difícil su vida.

Hemos transformado su espíritu, alejándole las posibilidades de felicidad.

Hemos modelado su conciencia en tal forma, que posteriormente los hace víctimas -de la ansiedad .social en que vivimos.

En un principio, como la formación de la conciencia **significativa** un proceso de elaboración Intima que requiere la aparición de una facultad, su paulatino desenvolvimiento y progresivo desarrollo, que únicamente se adquiere con los años, resulta, que en el niño, la facultad de crear representaciones de la imagen de su personalidad, apenas .orna nacimiento y escaso **desarrollo**, por lo que, al principio, sus representaciones son eefusas, más tarde claras; pero en número siempre moderado, sin llegar a ser nunca precisas durante los primeros años. Sin embargo, la escasez de representaciones le.s facilita su interpretación, de aquí que puedan percibir **la** ima-

gen de su personalidad física, aunque sean incapaces de darse cuenta de su personalidad moral.

El encadenamiento y fusión posterior de las impresiones morales en una sola imagen clara y comprensible, no se logra en los niños muy pequeños. En quienes la conciencia no existe o es muy tenue, apenas es un estado de penumbra que sólo alcanza su más radiante claridad en el adulto; por lo que, careciendo de la noción del daño, su vida espiritual rudimentaria no les permite sentir agitaciones doborosas, reduciéndose así los .sinsabores de **su** incipiente vida.

La facultad de percibir impresiones penosas se adquiere *desde* temprana edad; pero éstas tienen de característico el ser fugaces, pues no marcan surcos profundos en la afectividad que aun no -se define con precisión, que aparece y .se esfuma con igual facilidad.

El niño muestra simpatía o agrado por la presencia o trato con sus padres, su nana o alguna otra persona; esto es, principia a desarrollarse en él la corriente afectiva, aunque de escasa intensidad y fácilmente desvirtuable hacia otras personas. En los niños pequeños, no obstante que es muy reducido el círculo de su afectividad (dos o tres personas), puede mantenerse invariable ; pero .sólo por espacios de tiempo no muy largos.

Alrededor de tan corto número de personas gira su emotivi-

dad, **reduciéndose** en ocasiones y por momentos a una sola persona: la madre y, en ciertos casos, la nana.

De aquí que la ausencia de estas seres les haga experimentar una sensación desagradable da soledad, que se manifiesta por inquietud y llanto ruidoso; sin embargo, este estado de ánimo es transitorio, y aun cuando después de una pausa de **sueño o** de relativa calma, puede reaparecer, va borrándose paulatinamente y no dilata muchos días para dar lugar a nuevas inclinaciones; así pues, los niños *son* de pasiones fugaces, propiamente inafectivos.

Esta circunstancia emotiva, explica la diversidad de aspectos fisionómicos y de actitudes en los distintos niños de un grupo. Si los niños son muy chicos el contraste es más claro; así,

cuando se toma una fotografía fija o cinematográfica de un grupo de niños de uno a dieciocho meses, por ejemplo", se observa: que unos lloran desesperadamente, mientras otros gimotean* nada más; algunos conservan una seriedad pasmosa; éstos ^x miran con curiosidad la cámara y aquellos, muestran su carita alegre o atenta a los movimientos del operador o personas presentes y, dentro de estos aspectos, múltiples matices de expresión fisionómica pueden observarse en los demás.

Por otra parte, el niño tiene la facultad de guiar fácilmente sus representaciones hacia imágenes muy variadas, a las veces complejas y atrevidas; pero en un aspecto siempre ventajoso para ellos.

En sus juegos, se suponen animales feroces, de gran fuerza,

cruelles y sanguinarios, que siempre vencen a sus enemigos; se creen atletas, líderes militares o políticos, personajes notables, héroes y aun 'dioses. Imaginan formas y conceden atributos extraordinarios a las cosas; toman un palo de escoba por brioso corcel; un fragmento de madera por revólver, rifle o ametralladora; una lata por ruidoso tambor; al emitir voces onomatopéyicas de las detonaciones, tienen la clara impresión *del* fragor de un combate y, en fin, con multiplicidad de variantes, se forman un mundo imaginativo lleno de placenteras concesiones; tan sólo de vez en cuando, por educación defectuosa, resultan víctimas de ese mismo poder imaginativo, como, por ejemplo, cuando un niño tiene miedo del coco que él mismo puso.

Los niños contemplan el dolor ajeno con absoluta indiferencia o fría curiosidad.

No perciben la censura de los mayores, por lo que reaccionan con una respuesta vaga y en ocasiones sin relación con el excitante punitivo; por ejemplo: se ríen cuando se les engaña, siendo por esta razón, con mucha frecuencia, víctimas de sus superiores en fuerza que los maltratan de palabra u obra, aplicándoles epítetos inmerecidos.

No sienten la crítica de su conciencia porque carecen de ella propiamente; esto ensancha la bondad de su vida y contrasta con la ansiedad que produce la conciencia de educación en el adulto, lo cual aumenta con, los

trastornos del sistema nervioso y de la mente. Sólo en sus sueños pagan un pequeño tributo al no poder corregir sus agitaciones y pensamientos que, entonces, a menudo son en contra de ellos. Este hecho, sin embargo, es consecuencia de prejuicios, e ideas falsas inculcadas al niño.

Como carecen de conciencia bien definida, no pueden sufrir los sinsabores de sus modalidades penosas; de ahí que fácilmente pueden ser felices; taxi sólo basta que en ellos se reúnan dos factores esenciales: salud y facilidad económica.

El adolescente aporta las características que le fueron dadas en su educación defectuosa, las cuales se complican, en mucho de ellos, con las tendencias o inclinaciones que tienen su origen en estados patológicos; por último, hay que agregar a estos factores multitud de atributos dependientes del conglomerado social en que vive y *2x1* cuya formación él participa. Por ello el hombre crea problemas, engendra pasiones, tiene afanes, experimenta temores, siente ansias y deseos, acepta convencionalismos y lo cohiben prejuicios que enferman su cuerpo y su alma, cegándole sus fuentes de felicidad, haciéndole más cruel su martirio mientras más clara tiene la visión de posibilidades vedadas por convencionalismos sin razón, que lo hacen caer en la farsa, por lo que las normas sociales que actualmente privan no satisfagan, destruyen la felicidad.

del niño al convertirse en hombres.

El hombre se liga torpemente a! escepticismo, al dolor, que casi venera, exalta y aun llega a **considerarlo** como el origen de todo lo grande, puro y noble que hay en la vida, como dice **Francis James** en le deuil des Primevères: "O ma douleur, tu es mieux que une bienaimée..."; se pierde en la selva intrincada y oscura de la conciencia; extravía el buen juicio en el laberinto de las ideas; no obstante su experiencia, ve las cosas distintas de la realidad; forma un mundo falaz a su rededor y concluye llorando toda la vida en la desesperación de un tormento creado por él mismo.

Hasta ahora no hemos respetado el proceso evolutivo de la conciencia natural en su desen-

volvimiento del niño al **hombre**, sino que ha estado esclavizada a la influencia de la sociedad en que vivimos y a la de los mentores producto de la misma; ésto es, a los preceptos y costumbres establecidas por una falsa suficiencia educacional, llena de prejuicios torpes, con temores sin fundamento, con creencias ilógicas y aun con normas antibiológicas que, como es natural, nadie acata, desatendiendo los dictados de las leyes (escritas de antemano para ser violadas) y de una ética ñoña, ridícula y acomodaticia, digno producto de una sociedad que ha vivido en un engaño perpetuo- ¡En aquí, fundamentalmente, por qué a medida que se vive la vida es más triste, y por qué, con el poeta, "cualquier tiempo pasado fue mejor".

ÁUROTERAPIÁ"

La práctica de la auroterapia en los tuberculosos

—*Continúa.*

ción evolutiva en un enfermo viejo y en las formas antiguas y poco evolutivas.

También se obtendrán a veces resultados en los enfermos con lesiones profundas y extendidas, ulcero-case-osas, exudativas, aun con alta temperatura, si el estado general puede soportar el tratamiento (y a muy pequeñas dosis) -

El oro tiene una acción muy considerable en las formas ganglionares, óseas, cutáneas y serosas, en particular en las pleuresías crónicas. La laringitis catarral, el lupus eritematoso también son bien influidos por dicho metal. Se han visto muy apreciables resultados de la inyección intrapleural, en las pleuresías purulentas del neumotórax. Esta inyección en la cavidad pleural no lleva como consecuencia ninguna reacción local o general, pero es difícil llegar a esterilizar la hinchazón; y es de temer la formación de fistulas broncopleurales (Caussimon).

