

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

Director:

Dr. Salvador Paredes P.

Redactores:

Dr. Camilo Figueroa

Dr. Manuel Larios Córdova **Dr. Manuel Cáceres Vijil**

Secretario di' Redacción:

Dr. Tito López Pineda

Administrador:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año I

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Marzo de 1931

Núm. 11

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

CONGRESO MEDICO NACIONAL

Hace un año que propusimos a la consideración de la Asociación Médica Hondureña la idea de celebrar un Congreso Médico Nacional en esta capital, con fines que a nadie se escapan. Dijimos, entre otras razones de peso, la necesidad de conocernos, de establecer vínculos más estrechos aunque los creados por la Sociedad, que sí bien fuertes, no tienen la consistencia deseada.

Trataríamos asuntos del orden sanitario: campañas contra el paludismo, el cáncer, el parasitismo intestinal, la tuberculosis, la sífilis, la gripe, la disentería enfermedades dominantes en el país, sin excluir la fiebre tifoidea o paratifoidea, antes ignoradas y hoy suficientemente conocidas en toda la República.

La cirugía tendrá reservado un sitio de preferencia; ya no es un ideal, ni un sueño; su realidad, tangible en la práctica diaria y en la enseñanza demostrarán los progresos inmensos alcanzados en esta rama preciosa de la medicina. Ella ha invadido de tal manera los vastos campos de la patología, con una seguridad y éxitos tales, que nuestros

consocios de los departamentos y muchos de la capital tendrán el placer de ver y creer que Honduras no está como **algunos** podrían pensar en el limbo de ese arte y ciencia bellísima; porque si bien la **cirugía** fue arte cuando el cirujano se reducía a operar bajo las instrucciones del médico autor del diagnóstico, como alcanzamos a verlo en los años que fuimos estudiantes, hoy domina sobre el arte de practicar la intervención, la ciencia de formular el diagnóstico.

Alguien dijo: mejores diagnósticos hace quien más ha operado; a la inversa dice otro: mejor opera quien hace mejor diagnóstico, He ahí uno supeditando la ciencia al arte y el otro el arte a la ciencia. Estamos enrolados en la segunda manera de pensar por razones que obvian.

El Congreso Médico Nacional vendría a mostrarnos las capacidades del **país; a crear** estímulo para aquellos que talvez esclavos de una **injustificada** modestia laboran allá en los remotos pueblos, con tesón, con fé en la profesión y la noble insignia de servir con generosa amplitud a las víctimas de inclemencias de la naturaleza.

Quieran los médicos de Honduras sacudir un poco la indiferencia por el gremio y por la profesión y venir a darnos con el abrazo caluroso del colega y consocio, las luces adquiridas en sus estudios, viajes y meditaciones.

Nadie a vaya pensar, por las luchas suscitadas a veces en la prensa entre médicos amigos, que eso significa un distanciamiento o ruptura de amistad. De ninguna manera, es simplemente la manifestación pública de un punto de vista de tal o cual asunto. Después de una discusión más o menos acalorada, en que a veces se escapan palabras, al parecer ofensivas, pero cuya intención no es la de ofender, la opinión se inclina de un lado u otro hasta resolverse en forma honorable y volver los contrincantes a una armonía hija del buen juicio y la sensatez

Habíamos callado durante mucho tiempo en lo referente al Congreso Médico porque el año pasado fue el de los Congresos de toda índole, y no quisimos pasar por imitadores ni por siervos de la moda. Pero ahora que la fiebre congresil ha desaparecido, invitamos de nuevo a nuestros consocios a reflexionar sabré la importancia que tendrá para nosotros su realización y esperamos que no estará lejano el día de su inauguración.

Tegucigalpa, marzo de 1931.

NOTA FÚNEBRE

El negro manto del dolor, por tercera vez, ha venido a vestir la Sociedad Médica Hondureña, con la inesperada muerte del prominente Dr. don Lorenzo Cervantes, víctima de una apendicitis fulminante.

Graduado hace 30 años en la Facultad de Guatemala, el Dr. Cervantes dedicó su vida exclusivamente al ejercicio de la profesión con un alto espíritu de honradez y competencia.

Su pueblo natal, La Paz, situada en el extremo Sur del anchuroso e imponente Valle de Comayagua, disfrutó de los beneficios que desde su juventud prodigó a aquellos moradores apacibles y activos.

Fuera de la devoción y honorabilidad con que ejerció el sagrado sacerdocio médico, fue la más sobresaliente característica del Dr. Cervantes una exquisita cultura, un refinamiento de modales que nunca pasaron desapercibidos.

Ciudadano de méritos indiscutibles, humilde y retraído, no dejó llegar hasta él la pasión desenfrenada por los efímeros brillos brindados por la política. Por eso su nombre, si bien colmado por toda la admiración y respeto de quienes le conocieron, no **fue de esos llevados** y traídos en nuestra borrascas partidaristas.

La Asociación Médica Hondureña tuvo en el Dr. Cervantes uno de sus más entusiastas y activos socios fundadores; por eso al consignar hoy la fecha de su muerte, 16 de marzo, hace patente su profundo pesar, uniéndolo al de su apreciable familia.

Tegucigalpa, marzo de 1921.

Diagnóstico biológico del embarazo

Un interesante estudio de L. Bruha, H. Inglais y H. Simonet. acaba de traernos a este respecto, adquisiciones de primordial importancia. Hasta ahora ningún método de laboratorio, permitiendo un diagnóstico precoz y seguro del embarazo, ha podido dar resultados prácticos. La reacción de Abderhalden, no puede dar sino indicaciones teóricas, porque está sujeta, aún ejecutada en las mejores condiciones, a ciertas causas de error que crecen por las dificultades de su técnica.

Los trabajos recientes han llamado la atención sobre la investigación en la sangre y orina de las mujeres en gestación, de hormonas sexuales, específicas, que no existirían en los humores, fuera del embarazo, sino al estado de trazas exactamente suficientes para asegurar la evolución normal de los fenómenos sexuales periódicos. Al contrario, durante el embarazo, aparecen en la sangre y orina en cantidad muy importante, para permitir encontrarlos por procedimientos adecuados de investigación.

Es la de la hormona antihipofisaria en la sangre, o más simplemente en la orina, que constituye actualmente el mejor procedimiento de diagnóstico del embarazo.

La investigación de la folículo, lo mismo que la hormona del cuerpo amarillo, se prestan a grandes dificultades técnicas, que las vuelven absolutamente inutilizables en la práctica.

La orina de mujer contiene muy rápidamente, después de la fecundación, y en cantidad biológicamente apreciable, una sustancia, de propiedades fisiológicas, que permiten asimilarlas, si no identificarlas, con la hormona sexual del lóbulo anterior de la hipófisis.