En el tratamiento de los tuberculosos sifilíticos, las sales de oro son particularmente recomendables, por su acción treponemiciacia (Levaditi). El tratamiento no actúa en las formas fibrosas prolíferas.

El oro sirve muchísima en lo

que atañe a la colapsoterapia, cuando la reacción evolutiva surge del lado no tratado. En algunos enfermos con lesiones bilaterales, las poco extensas en un lado, han mejorado hasta el punto de poderse volver al uso del neumotorax.

Posología. -- Es éste el punto capital de la crisoterapia. Antes de comenzar la aplicación del tratamiento hay que investigar la albúmina; antes y después de cada inyección, si es posible, haga las mismas investigación. *Debe* comenzarse por dosis pequeñas: 0.01 g. en la primera inyección; 0.02 g. en la segunda, y aumentando 1 cg. cada *voz.* hasta llegar al máximo de 0.20 g. en cada inyección. Se deben espaciar las dosis: una inyección a la semana. Podrá llegarse hasta un total de 3 g. *si* el tratamiento se tolera bien. Luego, reposo de tres meses y nueva serie de inyecciones.

Este intervalo permite la eliminación del metal y evita la acumulación. *El* peligro estaría manos en la dosis que en la frecuencia de la dosis.

Observar atentamente las reacciones inmediatas o lejanas del enfermo después de cada inyección y principalmente la reacción térmica. Si el paciente no acusa temperatura en la primera inyección, ni hay albúmina

y no acontece accidente alguno, inyectar la dosis inmediatamente superior, y así sucesivamente. Si reacciona violentamente, con temperatura, vómitos y diarreas, detener el tratamiento *sine die*. A veces, una pequeña elevación de temperatura, luego de las primeras inyecciones, no debe tomarse en consideración.

Si en el transcurso del tratamiento el enfermo presenta uno de los accidentes arriba expresados, **investigar** si es posible reemplazarlo por el suero de nipo sulfito de 'magnesia (E. M. G. E.), en caso de urticaria y ciertos accidentes cutáneos. De fracasar, inyectar disminuyendo la dosis. Si nuevo fracaso, disminuir aún más la dosis progresivamente, y así se llegará a una **dosis** determinada, que se inyectará sin consecuencias; será la dosis tolerada, el umbral de la tolerancia, que no deberá franquearse.

Seguidamente habrá de investigarse si esa dosis tolerada es eficaz. De no advertir progreso en el estado del paciente, vale *míis* no insistir. El umbral de la tolerancia debe ser inferior al

de la acción. Los autores -han visto resultados apreciables en pacientes a los cuales sólo administraban dosis ínfimas. Este método de pequeñas dosis espaciadas se recomienda particularmente para las formas graves y febriles.

Evitar inyectar enfermos de anginas, mujeres en la época premenstrual, y en todas las **circunstancias** que pudiesen predisponer al enfermo a los accidentes mencionados (recordar también la influencia que sobre los tuberculosos ejercen ciertas épocas: el equinoccio, los grandes calores, las tormentas).

En fin, es indispensable recordar que si existen hipersensibles al oro, existen asimismo **aurorre-sistentes**.

Resultados. — Las mejorías sintomáticas son las más frecuentes y las más rápidas. La primera ¡manifestación observada la constituye casi siempre la baja de temperatura, que, generalmente progresiva y lenta, puede a veces caer brusca e inmediatamente. La mejora de los signos funcionales es más inconstante y generalmente más

tardía. La tos se vuelve menos frecuente, la expectoración y la disnea disminuyen. Los signos físicos tardan más en mejorar. A pesar de todo, se puede comprobar, al finalizar una serie, y esto es lo más usual, una notable disminución de los ahogos. Desde el punto de vista radiológico, se observa que las más de las veces existe una tendencia pronunciada a la esclerosis. *En* muchas ocasiones observase la desaparición progresiva y el secamiento parcial de las cavernas de medianas dimensiones.

Pero, sobre todo en el aspecto general, el autor ha obtenido cumplido éxito. Baja la temperatura, el apetito substituye a la anorexia, desaparece la astenia y el peso aumenta.

los éxitos obtenidos en las formas extrapulmonares son más rápidos y completos.

Conclusiones. — 1. Las sales de oro sólo son eficaces en las formas relativamente recientes y débilmente evolutivas y en los enfermos cuyo estado general les permite tolerar el tratamiento.

2. Carecen de peligro si se tiene el cuidado -de:

a) Empezar por dosis pequeñas, espaciándolas, sin franquear el umbral de la tolerancia, ni pasar de la dosis total de 3 g. en cada serie.

b) Eliminar los individuos que presenten una lesión visceral cualquiera y sobre todo una insuficiencia funcional de los órganos encargados del metabolismo (hígado, riñones, intestinos).

3. Lo que mejora es el estado general; pero es frecuente observar el mejoramiento manifiesto de los signos funcionales y físicos. — *P. F.*

EUGENESIA La reforma sanitaria del matrimonio

Por el doctor Alfredo Fernández Verano.

Presidente de la liga Argentina, de Profilaxis Social. Adscrito a la Cátedra de Higiene.

—*Continúa.*

Las estadísticas sobre *tuberculosis conyugal*, si bien muy dispares, — el número de contagios oscila entre el 3 % y el 20 %, según los autores — permiten llegar a la conclusión de que la morbilidad por tuberculosis se halla algo aumentada, aunque no en la proporción que fuera de suponer, por estas uniones. Sin

embargo, según el estado de las lesiones y el tipo de evolución, — nos referimos principalmente a la tuberculosis pulmonar —, obsérvase toda una serie de casos compatibles o no con la vida matrimonial.

Es menester, desde el punto de vista del porvenir del tuberculoso en el matrimonio, establecer una diferencia fundamental, según el *sexo* del **enfermo.** **En**

efecto, la situación del hombre y la mujer son absolutamente distintas a este respecto.

En el *hombre*, una vez llegado a la *curación clínica*, que debe suponerse alcanzada antes de decidirse a formar un hogar, es difícil que la tuberculosis pueda entrar nuevamente en evolución a consecuencia de la vida matrimonial, sobre todo en el caso de unirse a una mujer sana.

Por el contrario, en la *mujer* tuberculosa, aún hallándose en las mismas condiciones señaladas anteriormente para el futuro marido, es de temer que la enfermedad prosiga su evolución, sobre todo con ocasión del primer embarazo. El peligro es tan grande, por esta causa, que expone a la mujer a la muerte en plazo breve, lo más frecuentemente. Se debe, pues, en estos casos, desaconsejar y prohibir terminantemente el matrimonio. Con mayor razón debe adoptarse el mismo temperamento cuando los dos futuros cónyuges presentan la enfermedad.

Otras intoxicaciones. — Además del alcoholismo, deben ser mencionadas otras intoxicacio-

nes que, cuando actúan crónicamente, repercuten sobre la prole.

Tal ocurre con el *saturnismo*. Cuando es la madre la enferma, el aborto es lo más frecuente, pero si *los* niños nacen, padecen de convulsiones frecuentes, a la menor causa; degeneraciones diversas, trastornos nerviosos graves, como la epilepsia, la imbecilidad, la idiotez, etc.

Lo mismo que el alcohol y el plomo, *el mercurio, el óxido de carbono, la cocaína, la morfina*, etc., producen degeneraciones hereditarias que llevan a la esterilidad, en último término.

Cáncer. — El cáncer ha sido invocado por algunos como una de las causas de interdicción del matrimonio. El hecho de que en una familia se sucedan varios casos de esta enfermedad ¿permite suponer que indefectiblemente habrá de transmitirse a los descendientes? Esto equivale a sostener la teoría del origen hereditario del cáncer, lo que aún no ha sido demostrado.

Por lo tanto, en el estado actual de nuestros conocimientos, no nos hallamos autorizados para desaconsejar el matrimonio a

los candidatos en cuya familia hay cancerosos.