Las pruebas de orden biológico son las siguientes:

a). —En la hembra impúber, la inyección de esa orina provoca una aparición precoz de los fenómenos de la pubertad, al cuarto día de la inyección, se observa la abertura de la vagina y la presencia en la secreción vaginal de un magma caseoso de células queratinizadas que son características del celo, Al nivel del ovario se ve una ovulación exagerada, acompañarse de luteinización de los folículos, con formación de folículos hemorrágicos. algunas veces cuerpos amarillos. Ese eretismo entraña aumento de peso, de volumen del ovario, y secundariamente del útero, como lo han demostrado las observaciones **experimentales** de Aschheun y Zau-dek.

b). — La orina gravídica inyectada al macho impúber, ejerce igualmente un efecto de estimulación sobre el conjunto del tractus genital. Como en la hembra se observa la aparición precoz de fenómenos de la pubertad, pero el crecimiento volumétrico y ponderal de los testículos es menos rápido y menos marcado que el de los ovarios. En cambio las vesículas seminales presentan un desarrollo considerable y revisten un aspecto análogo al que existe normalmente en el adulto, según las constataciones hechas por L. Bronha y H. Simonet.

Estas modificaciones son idénticas a las que provoca en los ratones, la trasplatación de lóbulo anterior de hipófisis, como lo han demostrado las experiencias de Smith y Eugel, después de Voos y Loerve; y esto conduce a admitir la existencia en la orina de las mujeres en gestación, de una hormona proveniente del lóbulo anterior de la hipófisis.

Como, además, la orina de mujer embarazada contiene foliculina, es necesario concluir que la influencia ejercida por esa orina con el ratón macho o hembra, es debida a la presencia de una doble hormona; hormona folicular, hormona hipofisaria.

Pero se sabe que la foliculina puede aparecer en la sangre, y por consiguiente, en la orina de la mujer fuera de gestación, en el curso de diversos estados patológicos, particularmente en el curso de ciertas amenorreas. Había

allí, entonces, una causa posible de error, cuando esa inyección de orina es practicada en ratas. Es porque deben escogerse machos en los cuales la foliculina no ejerce ninguna influencia estimulante.

El animal de elección para esta prueba es el ratón. Prácticamente debe utilizarse el macho, escogiendo animales de peso de 16 a 20 gramos al máximo.

Recoger acépticamente la orina de la mañana, de una mujer suelta en estado de gestación y practicar durante ocho días consecutivos una inyección hipodérmica a la dosis cotidiana de 010 a 030 a ratones pesando de 8 a 15 gramos al principio de la experiencia.

Los animales son sacrificados veinticuatro horas después de la última inyección, y el simple examen de las vesículas Seminales permite apreciar sin duda, la naturaleza de la reacción provocada.

Los resultados obtenidos son más constantes en el macho que en la hembra, a condición expresa, que el animal inyectado pese a lo más 30 gramos al principio de la experiencia, pudiéndose en rigor, contentar con un sólo animal, para concluir un diagnóstico preciso. Además, en el macho, quedando el tractus genital insensible a la acción anabólica de la foliculina, la influencia observada puede ser enteramente atribuida a la acción del principio antibipofisario.

Los resultados de esta técnica son **particularmente notables.**

Dio 100 por 100 de resultados exactos en los casos de **embarazo** clínicamente ciertos y 100 por 100 de resultados exactos en las mujeres en las cuales la **ausencia** de embarazos era también clínicamente cierta. Individuos normales, o presentando amenorrea, fibromas, kistes. En casos de diagnóstico dudoso o imposible hubo catorce resultados positivos y seis negativos, que luego fueron confirmados **por** la observación clínica ulterior, lo que dio **100** por 100 de resultados exactos, en las memorias presentadas a la sociedad de Ginecología (y de enero de 1930) el Profesor Brindeau, ha comunicado observaciones particularmente demostrativas, entrando en esta categoría.

En muy raras circunstancias no ha sido posible obtener resultados probantes, por haberse mostrado la orina tóxica para **los** animales en prueba.

El diagnóstico puede **ser** sentado rápidamente, después del primer periodo menstrual, que no se presentó. La reacción de! **trac-**

tus genital macho persiste durante toda *la duración* del embarazo y no desaparece -sino hacia el tercero o cuarto día después del parto. Si; debe entonces concluir que la presencia en cantidad considerable de foliculina en la orina de mujeres en cinta, no es jamás capaz, a pesar de su esfuerzo inhibitorio *en* el macho, de impedir el estímulo testicular de producir sus efectos en los restos del tractus genital.

Solamente en **los** primates la orina y el suero sanguíneo adquieren las propiedades expuestas; con resultados obtenidos con la orina de animales domésticos se han mostrado constantemente negativos.

De estos resultados experimentales hechos sobre 650 animales, está permitido concluir que hay un procedimiento preciso y rápido que permite sentar de un modo precoz y con certeza el diagnóstico de embarazo en la mujer, pues esta reacción puede manifestarse desde los primeros quince días de la gestación.

(De Les Nouvelles
Connaisances Medicales.)

Cuarto Centenario de Ambrosio Paré

Conmemoración de su obra

Por J. L. Faure

Parece que una renovación de juventud y de gloria envuelve hoy la gran sombra de Ambrosio Paré. Hace 400 años comenzó su **aprendisaje** de la cirugía, inaugurando así la vida, en cuyo curso, debía conducir tan alto el culto apasionado de nuestro arte.

Jamás es muy tarde para evocar el ejemplo de una noble figura. Sin duda es el trabajo acumulado en el curso *de* los siglos de gloria y de miseria que ha hecho de la Francia el dulce país que el universo admira, otros codician y este más bello reino bajo el cielo que cantan los poetas, que diviniza la naturaleza y por el cual han muerto tantos millones de sus hijos

Pero la muchedumbre anónima no se da cuenta de quienes la conducen. Si no hubiera tenido en la ruta eterna por donde camina la humanidad, algunos héroes salidos de las profundidades para iluminar su pensamiento, para orientar sus fuerzas, para dirigir su acción, quién habría sacado de las tinieblas, donde estuvieron durante milenios, nuestros ancestros de la prehistoria? He ahí, porqué, en estos tiem-

pos en que el alma de Francia da pruebas de energía sobrehumana y de imperdonable abandono, parece saludable retemplar nuestros corazones en el ejemplo de uno de esos hombres que llevaron su piedra a! monumento sublime erigido por los siglos a la gloria de la Patria.

He aquí 400 años que Ambrosio Paré entraba al Hotel Dieu como compañero cirujano. Tenía apenas veinte años.

Su padre, **Lava**), fabricaba cofres, un artesano de valor, como *Js* vieja Francia tenía tantos, había notado su aptitud para la reflexión y quiso preparar para alguna carrera más noble que la suya haciéndole aprender latín. Lo había confiado, no sin alguna vacilación, al capellán Dorsay, pues era de esos hombres que en la época donde el espíritu empezaba a romper sus cadenas, tenían alguna tendencia a adoptar las ideas de la reforma que cambiaba en Europa las almas y las conciencias. Pero el capellán empleó más al alumno en limpiar su jardín y pasear su muía que a estudiar la declinación.

El trabajo terminado, iba a la Escuela de Medicina de la calle

de la **Bucherie**, donde seguía los cursos, escuchaba las lecciones del maestro y asistía a las disecciones.

Pero salió luego de ja muchedumbre, pues las cosas no iban mejor que ahora El trabajaba. Era necesario dar pruebas de cualidades exencionales, pues fue distinguido por diversos profesores y en particular por **Dubois** que había latinizado su nombre, llamándose con el ilustre de Sylvius. Como se necesitaba en el Hotel Dieu de un compañero cirujano, él fue escogido para ocupar ese empleo.

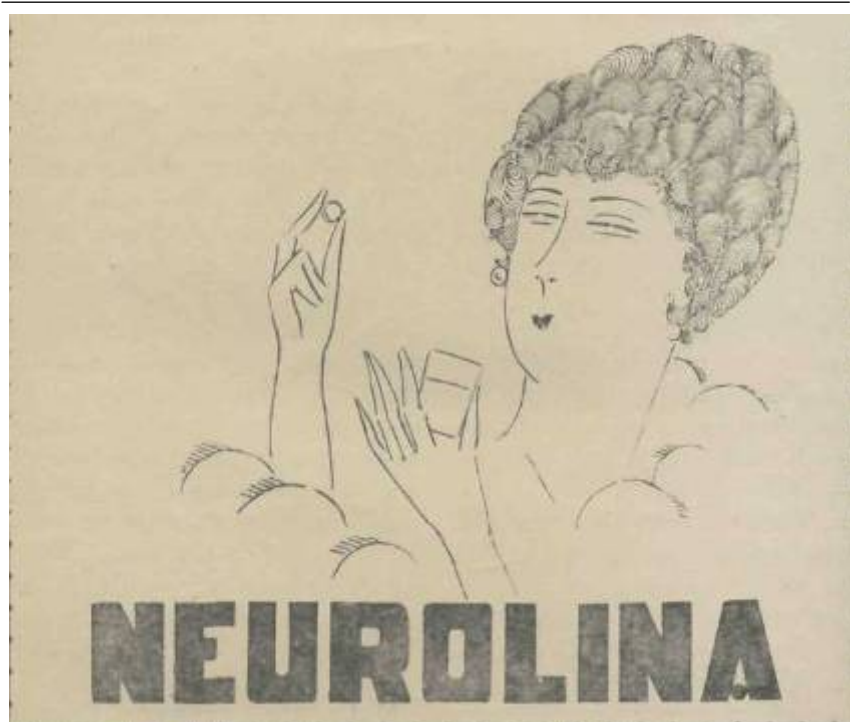
Y he aquí como el pequeño aprendiz a barbero de la tienda

de Laval se había transformado en compañero cirujano del Hotel Dieu de París.

El azar que lleva al mundo decidió de su destino.

El Rey Francisco I preparaba en esta época (1636) una expedición a Italia para combatir al Duque de Savoya, aliado del Emperador Carlos V. M, de Montjean, que ocupaba un alto grado en el pequeño ejército, hueco un cirujano. Se le presentó Ambrosio Paré, le gustó y lo aceptó.

Y he aquí a nuestro héroe partir por vez primera en estas expediciones militares que hicieron de él al cirujano de los campos de batalla y que permitieron a su



genio naciente o más bien a esa especie de genio, que no es sino el buen sentido y la claridad de la mente, dan libre curso a sus inspiraciones y que debían conducirle poco a poco a los descubrimientos que lo inmortalizaron.

Desde esa primera campaña, tuvo ocasión de poner a prueba a la vez su generosidad natural y su espíritu de iniciativa.

Los primeros espectáculos de las carnicerías salvajes, que eran entonces los combates cuerpo a cuerpo, con el fracaso de las armaduras y arca buzados, lo afectaron profundamente. Yo me arrepiento, decía, de haber salido de Paría para ver tan lamentable espectáculo.

Ambrosio Paré, desde esa época rompió su cadena.

Siguiendo a Juan de Vizo, trataba las heridas por **arena** de fuego, cauterizándoles con aceite de Sambuco hirviendo. Pero es fácil adivinar **qué** espectáculo darían los desgraciados heridos sometidos a esa **terrible terapéutica!** A pesar de la dureza del siglo, donde se veía quemar de vez en cuando algún brujo, Ambrosio Paré se preguntaba si no había algo mejor en qué ocuparse que a este oficio de torturador!

Un día los heridos eran muchos, el aceite de Sambuco faltó. Qué hacer? Era sin embargo necesario curarlos. Ambrosio Paré compuso un digestivo hecho de yema de huevo, aceite rosado y de terebentina y lo aplicó sobre

las heridas.

Después de una noche de insomnio, inquieto de haber infringido las prescripciones de lo que era entonces la verdad científica, fue a ver sus heridos.

Qué había sucedido a los no cauterizados? Los encontró naturalmente, mucho mejor que los curados con aceite hirviendo! Estos habían pasado una noche espantosa, tenían fiebre y las heridas eran negras y tumefactas. Los otros habían dormido bien, sufrían poco y sus heridas se presentaban sin inflamación ni tumor. Su convicción estaba formada: Entonces, dijo, yo resolví jamás quemar tan cruelmente los pobres heridos por arcabuz.

Al regreso, **al** cabo de tres años, en 1539 volvió a su trabajo. **Encontró** a su maestro Sylvius, que le había puesto gran afecto desde el principio de sus estudios. Era un hombre eminente, cuyo nombre vivirá a través de los siglos, mientras hayan hombres capaces de interesarse por la anatomía cerebral! El joven, un poco rudo, que había conocido como un sólido trabajador, le gustaba, y después vio, en su expedición allende los Alpes, cosas interesantes. El viejo maestro le dio un buen consejo, el de resumir lo que había observado y escribir una obra!

Pero esa idea horrorizó a Ambrosio Paré. Escribir un libro. No sabía el latín y no estaba seguro de saber el francés! Quién

Lo sabía en esa época, donde la joven lengua francesa sulfa apenas de la infancia? No había aún despojado la dureza de sus orígenes, conservando la aspereza pintoresca, la truculencia y riqueza desordenada, cuyo magnífico ejemplo es la obra de Rabelais. Pero los buenos constructores allí estaban, pues llegaba la época en que el mismo Rabelais, Montaigne, Rousard y sus amigos de la Pléyade, y Malherbe iban a trabajar por darle su fuerza y suavidad, su potencia y su belleza!

Ya en París, disponiendo de algún tiempo a pesar de las exigencias de una clientela atraída por el renombre que empezaba a rodear su nombre y siempre adelantado por Sylving. se puso a trabajar y escribió su obra sobre «El método de tratar las heridas hechas por arcabuces y garrotes, etc.» Era en 1545. Fue a los 35 años que tuvo por primera vez la alegría de verse en letras de molde.

Pero, he aquí, que su ignorancia de la lengua latina, suplida por el genio natural, nos dio un libro sabroso, pintoresco, donde brillan a cada instante las palabras chispeantes salidas del viejo terruño francés, y del que los escritores del gran siglo, dando a la lengua su nobleza y unidad, la despojaron.

Escribió en francés, y en la introducción al lector de sus obras completas, se justifica victoriosamente: dicen los médicos, que yo

no debiera escribir en francés, porque la medicina será despreciada, lo que me parece contrario, pues lo que he hecho es más bien magnificarla y honrarla. Conviene entender que las ciencias cuanto más conocidas son más estimadas, visto que ciencia y virtud no tienen mayor enemiga que la ignorancia. Por qué, entonces, no me será permitido escribir en mi lengua francesa, que es tan noble como cualquier lengua extranjera?"