Lepra. — En la moderna legislación de algunos países se incluye a esta enfermedad como una de las causas de interdicción del matrimonio. Los casos de transmisión hereditaria de la lepra, como los de tuberculosis, son extremadamente raros. Mayor peligro representa por la posible contaminación del otro cónyuge y de los hijos, en los que se ha señalado la frecuencia de manifestaciones de una "herencia paralela" (Apert). Según este autor, muy a menudo los hijos de leproso escapan a la infección, sobre todo si los padres leproso han abandonado los países en que existe lepra.

HIÉL

EXAMEN MEDICO PRENUPCIAL

Con el propósito de prevenir las consecuencias que para los progenitores y la descendencia traen aparejadas las enfermedades a que nos hemos referido precedentemente, surgió la idea de someter a los candidatos al matrimonio a una revisión médica, previa, que acreditase su aptitud para el mismo. Tal es el objeto del examen médico prenupcial y de su obligado corolario, el certificado de buena salud para el matrimonio.

Una de las premisas capitales, que no debe olvidarse al tratar de esta medida, es que ella no implica necesariamente el veto

al matrimonio sino en reducido número de casos, bastando, en la **mayoría**, la postergación del mismo durante un lapso de tiempo suficiente para dar lugar a la curación, cuando ésta puede realizarse, o a la obtención del estado de latericia clínica de la afección.

Es indudable que, mediante la aplicación de dicha medida, podrían descubrirse gran número de casos de enfermedades en estado contagioso que, de otra manera, serían diagnosticados tardíamente, después de haber causado daños irreparables.

Por otra parte, presenta la ventaja de llamar la atención del público acerca de las consecuencias familiares y sociales de las enfermedades hereditarias y especialmente del peligro venéreo y, encarado desde este punto de vista, constituye una indiscutible contribución para la elevación higiénica y moral de la población, formando la conciencia sanitaria al crear una *mentalidad eugénica* y despertando el sentimiento de *responsabilidad racial*. El hecho de tener que someterse a un examen médico antes de contraer matrimonio obligará a los jóvenes a cuidar su salud y, en caso de enfermedad, a someterse a tratamiento, para evitar la humillación de soportar una dilación del mismo a último momento.

Formas d aplicación del examen médico prenupcial

pos modalidades de aplicación

del examen médico prenupcial se ofrecen en la práctica: el examen *facultativo* y el *obligatorio*. Uno y otro tienen sus partidarios y presentan ventajas relativas, que varían de acuerdo con la mentalidad del país, sus costumbres y su cultura.

1. *Examen facultativo*. — Sus sostenedores confían en lograr que los interesados se sometan *espontáneamente* al examen, por el convencimiento de las ventajas que éste representa. Recurren, para conseguirlo, a la educación sanitaria, dirigiéndose especialmente a las familias y a los futuros consortes, señalándoles la eficacia de aquella medida y la conveniencia de considerar las condiciones de salud como las más importantes para la constitución y el porvenir del futuro hogar.

Dicha propaganda no debe circunscribirse a estas advertencias, sino que debe comprender la cultura higiénica amplia de la población, iniciada desde la escuela primaria, incluyendo la educación sexual y las nociones de Eugénica y proseguida por todos los medios de propaganda,

insistiendo especialmente sobre la profilaxis antivenérea y las ventajas del examen médico prenupcial. Más adelante presentamos algunos ejemplos de la propaganda realizada con estos fines.

Aún los adversarios del examen facultativo reconocen la necesidad de la obra de propaganda, a fin de preparar a la opinión pública para la adopción, ulteriormente, del certificado obligatorio.

2. *Examen obligatorio*. — Los partidarios del sistema precognizan la necesidad de sancionar leyes que impongan a los futuros cónyuges, entre los requisitos necesarios para contraer matrimonio, la presentación de un certificado de buena salud. Según los países, dicho certificado debe datar de 1 a 30 días, debiendo ser presentado por el hombre o por ambos contrayentes, indicando que el interesado se halla exento de enfermedades venéreas o comprendiendo en el mismo otras enfermedades infecciosas y hereditarias e intoxicaciones (alcoholismo, tuberculosis, epi-

lepsia, lepra, alienación mental, imbecilidad, etc.)

Ciertos países han adoptado el sistema del *juramento obligatorio*, por el cual todo candidato al matrimonio debe declarar bajo juramento que no es portador de una enfermedad venérea o peligrosa para el otro cónyuge.

Examen médico prenupcial en la práctica

Sea facultativo u obligatorio, ¿cómo efectuar en la práctica el examen médico prenupcial? ¿Con qué criterio debe encararse y a qué plan debemos atenernos?

"El examen médico prenupcial — conforme sostiene el doctor Govaerts, director de la Policlínica del Parque Leopoldo, de Bruselas — no es, en suma, sino una modalidad del examen médico preventivo y con este nombre será comprendido mejor por el público. Por otra parte, conviene informar al público que dicho examen debe efectuarse con mucha anterioridad al matrimonio y que debe repetirse anualmente. El examen médico preventivo no tiene, en efecto, otro fin, que el de descubrir una enfermedad latente en su comienzos, comprobar la existencia o ausencia de trastornos funcionales, de anomalías orgánicas o de hábitos erróneos".

Según el autor citado, dicho examen comprendería:

19 Una serie de preguntas relativas a la identidad del sujeto a examinar, edad, condiciones de vida, de trabajo, *que* alojamiento,

hábitos, alimenticios y 'antecedentes mórbidos.

29 Una serie de preguntas sobre las sensaciones subjetivas del paciente que no hubieren llamado mayormente su atención y que pudieran orientar al médico hacia una alteración determinada.

39 Investigación de los antecedentes hereditarios.

4¹? Exámenes generales sobre las aptitudes fisiológicas, empleando aparatos especiales o la aplicación de diversas pruebas.

59 Examen del individuo, de pie, sentado y acostado, según los métodos clínicos habituales.

En la "Oficina de consejos de salud para los candidatos al matrimonio", que funciona en Viena desde el año 1922 y es el primer centro profiláctico prematrimonial creado en Europa, se practica el examen en la forma siguiente:

El médico debe hacer presente a los futuros esposos que sus consejos no tendrán resultado si no examina a cada uno de los consultantes, si éstos no responden a sus preguntas con toda conciencia y si no se prestan a los exámenes indispensables.

El médico anota a continuación los antecedentes hereditarios y personales, especialmente aquellos que pudieran transmitirse al otro cónyuge, las enfermedades hereditarias y las que pudieran amenazar la salud de los hijos.

Esto se transcribe en el formulario I y se certifica con la firma del consultante. El for-

mulario II se destina a la historia familiar y a los antecedentes personales.

El médico puede aún practicar un examen que anota en el formulario I,

Cuando ha formado su criterio acerca de la salud del consultante, debe solicitar el dictamen del médico tratante, que anota en el formulario III.

Si conviene recurrir a un especialista, el médico le envía el **enfermo**, con el formulario IV. La elección del especialista es a voluntad del interesado.

En ambos casos, el consultante firma sus declaraciones en el formulario. El médico adota las preguntas especiales que desea dirigir, llena el formulario y lo remite al consultante en sobre errado. El consultante acude al consultorio del médico tratante o -del especialista, los que envían su respuesta por correo al Centro Profiláctico.

El diagnóstico del especialista es comunicado al enfermo si éste lo exige.

De acuerdo con los diversos dictámenes médicos, el médico del Centro formula su diagnóstico, que extiende en el formula-

rio I. Si el caso es difícil, solicita su opinión a la Landes-Sanitat Rat.

El enfermo tiene, asimismo, el derecho de recurrir a esta Comisión.

El formulario I y demás informes son conservados bajo sello por el médico del Centro Profiláctico.

El médico comunica *verbalmente* su diagnóstico al consultante. Solamente por formal pedido del enfermo, el médico puede extender un certificado por escrito (form. V y VI). El formulario IV es dado a los consultantes que han presentado una enfermedad sexual, pero que no conservan ningún sintonía y, a quienes, desde el **punto** de vista médico, no podrían oponérselos impedimentos para el matrimonio.

El examen médico prenupcial en la clientela. — En el caso de que los interesados recurran a su médico particular, a fin de requerir el certificado de salud para el matrimonio, el examen, desde el punto de vista médico, no difiere esencialmente del practi-

cado en los centros o institutos especiales.

Desck, el punto de vista profesional se ofrecen, en cambio, varias cuestiones a considerar. Estas se refieren a la identidad del consultante, al secreto profesional y a las ulteriores reclamaciones de que pudiera el médico ser objeto.