Como la gloria del Banafre, la fama de su cirujano se extendió más en más entre los militares y gente civil, para subir poco a poco hasta el Olimpo fastuoso y radiante que era entonces la corte de Francisco I Rey de Francia!

Sin embargo los sucesos seguían su curso, Francisco I murió, pero la guerra con los imperios continuaba en sus marchas por la Lorena. A pesar de ser buen católico, Enrique II no desdeñaba la alianza de los príncipes protestantes de Alemania contra los imperiales. Ambrosio Paré siguió todavía a M. de Rohan, Formaron Foul, tomaron Metz. Llegaron hasta Alemania. Al reposo en Danivillieres, en una tienda próxima a la de M. de Rohan, que Ambrosio Paré hizo por primera vez, en una amputación, la ligadura cié las arterias y conquistó la inmortalidad.

Se trataba de una amputación de la pierna. Fue rápidamente cortada. Pero en momento en

que pasaban al cirujano los fierros encendidos al rojo, éste ante la estupefacción de todos, los rechazó, poniendo en práctica una idea, que seguramente llevaba desde mucho tiempo en su cabeza; tomó un **hilo**, lo pasó por la arteria tibial con un gancho y puso una ligadura. Hubo murmullos discretos, se increpa al joven imprudente, que osaba deliberadamente infringir las antiguas enseñanzas. Algunos días después, el herido estaba curado y Ambrosio Paré lo mandó a su casa; el herido con una pierna de madera y diciendo que estaba contento de no haber sido miserablemente quemado para estancarle la sangre.

Es así, como Ambrosio Paré, practicó por primera vez. la ligadura de las arterias, en una amputación y se elevó de solo golpe de alas a ¡a primera línea de los que han trabajado por la cirugía, y que han dado a los hombres, sus hermanos servicios que nadie podrá medir su magnitud. Qué importan ahora bus otros trabajos, sus títulos y su gloria? Vedle por ese simple gesto—por ese hilo delicado puesto sobre un vaso—incluido en la Historia eterna!

La abdicación, después la muerte de Carlos V le trajeron algún reposo. Felipe II menos combatiente que su padre, firmó el Tratado de Chateau Cambresis y la Paz, descendió por algún tiempo sobre el pobre reino de Francia.

Vuelta la tranquilidad, Ambrosio paré, pensó que él no era sino

un barbero cirujano.

Pero los reproches que se pueden hacer a los exámenes no se aplicaban solamente a los que conocemos hoy. A pesar de los celos fermentados en el corazón de un cierto número de miembros del Colegio de Cirujanos, algunos tenían, felizmente para Ambrosio Paré, una admiración secreta y profunda, y se hizo por él. lo que se haría talvez ahora, sí un caso semejante se presentara. Madame Lariviere compuso un jurado escogido entre sus partidarios; se cambió la fecha ordinaria y el sitio de la reunión; se convino anticipadamente en ciertas preguntas y respuestas; pero las respuestas de Ambrosio Paré fueron hechas en un latín tan deplorabile que hubo algún disentiimiento en el jurado. Obtuvo sinembargo los dos tercios de votos y fue admitido al maestrazgo, pero a condición expresa de aprender el latín y la cirugía.

Y nosotros no tenemos bastantes críticas para los exámenes actuales! Nada ha cambiado bajo el sol —si no es que los reproches que se nos pueden hacer parece deben ejercerse en sentido inverso—pues nosotros no tenemos a menudo que pronunciarnos sobre candidatos de la talla de nuestro héroe.

Las guerras dinásticas apenas habían terminado, cuando se encendieron las más crueles y absurdas aún, las luchas que despertó en los corazones y espíritus la intolerancia religiosa. Ambro-

9io Paré, después de haber escapado del peligro de las batallas, hubo que ser su víctima.

Las guerras de religión comenzaban en Francia y renovaban las discordias, las miserias y los sufrimientos de la guerra de cien años que conocieron los antepasados de los hombres que entonces vivían, cuyas ruinas y calamidades se recordaban CON ESPANTO.

Ambrosio Paré era hugonote.

M. Carlos de Escrevannes está muy preocupado por saber si Paré era protestante y católico. Discute extensamente este asunto y se inclina por la última opinión. Es también la de maljar-gue, quien no da en favor de la hipótesis, sino los argumentos más detestables. Yo no me encargaré de trazar esa diferencia, aunque los peligros ciertos que corrió durante los días trágicos de San Bartolomé me hagan adoptar la primera y pensar que abrazó la fé de los hugonotes. Poco importa. Me es suficiente creer que tuvo una alma de cristiano. Comprendo por eso, que conformó su vida al espíritu de Cristo sin importarle sus ministros. Era un hombre honesto, justo y caritativo, lleno de piedad por *los dolores humanos*, bueno, tolerante y amplio de espíritu. Cualquiera que haya sido su fé, la había tomado de lo bueno de las religiones, las ideas rectas y generosas, que por la fuerza de las cosas, incorporan en sus reglas estrechas y que son del do-

minio de la moral universal. No podía comprender que una doctrina de paz, *de caridad* y de perdón pudiera engendrar, como lo veía, el desolador espectáculo de degüellos y suplicios, de asesinatos y carnicerías. Es que él no sabía que las grandes ideas no son a menudo, sino un velo tenue que cubre las pasiones humanas! Son tanto más profundas cuando toman su origen en misticismo y en convicciones que tienen, por su misma esencia, el carácter de lo absoluto y que cuando las pasiones vienen a dirigir los actos de los hombres no hay más lugar para la razón, para la justicia, para la tolerancia, ni aún para la piedad. No ha; más lugar que para la locura!

Ambrosio Paré contemplaba con ojos entristecidos la nueva? desgracias cernidas sobre la Francia diezmada, desesperada de su destino; ignorando que un niño crecía en el Louvre, cuyo buen sentido, su espíritu de justicia y de tolerancia, las virtudes militares y el genio político, iban en algunos años a hacer del desgraciado país devastado por dos siglos de guerras intestinas, la Francia del gran siglo y el más bello reino que haya aparecido bajo el cielo, desde los tiempos de Carlomagno y aún después de los años venturosos de los siglos olvidados durante los cuales la gran paz romana extendió sobre el mundo los 'beneficios de una civilización en la cual vivimos todavía.

Repentinamente, sobreviene, el drama atroz en el cual debía perecer.

Que sea por razón de Estado, o por esa fría prisión que nace en los fanáticos, ¡i **Reina** Madre, espantada de la resistencia de los **hugonotes** y de los progresos que hacían en todo el reino, **resolvió** el dar un golpe maestro y exterminar todos los jefes, comenzando por **el más grande** y más respetado de **todos**, el almirante **Coligany**.

La ocasión era favorable, un gran número de jefes **hugonotes** habían venido a Asís para asistir al matrimonio del joven rey de Navarra con **Margarita** de Valois, hija de Catarina.

Pero la ciudad estaba en efervescencia. Que iba a pasar. Fue entonces cuando la reina madre **obtuvo** de su hijo la orden fatal de la que lleva ante la historia la terrible **responsabilidad**, pero que la implacable Catarina, arrancó, sin duda a su debilidad más que a su **voluntad**.

La mañana del día **siguiente**, **cuando** el alba despuntaba, el ruido siniestro del Somatén que repicaba en la torre de San **German** Anrerrois daba a los soldados y al populacho, a la **señal** de lo que fue talvez, el **crimen** más grande de la historia que so **ha-ya visto**. El populacho ama la **sangre**. La bestia humana desencadenada cae **bajo** las **bestias fieras** y de los monstruo? **que** talvez pueblan las profundidades **del mar**, que no matan sino para

vivir y vuelven al reposo una vez saciada el hambre; pero el hombre, ser sublime, formado a imagen de Dios, mata por el placer **de** matar. Solo él conoce la voluptuosidad de la muerte y la **alegría** de **la sangre** derramada! El degüello duró tres días!

Pero todo París sabía que Ambrosio Paré asistió a **Coltgany**, y era más que ningún otro, designado a los golpes de los furiosos y dementes sueltos en las calles de la **ciudad**.

Carlos IX lo quería mucho. Lo interrogaba a menudo, le pedía consejos, lo hacía su confidente. Y Paré a su **vez** tenía un gran afecto por este Príncipe, por tantos lados **encantador** y que sin duda hubiera sitio poeta a no ser Rey **de** Francia.

Qué iba a suceder a Paré en estos días- trágicos? Vivía no lejos del **Louvre**, cerca del puente Saint Michei. Carlos IX envió a buscarlo y lo hizo venir al palacio por caminos **escondidos**.

Talvez quería tener cerca de él ese hombre firme y recto en esas horas terribles, donde la visión-**sangrienta** de escenas de la calle I" /.-listaban, horribles pesadillas y **ya el remordimiento**, sin duda **espantaban** su alma, pues parece que fue profundamente impresionado por las consecuencias horribles de la orden que se había dejado arrancar por la voluntad de **su madre**. Sufrió hasta la muerte que vino en menos de dos **años**.

Lo que parece cierto es que

Ambrosio Paré pasó en el apartamento del Rey la primera noche que era un domingo, después todo el día **lunes**; el degüello continuaba, la sangrienta noche, y no llegó a su casa hasta el martes, **cuando** el populacho estaba saciado; los vapores de la sangre subían del pavimento de la ciudad y que terminaba en la muerte y el cansancio la tragedia más sombría que ha deshonrado la Historia!

A fines de agosto de 1590 Enrique IV levantó el sitio. El 20 de diciembre del mismo año Ambrosio Paré se extinguía en medio de los suyos; 80 años de edad. Vio desarrollarse los sucesos del siglo XVI, tan grande por la desgracia de los hombres y de los pueblos, como por la esperanza que daba ya el espíritu nuevo que soplaba sobre el mundo. El siglo precedente dio hombres, héroes, sobre los mares tenebrosos y los océanos desconocidos, en el **descubrimiento** de la tierra. Ahora era sobre rutas nuevas, abiertas al espíritu que avanzaba la humanidad.

Ambrosio Paré murió en la hora en que bajo el impulso decisivo del que fue un gran hombre al mismo tiempo que un gran Rey, los franceses reconciliados iban a asistir a la resurrección de la Patria.

El ascenso de Ambrosio Paré **que** salió de tan bajo para llegar tan alto, pues es necesario verdaderamente que haya subido muy alto en la conciencia de los

hombres para haberles aparecido como el Padre de la Cirugía, magnífico y glorioso epíteto, que en la memoria de las muchedumbres, tres siglos revueltos no han podido separar de su nombre; ese ascenso, que es un caso único en la historia de la cirugía, no fue en realidad, sino el desarrollo progresivo de su genio personal, hecho de simplicidad, de buen sentido, de espíritu de observación, al mismo tiempo que de trabajo, de coraje, de valor moral. Pero que quedaría de Ambrosio Paré si no hubiera poseído tan raras cualidades y altas virtudes? Libros olvidados, volúmenes perdidos, como tantos otros en el polvo de las bibliotecas, en que ninguna mano, sin duda correría las **hojas**. Pero un día sintió brotar en él la inspiración repentina, la chispa sagrada, esa luz interior que revela al marcado por el genio lo que solo él puede ver, cuando quienes le rodean marchan en las tinieblas, y el gesto de un día lijando un vaso lo condujo a las cumbres donde brillan los nombres de quienes pasaron sobre la tierra dejando una obra inmortal!

Era entonces el hijo de su creación; él solo se había hecho; nacido en un siglo donde los hombres vivían en la fé de los antiguos, entre los errores de su tiempo, observó, reflexionó, pidió armas a la razón!

Debemos darnos cuenta, para comprender el esfuerzo que hizo, del estado de espíritu de los hom-

bres de su siglo, en medio de los cuales vivía y compartía la mayor parte de sus ideas, como sucede por la fuerza de las cosas y por una especie de impregnación espiritual en todos los tiempos y en torios los países. Jamás, talvez, el insondable absurdo del espíritu humano se ha manifestado más brillante que hacia este fin de la edad media, del que se salía apenas, y que al lado de tantas obras asombrosas, que nunca han sido sobrepasadas, como esos monumentos sublimes: las catedrales, nos ha dejado los testimonios estupefactos de todas las aberraciones. Pues parecía natura! a los hombres de ese tiempo, quemar sus compatriotas para asegurar la salud de su alma y conducir al suplicio, después de procesos paciente y - consiendamente instruidos por hombres de buena fé, de los desgraciados convencidos de ir a las Mamas por haber **negociado** con el diablo en una misa negra. Y los herejes que se conducían al suplicio no se asombraban de esas sentencias. Sus convicciones, tan potentes como las de sus persecutores, les **hacían** preferir el suplicio a la abjuración y los hechiceros que subían al **madero**, se decía que era necesario hacerlos sufrir por su eterna salud, pues habían sido convencidos por el **diablo**. Todo el mundo **sabía**, en efecto y ellos también lo **sabían**, que cuando van al conventículo de los brujos, los hechiceros pierden todo recuerdo y des-

piertan apasiblemente en su lecho.

Ambrosio Paré era de su tiempo. Sin embargo se dejaba llevar por la credulidad general del siglo en que se vivía en un mundo poblado de ángeles y demonios y donde las cosas de la tierra del cielo y del infierno se confundían en la fé de esas almas simples, en un misticismo infantil, lleno f l mismo tiempo de espanto y de **beatitud**, cuyo testimonio es fácil contemplaren las pinturas de **la época**, Ambrosio Paré haciendo un llamamiento a la razón cuando se trataba do lo tocante a su arte.

En fin, cosa admirable en **esos** tiempos tan alterados, conservó algo de **más** bello, de más profundo y de más generoso; un gran espíritu de tolerancia tan rara en la época, tanto entre los hugonotes como en los fieles a la **autoridad** soberana del Sumo Pontífice Romano. No comprendía que se impidiera la fé de los otros, ni que los otros tuvieran algo que ver con lo que pasaba en el fondo de su propia conciencia. Todavía menos comprendía que el pobre reino de Francia, ya tan golpeado por las guerras con los ingleses, que durante todo un siglo lo habían devastado y casi acabado por la guerra con el Emperador Carlos V, al punto de preguntarse qué sucedería a la Francia si todos los hijos **de** Catalina, que parecían de una raza degenerada, morirían sin hijos, no comprendía cómo los fran-

ceses después de tantos sufrimiento?, tomaran las armas contra otros **franceses, combatiendo** por su fé.