Respecto al primer punto, es demostrativa la observación de Queyrat, quien refiere el caso ocurrido a un colega que fue consultado por el aspirante a la mano de la hija de uno de sus clientes, con objeto de practicar un examen prenupcial. Lo examinó, con resultado enteramente satisfactorio. Llegado el día del casamiento, el médico asiste a la ceremonia y ¡cuál no sería su estupor al comprobar que el marido no era el sujeto que él había examinado! Se había realizado una substitución, indudablemente con sobrado motivo. .. A fin de mantener el secreto profesional, de cuya violación pudiera culparse al médico en caso de haber éste comunicado a uno de los futuros cónyuges el resultado del examen practicado en el otro, el procedimiento a seguir consiste en *no extender el certificado, en caso desfavorable para el examinado*. La ausencia de certificado equivaldría a la existencia de taras que constituyen impedimento para el matrimonio.

En caso de extender el certificado de buena salud, el médico tratante debe ponerse a cubierto de las contingencias posibles de

una reclamación, a causa de haber entrado posteriormente en actividad una enfermedad en estado latente en el momento del examen.

OBJECIONES FORMULADAS AL EXAMEN MEDICO PROFESIONAL

La medida que nos ocupa ha suscitado numerosas objeciones de orden médico, legal y social. Si bien todas las opiniones coinciden, *teóricamente*, acerca de su conveniencia, cuando se trata de llevarla a la práctica surgen numerosos escollos.

Pasaremos rápidamente revista a los argumentos más importantes opuestos a su adopción y las réplicas que han merecido de parte de sus defensores.

—Se ha objetado que el examen sería *ilusorio*, puesto que el enfermo puede acudir a él "blanqueado" por un tratamiento anterior. A ello han respondido los partidarios de la implantación del examen que, desde el momento que el candidato al matrimonio no presenta síntomas de su enfermedad y los exámenes biológicos dan resultado negativo, será siempre preferible autorizar el enlace en esas condiciones y no que se hubiese realizado encontrándose en estado contagioso.

—Se ha sostenido que dicha medida sería *injusta*, al ser impuesta solamente a los hombres. De acuerdo con esta objeción, el

examen debería imponerse por igual a hombres y mujeres, dado que éstas pueden ser portadoras de enfermedades contagiosas y taras hereditarias.

—El examen ofrecería una *falsa seguridad*, puesto que, realizado en el período de incubación de la enfermedad, ésta podría manifestarse luego del casamiento. Es indudable que el certificado no puede dar una seguridad absoluta, pero es de suponer que los casos en que tal fatalidad se produjera serían los menos.

—El examen puede ser falseado asimismo por el hecho de las *contaminaciones tardías*. Corroborado el buen estado de salud del candidato, éste puede exponerse al contagio y estar enfer-

mo el día del casamiento. Algunos han propuesto, por esta razón, la realización de un segundo examen, inmediato a la fecha del matrimonio, cuando se ha efectuado otro con anterioridad. Con motivo de éste, el médico debe recomendar al consultante la práctica de la continencia durante los días subsiguientes hasta el del enlace.

—El examen constituiría un atentado contra el *secreto profesional*, al divulgar el estado de salud de los consultantes. Hemos señalado ya la forma de evitar en la práctica esta dificultad, no extendiendo el certificado sino cuando el resultado es positivo; la falta del mismo implica que el candidato no se halla

en condiciones de contraer enlace. Sólo con la autorización formal del interesado, el médico comunicará el resultado negativo al otro futuro cónyuge o su familia. En caso de extender el certificado — cuando el resultado es favorable — ésta es entregado al consultante, que puede hacer de él el uso que le convenga, no hallándose, por lo tanto, violado el secreto profesional.

—El médico podría ser objeto de *reclamaciones ulteriores*, de parte de la familia, en caso de manifestarse una enfermedad latente en el momento del examen. El médico deberá advertir de esta causa de falta a la familia y, por otra parte, adoptará las precauciones necesarias al redactar el certificado en la forma señalada precedentemente.

—El examen se presta a la *substitución de persona*. Para evitar esta eventualidad deben exigirse los documentos de identidad personal o la presentación directa del interesado al médico, por la familia del otro cónyuge.

—*too* posible que un enfermo, rechazado por un profesional honesto, recurra a *médicos charlatanes*, que le facilitarán el certificado. La ley debe castigar con rigor estos casos.

—Se ha argüido que la implantación del examen prenupcial tendría como consecuencia la *disminución de la nupcialidad* y favorecería las *uniones libres*. Pero ya hemos visto que, en la gran mayoría de los casos, dicha

medida sólo implica una postergación momentánea del matrimonio, lo que no podría inducir a la-s gentes honestas a adoptar aquella decisión.

—Se ha expresado el temor de que el examen fuera *ultrajante para el pudor* de las mujeres. Pero no se trata de efectuar un examen ginecológico, sino una inspección clínica discreta.

Como bien sostiene Gougerot, "con el pretexto de la auscultación, se descubre una erupción en el tórax, al practicar un examen del abdomen a través de. Ja camisa se palpan los ganglios inguinales, lo que bastará para descubrir un chancro genital. La orina, recogida para investigar la presencia de albúmina, servirá para la búsqueda del gonococo. La extracción de sangre, — para efectuar la reacción de Wassermann —, el examen de la garganta, ofrecen ninguna dificultad".

—Se ha pretendido que dicha medida tiende a dar un *concepto materialista del amor*, contrariando en muchos casos el sentimiento amoroso. A esto replican los partidarios del examen que es menester impartir una educación que lleve a crear una nueva mentalidad, que de por resultado la substitución del amor romántico por un método de selección, de acuerdo con los intereses de la raza.

—Se ha objetado, — por último —, que se haría necesario practicar *exámenes complicados de laboratorio, la intervención de especialistas*, que no existirían, en;

número suficiente y la *designación de nuevos funcionarios*, lo **que** originaría *gastos* extraordinarios. Sin embargo, el examen de que *se* trata es **relativamente** sencillo, **se** halla al alcance de todo médico consciente, y sólo en caso necesario se recurrirá a un e-especialista, razón por la cual no sería necesario crear nuevas puestos ni originaría mayores erogaciones.

— VI —

LA OBRA DE PROPAGANDA EN FAVOR DEL EXAMEN MEDICO PRENUPCIAL

Cualquiera que sea el criterio mantenido acerca de la forma de aplicación del examen que nos ocupa, todas **las** opiniones se hallan conformes sobre la necesidad de ilustrar a la opinión pública a este respecto, señalando **las consecuencias** que trae aparejado el casamiento cuando el estado de salud de los contrayentes no lo permite y la conve-

niencia de verificar dicho estado y someterse a las prescripciones médicas, en caso de ser necesario.

Trátase, como se ve, de toda una educación nueva, de orden netamente eugénico. que es menester infiltrar en el espíritu de las gentes. Para ello debe recurrirse a todos los medios utilizables de propaganda: conferencias públicas, en los establecimientos de enseñanza, al profesorado y magisterio, en fábricas y talleres, centros culturales, bibliotecas, clubs deportivos, en el ejército y la armada, etc.; conferencias por radiotelefonía, exhibiciones cinematográficas, distribución de folletos y volantes, fijación de affiches y carteles, artículos de prensa, libros, obras teatrales, etc.

Como propósito más inmediato y urgente, esta obra debe dirigirse especialmente a los futuros cónyuges, próximos a contraer enlace. En muchos países se distribuyen, con este objeto, por intermedio de las Oficinas

del Registro Civil, diversas publicaciones con consejos a los candidatos al matrimonio.

Casi todas las oficinas, consultorios o centros profilácticos distribuyen volantes semejantes destinados a los futuros cónyuges, ya directamente o bien por intermedio de las oficinas -del Registro Civil. Pero esta medida llega a menudo demasiado tarde para el fin perseguido.

Es menester dirigir la obra de educación directamente al gran público y ello por todos los otros medios que hemos citado anteriormente, a fin de ilustrar a la opinión pública acerca de la magnitud e importancia de la cuestión.

Uno de los procedimientos más eficaces es el de la propaganda por *afiches* y *carteles*, con ilustraciones llamativas, los primeros, y leyendas suficientemente elocuentes, los otros, que hagan de ellos, según el dicho francés, "un grito fijado en una pared", mediante profusa fijación mural en las calles.