Era **entonces** un espíritu libre! Pero cuántos espíritus libres o que se creen esclavos, **aprisionados** en la ignorancia y en la servidumbre! Aquí es donde debe darse todo su valor a una **circunstancia que decidió** sin duda, la **fortuna de** ese hombre que no se elevó a la primera **calidad** y no fue el Padre de la Cirugía sino porque se hizo él solo.

Ambrosio **Paré** no sabía latín y sí esa lengua **lo privó** de cierta disciplina del espíritu, que muchos **juzgan** hoy, y con razón, **necesaria** a su desarrollo, franqueo al menos en lo concerniente a la medicina, una ciega sumisión a las ideas del tiempo, irremediabilmente empapadas en las tradiciones **galénicas**.

De suerte que la ignorancia de esa lengua, impidiéndole leer el **Evangelio** sagrado de los médicos de entonces, le permitió conservar esa independencia del espíritu, una de las mayores cualidades del hombre, porque le da **la fuerza para luchar** contra **la** rutina eterna y de romper **errores** legados por el pasado, para

trabajar en libertad buscando la verdad.

No es en un sitio como este, donde tengo el derecho de calificar la tradición. Pues si los siglos pasados han acumulado errores y los han transmitido, han también acumulado verdades eternas y vivimos sobre los trabajos de quienes nos precedieron.

También, después de lo que antes vimos y hoy vemos, no tenemos el derecho de pronunciar a la ligera esa palabra magnífica de libertad, sobre todo aplicándola a las manifestaciones del espíritu en el que no sabrían nacer espontáneamente las reglas de la verdad soberana. Pues el espíritu, como el cuerpo, como los músculos, tiene necesidad de una dirección, de una disciplina sólida, sin la cual puede perderse en los caminos que parecen llevar a las cumbres y que conducen a los abismos.

Ah! sin duda es fácil hipnotizarse con palabras y lanzarse al galope por el camino encantado de los sueños e ilusiones! Sin duda es fácil, en la mañana de un hermoso día de verano, ver de lo alto de la colina, el sol subir lentamente en las brumas del horizonte! Pero quién puede sa-

I. Farmacología general del bismuto

El efecto espirilicódo del bismuto es muy semejante a! del salvarsan. Los espiroquetos desaparecen de los chancros con inyecciones de **salvaraan** el primer día, después del mercurio el octavo y cotí el tratamiento de bismuto el 6? a 5? día después de la primera o segunda inyección.

Las manifestaciones clínicas pueden ser influidas muy bien, especialmente en el segundo es-

tadio, mucho mejor que con el mercurio. Las alteraciones sifilíticas de la piel, de los huesos y de los vasos sanguíneos desaparecen después de algunas inyecciones o demuestran por lo menos una mejoría sorprendente.

El efecto en la reacción Wassermann se manifiesta más tarde que en una cura de salvarsan, en la mayoría de los casos 2 a 3 meses después de terminar la cura.

ber si esos royoos que llevan consigo la luz y la vida, vendrán, antes del fin del día, a dorar los trigales para la próxima cosecha, o enrojecer el humo que se levantó (le la carnicería de las batallas!

Y quién podría, en el alba radiante de una revolución, si las nubes purpúreas, que en los vapores de la aurora cubren todavía el so!, deben e! púrpura a su luz, o bien a las olas de sangre que nacía correr!

A cada instante, en este mundo de perpetua evolución, se organiza el gran combate entre la tradición y la libertad. Es de esa lucha eterna que surge el progreso, aparece la represión y se precipita la decadencia!

De tiempo en tiempo surge un **hombre** capaz de acelerar o frenar esa marcha fatal de la humanidad hacia el bien o e! **mal**, hacia la vida o hacia la muerte! Gloria a aquél que sabe elegir entre las fuerzas del bien y las potentes del mal y que lleva un alma bastante elevada para tomar en la tradición lo que tiene de bueno, guardando la independencia de su pensamiento y marchando intrépidamente por los caminos del porvenir!

Ambrosio Paré fue uno de esos espíritus libres y claros, bizarros y potentes que se van directamente sobre la ruta eterna que conduce a la verdad y que ilumina esa llama interior que no se enciende, sino en los que están marcados por el destino!

En chancros se puede lograr por una cura intensiva de bismuto que la reacción Wassermann se quede negativa.

En tiempos más recientes han encontrado *Robitaehek y Molnár*, en experimentos con los preparados de bismuto Richter también un efecto fuerte diurético tanto en sifilíticos como no sifilíticos.

Queremos mencionar también que *Túdós y Kiss*, han examinado el efecto hemático del bismuto y han comprobado que el Bismosalvan Richter tiene el mejor efecto en la anaemia del niños sifilíticos y que *Szentkirályi y Feren.cz* han obtenido resultados excelentes con los preparados de bismuto Richter en casos de esomatitis ulcerosa y angina de Plaut-Vinzent es decir en espiroquetosis de varias clases.

Revisando la literatura desde el punto de vista de las varias clases de preparados se puede observar, que en general aquellos autores refieren graves manifestaciones secundarias, que administraron preparados de bismuto solubles en agua, y esto lo más veces por vía intravenosa. Los autores que aplicaron preparados de bismuto oleaginoso, insolubles en agua, hallaron que el efecto se manifiesta menos pronto, pero es más durable, la toxicidad disminuida y casi sin ningunos síntomas secundarios.

Especialmente las investigaciones de *Kolle* decidieron en favor de las suspensiones oleaginosas. Este autor comprobó que

con la misma cantidad de bismuto, en forma de una combinación, insoluble en agua se puede lograr un resultado terapéutico mucho más grande. La escuela del fisiólogo de Basel *Spiro* llegó al mismo resultado. Los discípulos de *Spiro* encontraron que los iones de las combinaciones de bismuto forman con los halógenos muy fácilmente sales haloideas complejas, solubles en agua, que se alejan muy pronto con la orina. Este hecho explica el síntoma de que los preparados de bismuto solubles en agua —aunque actúan muy pronto— pueden quedar activos muy poco tiempo; y también aclara el efecto tóxico, causando irritaciones renales de los preparados de bismuto solubles en agua. En contra, la combinación de bismuto administrada por vía intramuscular, forma un depósito del cual se resorbe día por día constantemente el bismuto y cuya eliminación se hace también despacio.

Naturalmente las varias suspensiones oleaginosas no tienen el mismo efecto.

La suspensión oleaginosa disminuye solamente la velocidad de la resorción, pero el hecho mencionado de la escuela *Spiro* rige también para el bismuto resorbido, es decir que su contenido de iones libres de bismuto se transforma en sales haloídas y se elimina de este modo pronto del organismo. Es claro que el bismuto se puede perder formándose sales haloideas en menos canti-

dad, de aquella combinación de bismuto se pueden desprenderlo menos, que es pues la mes constante. Esta combinación tendrá pues no solamente ja acción terapéutica mas durable, sino también el efecto terapéutico más grande con las cantidades menores de bismuto y dañará también menos los **riñones** porque según las investigaciones de *Hermann* y *Nathan* se segrega la parte más pequeña por los riñones, justamente por la disminución de la cantidad de las sales haloideas complejas.

Hermann y *Nathan* examinaron desde esto punto de vista gran número de suspensiones oleaginosas de bismuto y hallaron la suspensión de una combinación de bismuto-todo-quinina la más propia y la más constante entre las combinaciones.

El bismuto-iodo-quininaes pues según *Hermann* y *Nathan* un preparado excelente de bismuto. Su suspensión oleaginosa se reabsorbe lentamente, el bismuto resorbido se consume totalmente y no se pierde en forma de sales **complejas**, el organismo jo elimina lentamente en semanas, hasta meses y esto 516 partes por el intestino y solamente 1|6 parte por la orina, cerca de 1 mg. por litro.

II. Bismosalvan "Richter"

La suspensión oleaginosa de la yodo-quinina de bismuto se pone a la venta por la casa Richter en ampollas esterilizadas de 2 c. c.

en frascos de 1, 30, 50 y 10 gm. bajo el nombre de *Bismosalvan*. La ampolla de 2 e. c. contiene 0.2 gm. de bismuto-yodo-quinina suspendida en aceite de olivas, y su contenido en bismuto metálico es de 22.8

Que este preparado corresponde a todas las exigencias y esperanzas lo prueba toda una serie de publicaciones, de los cuajes es evidente la **indolencia** total de las **inyecciones** de Bismosalvan y la seguridad de la aplicación de Bismosalvan aunque tomemos en consideración su efecto sobre las manifestaciones clínicas y la reacción **Wassermann** o sus síntomas secundarios.

Todos los tres componentes del Bismosalvan tienen papel importante en la terapia de la sífilis.

El yodo es uno de los más antiguos antisifilíticos. Su efecto se hace notar lo más en inflamaciones sifilíticas. en **adenitis** y en gomas.

L-a *quinina*, el «summum tonicum et **roborans** de los antiguos es un remedio excelente contra la postración que causan enfermedades sifilíticas especialmente en el segundo período.

II. Neo bismosalvan Richter

El *Bismosalvan* se puede considerar a base de las investigaciones y experimentos clínicas de muchos años como un preparado ideal de bismuto que a costa de jos menos síntomas secundarios y con la cantidad menor do bis-

muto puede desarrollar el efecto mayor y más durable.

Estas cualidades aseguran a las suspensiones oleaginosas una gran ventaja en contra de los preparados de bismuto solubles en agua, solamente su resorción es menos ventajosa, porque la dispersión es más grande, que en las soluciones acuosas. *Hermann y Nathan* desearon poner remedio por el aumento del grado de dispersión de las suspensiones de bismuto. Con largos experimentos encontraron en la lecitina aquella sustancia, que puede aumentar la dispersidad de las suspensiones de bismuto en tal intensidad que estas se hacen solubles en lipoídos.

El *Neobismosalvan* es una combinación de bismuto-yodo-quinina con lecitina y se pone a la venta en ampollas esterilizadas de 2 c. c. y en frascos de 15, 30, 50 y 100 gramos. La ampolla de 2 c. c. contiene 0,2 gm. de lecitina-yodo-quinina-bismuto con II.¹ de **bismuto**.

Del *Neobismosalvan* se puede decir con razón que es el preparado de bismuto más perfecto según el estado de la ciencia. Por su gran dispersión actúa **muy** pronto, por su solubilidad de lipido pasa invariable por la célula, es constante, sin contener Bi-iones libres y su electo es por con-

secuencia de 100% Se necesita pues para el mismo efecto una cantidad mucho menor del bismuto (116) y también esta no se elimina por la orina por 5|6 partes con los excrementos. No se presenta pues nunca una irritación de los riñones, albuminuria, etc.

No solamente que la lecitina aumenta el efecto de los otros componentes, sino que ayuda por su sustancia «bioplástica*» conocida la reconstrucción del sistema nervioso y el restablecimiento de las fuerzas corporales. Por eso podremos esperar del *Neobismosalvan* los mejores resultados en el tratamiento de la sífilis del sistema nervioso.

Los experimentos clínicos con el *Neobismosalvan* han dado siempre los mejores resultados. Los autores han comprobado el efecto del *Bismosalvan* en **todos** los períodos de la sífilis y los resultados fueron los más satisfactorios.

El *Bismosalvan* y *Neobismosalvan* se debe aplicar siempre con jeringa absolutamente seca en el músculo glúteo: 2 c. c. 2 a 3 veces por semana; a niños hasta 10 kg". de peso se dan 0.50 c. c.; hasta 30 kg. 1 c. c. Una cura-10 a 16 inyecciones.

PROGRESOS EN CIRUGÍA DURANTE 1930

Por A. P. Heineck

Cirugía de la cabeza y cuello. — En dos enfermos con trastornos psíquicos consecutivos a traumatismos intracraneales antiguos, Sattler descubrió la región rolándica y extrajo una pequeña porción de corteza cerebral. Los trastornos motores y vasomotores desaparecieron y el enfermo curó. Lindemann habla de los injertos óseos para corregir pérdidas en la continuidad maxilar. Del estudio de 1.480 casos resulta que la substancia ósea injertada se resorbe, pero estimula la osteogénesis y es reemplazada por tejido nuevo. Billington y Round usan una porción de cresta ilíaca como injerto en las fracturas maxilares compuestas (tres casos en la práctica civil injertados con éxito; como resultado de la experiencia de 75 fracturas de la mandíbula tratadas con injertos óseos durante la guerra). Pool ha simplificado la técnica de la tiroidectomía subtotal en el bocio exoftálmico. Aparta los músculos esternotiroideos y sólo secciona los esternotiroideos.

Cirugía del tórax. - Berard y Lardennois han operado de toracotomía 73 casos con muy buenos resultados en 22 y buenos en

22. De 120 frenicectomías obtuvieron resultados positivos en 53. Frank y Miller en 41 tuberculosos pulmonares, de 100. Archibald expone 172 toracoplastias con 16 defunciones atribuibles a la operación por experiencia instigada o insuficiente precaución en la elección de los pacientes. En los casos favorables curaron 83 por 100. Sauerbrueh expuso en la Conferencia contra la tuberculosis de Oslo, que de 1.200 toracoplastias dieron resultado 40 por 100 y que en los casos estrictamente unilaterales pueden obtenerse más de 80 por 100. Labat llama la atención hacia el valor de las inyecciones de alcohol para suprimir el dolor postoperatorio y la neuralgia intercostal que sigue a **la toracoplastia**. Coryllos, en las formas avanzadas de bronquiectasia, recomienda sucesivamente neumotorax artificial, frenicectomía, toracoplastia y lobectomía. Dos Casos curados. Ochsner **trató 112 casos de bronquiectasia** con inyecciones repetidas de aceite yodado. Obtuvo la cura sintomática de 32 por 100 y el alivio de 30 por 100. Churchill ha **publicado** un caso de decorticación del corazón por pericarditis **adhe-**

De 30 operaciones analogas-publicadas, tuvieron **éxito más** de la mitad. Leriche y Ba-uer extirparon un enorme sarcoma de la pared del corazón, diagnosticado de quiste dermoideo del mediastino. El paciente murió do choque pocas horas después. Himmelmann y Lehmann operaron el año pasado 271 casos de cáncer de) seno. De los tratados por la cirugía sola el tanto por ciento de supervivencia **durante** tres y cinco años fue de 42.5 y de 34,6 por 100 respectivamente. Cuando la intervención quirúrgica era seguida de radioterapia, la supervivencia era sólo 32,4 y 16,7 por 100 respectivamente. La estadística prueba que el cáncer de la mama debe ser tratado por la cirugía sola.