He aquí las leyendas de algunos de los *afiches* y *carteles* publicados por la Liga Argentina de Profilaxis Social:

NP 1:

¡Novios! ' La salud es condición primordial de dicha conyugal. Por vosotros y vuestros futuros hijos, debéis someteros a examen médico, antes de contraer matrimonio.

N9 2; *Las culpas de los padres cae.-*

rán sobre los hijos hasta la tercera y la cuarta generación. Todo novio honrado debe someterse a examen médico antes de contraer matrimonio.

Nº 3:

La mejor herencia que puede legar a sus hijas es una buena salud.

Antes de contraer matrimonio, sométase a examen médico, para evitar la transmisión de enfermedades hereditarias.

Nº 4:

Un novio honrado debe someterse a examen médico antes de contraer matrimonio.

NP 5:

(Adaptado de otro publicado por el Comité de Propaganda y Educación Profiláctica, de Francia).

Para tener hijos sanos, la salud de los padres es condición primordial. La sífilis es una de las principales causas de enfermedad y de muerte de los recién nacidos y de los niños.

Numerosos sífilíticos ignoran su mal.

La sífilis sin síntomas visibles es tan peligrosa como la sífilis que se manifiesta por signos exteriores.

La sífilis es curable y debe ser tratada:

En los padres *antes de la procreación.*

En la madre *durante la gestación y después del parto.*

En el niño *hasta la curación.*

Regular y convenientemente tratada antes y durante la gestación, la futura madre dará probablemente nacimiento a un niño vivo, que no deberá soportar durante toda su vida las consecuencias de esta enfermedad hereditaria.

N9 6:

Dos intrusos que, muy a menudo, forman parte del corbejo nupcial.

Antes de contraer matrimonio, sométase a examen médico.

La distribución de *volantes*, *folletos* y *libros* de divulgación, es otro de los medios de propaganda más eficaces.

Otro de los sistemas educativos de mejores resultados es la realización de *conferencias*, a cargo de oradores capacitados, ilustradas con exhibiciones cinematográficas.

Con fines educativos, desde el punto de vista eugénico, y especialmente para demostrar los

efectos directos y hereditarios de las enfermedades venéreas, muchos autores han escrito *obras teatrales*, que se han representado con éxito y utilizado en las campañas de profilaxis antivenérea.

Pero la tarea a realizar es aún más extensa. Los jóvenes deben ser preparados desde temprano para cumplir su futura función de reproductores, mediante una especial educación biológica y social. Para ello es menester, comenzando desde la infancia, despertar en ellos la preocupación por una descendencia sana, inculcándoles la noción de la responsabilidad biológica, creando una *mentalidad eugénica* que les inspire el cuidado de la salud y el respeto de sí mismos y les permita llegar al matrimonio en condiciones de transmitir sin mácula el patrimonio hereditario recibido de sus antepasados.

Dicha obra debe ser iniciada por la *instrucción de los educa-*

dores, que actualmente no se hallan preparados, en la inmensa mayoría de los casos, para cumplir esa faz tan fundamental de su misión, denominada "educación sexual".

Esta educación, absolutamente imprescindible para el fin que nos ocupa, debe iniciarse en la escuela primaria, al abordar el estudio de las Ciencias Naturales, simultáneamente con las primeras nociones acerca del mundo orgánico, al estudiar Sotánica, para continuarse luego en Zoología, Anatomía, Fisiología e Higiene. Al realizar el estudio de la herencia biológica presentarse al educador consciente, innumerables motivos para impartir estas nociones, que no necesitan, como se ve, estar englobadas en un programa aparte, sino bailarse simplemente presentes en el espíritu del educador.

La familia, en los casos en que el grado de cultura lo permita, puede y debe cooperar a la acción de la escuela, educando a los jóvenes en el sano conocimiento de las cuestiones sexuales, mantenidas ocultas actualmente, por obra de anticuados prejuicios, con las funestas consecuencias que a diario pueden observarse en la práctica profesional. En este sentido, es menester realizar asimismo la educación de los padres de familia.

La obra iniciada en la niñez debe proseguirse, al llegar a la pubertad, señalando a los jóvenes la necesidad de conservar su salud para hallarse en coridicio-

nes de cumplir con el destino natural y el deber "social que conducen a la formación de un hogar. Es menester inspirar en la juventud un alto idealismo, el orgullo de la procreación sana, la ambición de la descendencia inmejorable, señalándolos como la más elevada misión social a cumplir.

De este modo orientada, nuestra acción conducirá, sin duda, a la formación, en la generación venidera de la *mentalidad eugénica* que; se busca obtener. Cuando ello se consiga y cada cual conozca los riesgos a que se expone infringiendo las normas eugénicas no será necesario recurrir rigor de la ley para imponerlas, ni se precisará despertar sentimientos de raza o de patria: se cumplirán espontáneamente por el individuo. El mismo interés individual, fuerza la más activa y que debemos tener siempre presente en primera línea, evitará con toda su energía que continúen verificándose las irracionales uniones de hoy.

CONCLUSIONES

1° Es menester inculcar en los jóvenes la noción de la *responsabilidad biológica* que les incumbe, suscitando la preocupación por una descendencia sana y haciéndoles considerar la salud como un precioso legado recibido de sus antepasados, que deben transmitir intacto a sus descendientes.

2° Dependiendo el porvenir de

los hijos, en primer término, del estado de salud de los progenitores, debe rodearse al matrimonio de todas las garantías posibles, a fin de evitar la transmisión de enfermedades peligrosas para la descendencia o para el otro cónyuge.

3°- Debe reformarse el matrimonio, desde el punto de vista sanitario, exigiendo de los futu-

ros cónyuges el certificado de buena salud.

4° Convendría, entre tanto, crear Consultorios Prenupciales gratuitos y de concurrencia facultativa.

5° Es imprescindible y urgente desarrollar una intensa propaganda en favor de los ideales eugénicos y la educación sexual.

Correspondencias Médicas

En la Clínica de Bohler. Estado actual del tratamiento de las fracturas

Por el Dr. LELIO O. ZENO.

Cuanto más pasa el tiempo, más indispensable se hace la especialización de nuestras actividades. Y no hay por qué lamentarse. Por el contrario, se beneficia con ello simultáneamente el avance del saber y las adquisiciones prácticas. Estemos o no estemos de acuerdo, así sucede, sin embargo, y contra la fuerza de las cosas en vano se resistirán los que recuerdan el pasado evocando la figura del buen médico del hogar, padre espiritual, consejero de la familia, medio filósofo, un cuarto de sacerdote y un octavo de sabio. Aquella figura armonizaba con una medicina elemental y primitiva.

El progreso científico de nuestro día crea una exigencia técnica absorbente que no deja mucho tiempo a la contemplación sentimental. Ciertamente, el médico se deshumaniza en el sentido poético. Nuestro prestigio mo-

ral sufre. Está -en crisis. Pero todo es aparente. Una nueva ética se vislumbra. Una ética objetiva. Una ética científica.

La responsabilidad de un médico del pasado no podía ser mayor que la que correspondía a los conocimientos de su época. Su ignorancia y sus errores se cubrían perfectamente con una buena palabra, con una cita bíblica oportuna, convencional. Resultaba fácil, con un poco de tacto psicológico, ganar un prestigio ético. Pero todo esto es romanticismo. Poesía. Poesía ridícula y barata frente a las responsabilidades modernas. Un médico, ante todo, debe saber. Y si no sabe, debe saber que no sabe para llamar a quien sabe. Ahí está el fundamento de la nueva ética profesional. Con ella se rehabilitará el médico de mañana para ocupar nuevamente el

alto sitial que perdimos en este momento de transición.

EL PESO DE LOS NÚMEROS

A inteligencia igual, quien ve diez veces más, sabe más. **Sorrel**, Calvé, Galland y tantos otros, actuando con el material enorme de tuberculosis quirúrgica que París envía a Berck Plage, saben, saben mucho. Su saber no resulta pedantería. Cuando opinan algo, opinan con hechos, con muchos hechos. Allá, en Berck Plage, se aprende en poco tiempo lo que no alcanzamos a comprender viendo uno que otro caso, aisladamente, sin el concurso de los elementos con que se dispone en los grandes centros de especialización.

FRACTURAS DEL ANTEBRAZO

He aquí un asunto que preocupa a todos los cirujanos del mundo. Las fracturas del antebrazo son difíciles de tratar y hasta ahora no se había dado con un procedimiento de eficacia confirmada. Comprendiendo la importancia del tema, nuestros cirujanos resolvieron presentarlo como uno de los puntos a discutirse en el próximo Congreso Argentino de Cirugía. Yo fui uno de los relatores designados para ello. Mi viaje, previamente resuelto, me obligó a renunciar a tan alto honor. Pero no quiero renunciar en absoluto a contribuir en alguna forma a la dilucidación del problema

La feliz circunstancia de haber pasado unos días en la clínica de mi estimado amigo y maestro Bohler, me ha hecho reflexionar sobre el significado que hubiese tenido mi aporte personal para la aclaración del punto a discutirse. Las notas que daré de seguidillo, las escribo con gran satisfacción porque con ellas ofrezco a mis colegas la expresión más perfecta del progreso técnico realizado en este campo de la traumatología. Nada mejor podía haber hecho yo al responsabilizarme de la misión que el haberme venido oportunamente aquí. Hay que librarse un poco del puente individualista. Hay que saber renunciar convenientemente a nuestra vanidad. Para la ciencia, para el enfermo, poco le importa que el método sea mío o suyo, argentino o francés. Lo que le interesa es conocer el buen método. Y en el caso particular, el buen método es el que se practica en el Unfallkranke-nhaus de Viena, por las razones que irán más tarde. Mi herejía patriótica es aparente, toda vez que yo aconsejaría a cualquier europeo que pretenda conocer muchos aspectos de la histeria, la conveniencia de pasarse una temporada estudiando las manifestaciones clínicas y la conducta terapéutica más ajustada y experimentada, en los servicios quirúrgicos de Buenos Aires o Montevideo.

En octubre de 1930 pasé ante la **Sociedad** de Cirugía de Buenos Aires un "film" que me enviara Bohler, donde se apreciaba el-

desarrollo de su nuevo método para tratar las fracturas del antebrazo. Por aquel entonces el sabio traumatólogo vienes lo había practicado en 22 casos. C/Behandlung **schwerer vorderrarmbrüche** de L. Bohler en Dsr Chirurg', 1-IX-1930). Desde entonces, hasta ahora ha sido aplicado en muchas más ocasiones. Durante mi permanencia se hizo el caso número 71, Era una fractura de antebrazo, tercio medio. Anestesia del plexo braquial, técnica de Kulenkain. pi. Paciente acostado. El brazo en abducción a 90° y el antebrazo en posición intermedia entre supinación y pronación se halla **flexionado** en ángulo recto. La tracción la ejerce un asistente tirando de la mano del lesionado. La **contra tracción** se hace mediante una cincha aplicada sobre el brazo. El cirujano, mientras tanto, realiza la reducción de la fractura, presionando digitalmente el espacio interóseo.

Una vez alineados los fragmentos y mientras el asistente sigue traccionando para mantener la corrección dada, el operador atraviesa la base del olécrano con un fino tallo de metal inoxidable (instrumental de Berck). Con otro tallo atraviesa el radio y cubito a dos traveses de dedo por arriba de la muñeca. Hace de inmediato el enyesado sin acolchado que comprende la mano, desde la raíz de los dedos, hasta el antebrazo y la mitad del brazo. El enyesado aprisiona a los dos alambres, cuyos extremos rebasan la superficie del yeso. Una vez fraguado éste se afirma una tuerca de presión en cada extremo de los alambres, bien en contra del yeso. La parte exuberante del alambre se corta. Después se vuelve a pasar una venda enyesada para incluir el sistema alámbrico, emparedándolo. Es éste un detalle importante. El alambre debe ser fijo, solidario con el esqueleto y

el aposito de yeso. Si se mueve origina reacción ósea, osteomielitis, accidente ocurrido en tres casos al principio de la serie. La gran experiencia posterior demuestra que el alambre es perfectamente tolerado si no hay movilidad. Por eso, no sólo afirma sus extremos con cuatro rosas de presión, sino que luego las cubre con una venda enyesada con el objeto de que el siniestrado no tenga la ocurrencia de toquetearlo y malograr el sistema.

Hace tiempo que prescinden de proteger los orificios de penetración y salida cutánea del alambre mediante gasa y bálsamo del Perú. Colocan directamente el yeso considerando este material el mejor para prevenir la infección de la pequeña herida perforante.

Una vez ejecutados todos estos tiempos, el accidentado pasa a los rayos X, donde una placa revelará la reducción correcta. En caso de no ser satisfactoria, se repite la maniobra, aprovechando la anestesia que persiste dos y más **horas**. La técnica del enyesado para las fracturas del antebrazo es la descrita en la obra de Bohler ((El tratamiento de las fracturas". En la tercera edición alemana de la misma obra, próxima a aparecer, está detallado el método someramente expuesto aquí.

Es un método definitivo, "standard". Es el único método que previene la alteración sucesiva de la posición de los fragmentos, ocurrencia **frecuentísima' aun**

después de una excelente reducción y un enyesado perfectamente moldeado y sin acolchar. El desplazamiento secundario es casi total en las fracturas conminutas y en bisel.

He visto, asimismo, emplear el método en una fractura de Colles de difícil contención. El método está indicado para las fracturas del antebrazo y del radio en el tercio medio; en fracturas graves de la extremidad inferior del radio con fragmentos articulares y para ciertos casos de luxación del semilunar que describiré más adelante. En estos últimos casos el alambre inferior, en lugar de perforar las extremidades del radio y cubito, perforará los cuatro últimos metacarpianos en la vecindad de su base. Basta también con perforar el quinto y el segundo metatarsiano. Ya dijimos que la radiografía inmediatamente después de terminada la operación debe asegurarnos de la buena reducción. Pero a los ocho días, para más seguridad, se toma otra radiografía. El paciente llevará el sistema reductor durante ocho o diez semanas. No se retirará el yeso y los alambres antes de asegurarse radiográficamente sobre la consolidación. Durante todo este tiempo el accidentado no necesita estar hospitalizado y se le educa para que ejecute frecuentes movimientos digitales y del hombro, que resultan el mejor estímulo funcional y acelerador de la reparación accidental.

Dije que este método se con-

sidera definitivo. No es por simple impresión. Es una afirmación fundada. El primer asistente de Bohler, el Dr. Fritz Schmek, tuvo la gentileza de pasarse una hora mostrándome gran parte de las radiografías correspondientes a los numerosos casos tratados en estos últimos tres años.

FRACTURAS DEL CALCÁNEO.
LA BESTIA NEGRA DE LA
TRAUMATOLOGÍA

Quien cree que especialización significa estancamiento, está en un error. Los profesionales, los cirujanos "mecánicos", siempre deben contar con una terapéutica ".standard". Lo que no quiere decir que un método debe perpetuarse. Un método, por bueno que sea, sera reemplazado por otro probado mejor o simplemente anulado por inútil. Todo el mundo ortopédico se entusiasmó con el método ideado por Bohler para tratar las fracturas graves del calcáneo, y los mejores traumatólogos se apresuraron a ensayarlo. Ahora es el momento que se difunde el instrumental que Bohler ha ideado para ello. Ahora justamente, cuando el mismo Bohler me acaba de manifestar con pena que no es un buen método, que el análisis sereno de una buena serie de casos es de resultados desalentadores. Recuerdo, hace tres años, el entusiasmo con el cual Bohler me explicaba los fundamentos del método que acababa de idear. Vi entonces sus pri-

meros casos aparentemente felices. Tan convencido estaba yo de la lógica del método, que cuando el autor me envió el primer film cinematográfico obtenido durante la aplicación del método en un accidentado, me apresuré en hacerlo conocer a mis consocios de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires (Boletines y Trabajos de la Sociedad

de Cirugía de Buenos Aires, tomo XIV, año 1930, página 125). Desde hoy en adelante, la ingeniosa técnica de Bohler quedará como un recuerdo histórico al lado de muchos otros procedimientos creados y por crearse para tratar las fracturas graves del calcáneo. Su asistente intentó rehabilitar el método, introduciéndole modificaciones aparentemente razonables. No las describiré porque me cupo la suerte (feliz o desgraciada) de asistir a una sesión operatoria, especialmente invitado por Schnek, donde el citado cirujano practicó una reducción de fractura de calcáneo con la modificación del método de Bohler. Tengo que confesar que, a pesar de las bases científicas del método en cuestión y de la extrema habilidad y experiencia del autor, el resultado fue un soberano fracaso.

En traumatología, y será sin disputa lo mismo para muchas otras disciplinas, no es cuestión simplemente especulativa y de lógica. El ingenio es lindo, pero los hechos tienen siempre la última palabra. Por ingenioso y sugestivo que sea un procedimiento, si la prueba objetiva no concuerda, el único recurso es el abandono. No es la oportunidad aquí de explayarse en consideraciones sobre los numerosos métodos utilizados en el tratamiento de las fracturas graves del calcáneo. El problema, para mí, queda planteado como en un principio. Creo que no tiene so-

lución. Se trata de un accidente que ha quebrado en definitiva e irremediablemente la perfecta y hermosa arquitectura del calcáneo. Es, además, un accidente complejo, donde no sólo se ha aplastado el sistema trabecular del esqueleto, sino que ha destruido las relaciones articulares astrágalo-calcánea irremediablemente; que ha roto el sistema ligamentoso y que a menudo se acompaña de luxaciones o sub-luxaciones articulares **astrágalo-escafoidea**, calcáneo-cuboidea.

El remedio es siempre un paliativo. El mejor, en los casos graves, es una anquilosis sub-astragalina. Habrá limitación de movimientos, pie plano: pero no habrá dolor. Es lo que debe buscar el cirujano en los casos en que espontáneamente no se produce la anquilosis. Practicará una artrodesis sub-astragalina, recurso ya clásico en las circunstancias anotadas. (Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, tomo XIV, año 1930, pág. 125). Con esto se suprime el dolor, que es el exponente de una artritis traumática. Se suprimirá el dolor siempre que éste no tenga otro origen, por ejemplo, una sub-luxación astrágalo-escafoidea, relativamente común compañera de la fractura grave del calcáneo y consecutiva al mismo accidente. Por fracturas graves se entiende las fracturas que han aplastado el eje vertical; fracturas articulares con groseros desplazamientos de sus superficies.

FRACTURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Contamos desde ahora con una bella conquista terapéutica. El Dr. Schnek tiene ya publicados unos casos en "Der Chirurg" (2 arbgang, 1930, helf. 18).

En fracturas recientes con aplastamiento de cuerpo vertebral y angulación, se anestesia el foco con 20 c. c. de novocaína al 2 %, siguiendo una técnica similar a la empleada para la anestesia esplácnica por vía posterior. Cuando la aguja toca el cuerpo vertebral, jalón de reparo para la anestesia, en lugar de separarse para rodear el cuerpo vertebral y llegar a su cara anterior para infiltrar el plexo, se detiene en la cara lateral, donde está el foco de la fractura, para inyectar el anestésico (fg. 1). Insensibilizado el **foco**, se suspenden los miembros inferiores como lo indica la figura 2 y se practica un lecho de yeso. Mientras tanto, en el curso de una o dos horas, la reducción de la fractura se cumple satisfactoriamente.

Aquí lo que se busca es la corrección, angular. No otra cosa se puede obtener de un hueso esponjoso, aplastado por el traumatismo indirecto, que colapsa totalmente su sistema trabecular, como ocurre en las fracturas del calcáneo.

El paciente yace cinco semanas en el lecho duro. Pasado tal tiempo, se levanta con la protección de un corsé que llevará seis a ocho semanas. En total, tres meses.

Experiencia: seis casos, todos satisfactorios.

FRACTURAS DEL CUELLO DEL FÉMUR

Una observación fortuita ha provocado una investigación sobre el material del Unfallkrankenhaus, investigación que originó como consecuencia una provechosa revisión de conceptos terapéuticos.

Hace cuatro meses se internó un accidentado de 50 años, portador de una fractura del cuello femoral. Poca reacción. Dolores tolerables. El sujeto puede

realizar ciertos movimientos. Se lo deja un día, dos, tres. El dolor merma. Los movimientos se amplifican y contra la opinión facultativa el paciente se levanta a los quince días. Usa primero muletas, pero bien pronto se libra de su auxilio. A los tres meses se consideraba curado.

La radiografía inmediata al accidente ponía, en evidencia una fractura del cuello con un desplazamiento en valgus del fragmento proximal. La consolidación ósea era sólida a los tres meses.

El hecho despertó una curiosidad fructuosa. El análisis del archivo descubrió que todas las fracturas del cuello, cuyos fragmentos están en valgus, eran fracturas engranadas que evolucionaban hacia la consolidación ósea.

En cambio, las fracturas del cuello en varus, a pesar de todos los cuidados se registraban como casos malos, por cuyo motivo Rohler había recurrido al tratamiento quirúrgico, según la técnica y con el instrumental de Smith Petersen.

En cambio, las fracturas del cuello en varus, a pesar de todos los cuidados se registraban como casos malos, por cuyo motivo Bohler había recurrido al tratamiento quirúrgico, según la técnica y con el instrumental de Smith Petersen.

Recordaré sucintamente los tiempos operatorios: Clásica in

Se abre la cápsula articular. Se descubre la cara externa del trocánter mayor. Se reduce la fractura. Se mantiene mediante un fórceps como que abraza el cuello femoral, mientras tanto se introduce desde la cara externa del trocánter un tallo metálico inoxidable a tres láminas que atraviesa el cuello en su eje lon-

gitudinal y toma el fragmento cefálico. He tenido ocasión, estando en Boston hace tres años, de ver operar a Smith Petersen un caso cuyo resultado inmediato fue estupendo. Por entonces había hecho 13 casos. Actualmente cuenta con más de 40. Bohler, que examinó los resultados del método en el Servicio de fracturas del "General Massa-chussetts Hospital" de Boston, se mostró entusiasmado. Personalmente lo ha practicado ya en siete casos.

CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL.

IMPORTANCIA TERAPÉUTICA

Bohler me autoriza a difundir estas nociones que aún no ha publicado, si bien sus ideas son terminantes y precisas al respecto. Desde el punto de vista terapéutico, hay tres tipos fundamentales de fracturas del cuello, que los represento en los tres esquemas adjuntos, copiados del material inédito de Bohler.

Chirurgie", 1930, N9 27 ("Fseudarthrosen behandlung mit der Beck'schen bohring"). La experiencia actual se eleva a cincuenta casos, todos excelentes, fuera de dos. Bohler atribuye estos dos fracasos a un excesivo número de perforaciones practicadas con el taladro. En la serie tiene los **exponentos** más diversos y difíciles; pseudoartrosis del escafoides carpiano, del antebrazo, del tercio inferior de la pierna, etc.

La técnica es muy simple. Se abordará la pseudoartrosis a través de uno, dos, tres o cuatro puntos, según el hueso. Para el escafoides basta con uno. Para el fémur se requieren cuatro puntos ubicados estratégicamente por los cuatro costados. De dichos puntos, la mecha llegará al hueso perforándolo en tal forma que atraviese los dos fragmentos comprendiendo la pseudoartrosis. Se repite un cierto número de veces la maniobra, de acuerdo con el tamaño del hueso, dirigiendo el tallo perforante en forma rodeada (ver esquema). El propósito de la manio-

bra es crear una superficie cribada por donde circularán elementos osteogénicos (sangre, médula ósea, osteoblastos, etc.) El hecho es que se dispone de un recurso simple y de una eficacia probada.

MATERIAL OSTEOGENÉTICO

Hendry, de Budapest, pretende que inyectando cola ordinaria en el foco de fractura se acelera la consolidación. El comercio se ha hecho cargo de la idea y preparado un producto: el "Ossogen", de la casa Richter, de Budapest. Pero cualquiera puede ensayar el principio utilizando la cola común de carpintero, previamente esterilizada e inyectando una cantidad de centímetros cúbicos en el foco de **fractura**. En el Unfallkrankenhaus no se tiene aún opinión sobre su valor, si bien Bohler lo ensaya con mucha simpatía. La impresión de sus asistentes es desfavorable.

FRACTURAS DEL MALEÓLO

Al llegar una mañana a la clínica

nica fue una sorpresa para mí ver al Dr. Sehnek operar una fractura de maleólo interno. He sabido entonces que hay algunos casos aparentemente simples al examen radiográfico en los cuales la reducción manual es in—
 ^Qrnp.ietá. Persiste una pequeña diastasis a pesar de las maniobras repetidas.

Conocemos la importancia enorme que una diastasis, tipo astragalina no corregida, tiene en la determinación de artritis crónicas post-traumáticas. De ahí el gran interés en conseguir una perfecta reducción de las fracturas maleolares.

Beck ha estudiado la anatomía patológica de dicha fractura, descubriendo *jsv^*. ciertos casos en los-^cdaiés la reducción manual no era satisfactoria, que existía una interposición ligamentosa o aponeurótica. En semejantes circunstancias es indispensable una intervención a cielo abierto para reducir la fractura. El interesado puede consultar el trabajo de Beck "Zur frage der operativen behandlung der luxations fractur des fussgelenkes" ("Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", B. 228, 1930).

La ocasión aludida más arriba me dio una brillante oportunidad de apreciar el valor de dicho conocimiento. La operación se llevó a la práctica de la siguiente manera: a través de una incisión longitudinal interna se expuso el foco de fractura. Una lámina de periostio intercalada entre los fragmentos mantenía la diastasis. El cirujano reseco

el elemento interpuesto; redujo luego el fragmento maleolar con una maniobra mínima. Si bien esta reducción se mantenía naturalmente y sin tendencia a zafarse, el operador colocó unos puntos separados al periostio. Puntos separados a la piel. A continuación un vendaje enyesado sin acolchar. La radiografía inmediata demostraba una perfecta coaptación fragmentaria.

LUCICION DEL SEMILUNAR

..-"En los casos recientes se reduce con la simple tracción longitudinal, mantenida diez a quince días.

La reducción se hace sola, sin otra maniobra más que la tracción, en virtud de que ésta abre el espacio donde se aloja el hueso en su estado anatómico normal. Al mismo tiempo, la tracción longitudinal pone tensos los tendones del canal carpiano, los cuales, presionando sobre el semilunar, lo obligan a ubicarse en su "loge" anatómica.

Cuando el accidente data de pocos días, una vez reducida la luxación se mantiene con un simple enyesado sin acolchar. Pero si el accidente es remoto, digamos de dos o tres y hasta seis meses, la reducción puede conseguirse con la misma maniobra descrita, pero tan pronto como cesa la tracción longitudinal se produce la luxación. Los tejidos adaptados a la posición anormal ejercen una presión sobre el semilunar reduci-

do, el cual zafa con suma facilidad. Hasta hace poco, en estas circunstancias se hacía la reducción cruenta. Ahora, con el recurso precioso de los tallos metálicos tránseseos, incluidos en el enyesado, tal cual lo hemos descrito al tratar sobre las fracturas del antebrazo, se consigue mantener la reducción. Mientras tanto, en pocas semanas los tejidos se adaptan y el sistema ligamentoso carpiano se repara. Esta técnica es "franco progreso" que debemos a la inteligencia de Schnek, cuya práctica en el estudio y en el tratamiento de las lesiones traumáticas del carpo es fundamental.

A propósito de lesiones carpianas, conviene saber que la experiencia de esta clínica demuestra lo siguiente. Las fracturas carpianas, escafoidea sobre todo, mal tratadas y que concurren al Hospital para accidentados, después de dos, tres o más meses de su origen, presentan radiográficamente la imagen de una pseudoartrosis, procesos de osteoporosis, "degeneración vacuolar" y demás aspectos post-traumáticos que llevan indebidamente a bursitis propias. Tales condiciones, como asimismo los sig-

nos clínicos que originan, desaparecen con un simple enyesado inmovilizador del carpo. El resto es cuestión de tiempo para ver, a través de la serie radiográfica, la reparación de la fractura y la normalización del sistema trabecular del esqueleto alterado por el accidente y la inadecuada atención.

Cuando la pseudoartrosis del escafoide data de mucho tiempo y cuando uno de los fragmentos no presenta la imagen radiográfica oscura característica de la necrosis ósea, el método de Beck aplicado según hemos descrito precedentemente, produce una consolidación rápida de la fractura. Se entiende que, a continuación el hueso, debe ejecutarse un enyesado que inmoviliza el carpo. Cuando uno de los fragmentos está en necrosis, no cabe otra conducta que resecarlo quirúrgicamente, dado el hecho de que produce trastornos, como ser dolor.

En una próxima terminaré la enumeración de progresos traumatológicos. Pero antes quisiera aquietar el espíritu de los que se inspiran en la escuela de Bohler, manifestándoles que cuales-

quiera que sean las modificaciones impresas en sus métodos, no significa nunca una transgresión a los fundamentos de la terapéutica, a saber:

Anestesia local. La reducción se hará inmediatamente siguiendo los principios que paso a enumerar.

1. El fragmento periférico se colocará en la dirección adquirida por el fragmento central.

2. Toda fractura se reducirá mediante la tracción y contra tracción.

3. La reducción se mantendrá

en buena posición durante todo el tiempo que dure la consolidación.

Obtenida la reducción con el auxilio de la anestesia local y mantenida en tal forma que el foco se halle inmovilizado, se inicia precozmente el tratamiento funcional sobre cuyos detalles puede informarse el lector consultando la obra de Bohler, difundida ampliamente en nuestro país, gracias a una traducción española.

Wien, 15 de julio de 1931.

j- LA ASOCIACION MÉDICA HONDURENA,

ha tenido la satisfacción de celebrar brillantemente sus dos últimas sesiones. En ella se han presentado trabajos científicos muy valiosos de los doctores Vidal y Callejas, sobre serología de la Sífilis y Pneumotorax artificial en la Tuberculosis Pulmonar, respectivamente.

En la presente edición nos damos el placer de publicar el primero de dichos trabajos, no pudiendo hacer lo mismo con el segundo, por haber sido más bien una exposición práctica del procedimiento que en manos del doctor Callejas, está dando muy buenos resultados.

Felicitamos a los distinguidos colegas por su entusiasta cooperación en el progreso de la ciencia nacional.

TOMA DE POSESIÓN.-El día primero de los corrientes tomó posesión la nueva Directiva

de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Mucho hay que esperar y que exigir de los nuevos funcionarios, jóvenes en su mayoría y empapados todos de la gran responsabilidad que pesa sobre ellos al tener que seguir la senda trágica por la Junta Directiva que acaba de salir.

Nuestra Asociación que quiere marchar en un todo de acuerdo con la Facultad le prestará todo su apoyo en cualquier propósito de mejoramiento que quiera realizar.

Con motivo del cambio de autoridades, el doctor Paredes inauguró al concluir su período un Salón de Histología y Anatomía.

EL CERTIFICADO PRENUPCIAL.-Concluimos de publicar un interesante trabajo sobre este tema tan importante que entre nosotros reviste carácter de actualidad por haberse presentado a la Asamblea Nacional un pro-

yecto de ley al respecto.

Esa medida higiénica va imponiéndose cada día más por el carácter alarmante con que se van generalizando entre nosotros las enfermedades venéreas y demás que son causa poderosa y frecuente de la degeneración del individuo y por consecuencia de la sociedad.

Esperamos que la reproducción que hemos hecho contribuirá poderosamente a que nuestro Congreso Nacional se ilustre sobre la materia y dicte una ley adaptada a nuestras necesidades.

Dicha ley contribuiría a remediar la deficiencia de nuestra Administración: la falta de Médicos Escolares. Con los honorarios que se devengarían por la expedición de certificados de buena salud a los que pretendan casarse y una pequeña cantidad que se asignara a los Médicos, se les formaría a éstos un sueldo que les permitiera vivir en poblaciones de ínfimo orden.

MÉDICOS SINTITÜLO.-La Facultad de Medicina acaba de dictar una disposición en virtud de la cual se señala el plazo improrrogable de un mes para que los señores Facultativos que han hecho sus estudios en el país o que se han incorporado a nuestra Facultad recojan sus títulos pagando los derechos correspondientes.

Es inconcebible que profesionales conscientes de sus responsabilidades ante la Sociedad y ante la Escuela a la que le deben su posición, se eximan de obtener su Título tan sólo por no pagar los exiguos derechos que se les cobra.

Esperamos que todos los señores profesionales que han cumplido con el requisito de haber jurado a hacerlo no solo por su propia estimación como por que la Facultad está dispuesta a tomar medidas severas para los que traten de burlar la ley y la disposición tomada últimamente.