*Cirugía del abdomen y tuvo di-*gestivo: Lambret propone una nueva operación para corregir la gastroptosis mediante la suspensión de la circunferencia mayor del estómago en una cincha formada por aponeurosis tomada del músculo recto. El resultado fue excelente en 23 casos. Balfoury MacCan: de 54 casos de sarcoma gástrico tratado por gastrectomía parcial, 12 sobrevivieron cinco años como máximo y uno nueve. Murard refiere que do 49 pacientes que sufrieron operaciones gástricas y recibieron antes una vacuna polivalente, sólo 14 por 100 tuvieron complicaciones pulmonares. Los no vacunados dieron **una** cifra doble.

Cirugía genitourinaria: Papin dice que la nefrotomía puede hacerse sin sutura. La simple compresión de los labios de la herida, cuando ésta es pequeña, basta, pero el casos de cálculos grandes y riñones deformados la sutura es necesaria. Pieraccini ha publicado 26 casos de cálculo del uréter tratados por la ureterolitotomía. En los Estados Unidos el tratamiento usual es no operatorio (paso de sondan uretélicas de calibre creciente). Meherin **halla** inconvenientes en las prostatectomías perineal y suprapública. Conceptúa preferible la isquiorrectal. Gutiérrez, en 100 enfermos con trastornos mentales graves e inflamación crónica de las vesículas, efectuó la vesicuclectomía, con beneficio para 48.

Cirugía del esqueleto: Froelich advierte que hasta traumatismos ligeros del raquis pueden tener serias consecuencias. Fracturas de las vértebras, hemorragias, etc., pueden dejar de dar síntomas y ser inadvertidas con los rayosX. Schmeiden observa que la radiografía no ha resuelto el problema del diagnóstico de las fracturas del raquis. Leriche describe un método de injerto óseo en la coxalgia en evolución y, en general, en la tuberculosis osteoarticular. Extirpa los tejidos enfermo? y las fungosidades, llena la cavidad con un injerto ósteoperióstico e inmoviliza la coyuntura con otro injerto óseo extraarticular. Ludlof, que substituyó, en 1927. los ligamentos cru-

zados de la rodilla por una ligadura de seda envuelta en fascia, expone otro caso en que tal procedimiento tuvo éxito.

Cirugía del sistema vascular; Meyer dice que la operación de Trendelenburg por embolia pulmonar sólo ha dado resultado en un caso. Ha modificado la **operación**. No abre la pleura y cubre la arteria pulmonar con gasa, en lugar de usar esponja de joma. Con estos mejoramientos la operación ha dado resultado en 7 casos. Martín ha conseguido recoger de modo cinematográfico el movimiento de un trombo del corazón y su conversión en émbolo pulmonar. En el tratamiento de **las** varices MacPheeters inyecta una combinación de cloruro sódico, azúcar invertido y dextrosa. De Takats y Quint refieren 500 casos de infección de venas varicosas con sólo 10,8 por 100 de recidiva¹. Prefieren la solución de dextrosa al 50 por 100 con 15 **por** 100 de salicilato sódico. Porter y Porter mencionan un caso de hipertensión parosística con náuseas, curado por la extirpación de un tumor de la glándula suprarrenal, y Galata refiere la curación de un caso de hipertensión menopáusica grave mediante la suprarrenalectomía unilateral.

Cirugía del sistema nervioso: Pouwí-epp, creyendo que la dilatación del conducto medular resulta de **la** colección de líquido **espinal** y que todo ello causa la siringomielia, propone abrir y drenar el canal. El lo abre pos-

teriormente. Oppel observa que los síntomas de la **siringomielia** son especialmente anteriores, **por** lo que la médula se debe abrir por delante. Pero, como esta técnica es difícil, prefiere abrir inmediatamente por delante del ligamento denticulado, método del que refiere resultados excelentes. Lauwere extirpó el cuerpo carotídeo en 10 epilécticos. Los ataques, antes frecuentes, **cesaron** del todo en 2 casos después de la extirpación *de* uno, y en 2 ej pues de la extirpación de uno, y en 2 después de la extirpación de los cuerpos carotídeos. En los otros 6 fueron necesarias pequeñas dosis de antiespasmódicos. La simpaticectomía de Leriche no es **innocua**. Los experimentos de Caparole demuestran que la simpaticectomía periuretérica puede tener resultados funcionales y degenerativos muy serios. Por esto es **menester** gran cuidado en las operaciones ginecológicas al aislar el uréter.

Generalidades: Nitzesco recomienda inyecciones de alcohol etílico asociadas con morfina **como** anestésico general, fundado en su experimentación en animales. **Wkhnjewsky** describe su método de anestesia local en operaciones, abdominales. Provoca anestesia con novocaína en las varias capas anatómicas del campo operatorio. Mediante anchas infiltraciones anastomosadas y **SINUOSAS** bloquea los plexos nerviosos **por** contacto directo y presión, **más** (continuará)

NOTAS

Ha llegado a nuestro poder el "índice Merck", **hermoso y Elegante** libro editado por dicha casa para el uso de los médicos.

Es además de un índice como su nombre lo indica, un breviario de Materia Médica y Terapéutica; en él encontrará el lector todos los medicamentos de uso corriente producidos por **Merk** y maceados con un asterisco lo.-1 no fabrica.

El libro vale 5 dólares y debe ser pedido directamente a la casa Merck o por medio de su representante en Honduras.

Tenemos mucho gusto en recomendarlo a nuestros colegas.

El 18 de marzo le fue admitida por el Consejo Supremo de **Instrucción** Pública la renuncia de Decano de la Facultad de Medicina, al Dr. don Roumaldo B. Zepeda.

Ese mismo día tomó posesión de! Decanato, por orden del mismo Consejo el Vice-Decano Dr. Paredes, quien inmediatamente convocó a elecciones a los individuos de la Facultad, para llenar la vacante del Dr. Zepeda.

Llamamos la atención de los miembros de la Asociación Médica sobre la invitación inserta en las primeras páginas, para el 3er Congreso Médico Panamericano que tendrá verificativo en la ciu-

dad de Méjico del 26 al 31 de Julio del presente año.

El Ministerio de Instrucción Pública hizo los siguientes nombramientos para la Escuela de Medicina;

Dr. José Jorge Callejas, Profesor de Clínica Médica, 29 año.

Dr. Rubén Andino **Agilitar**, Profesor de Ginecología y Clínica Quirúrgica, 1er año.

Dr. Ricardo D. Alduvín, Profesor de Anatomía Patológica.

Mucho celebramos tan atinada decisión ministerial y felicitamos a tan distinguidos miembros de la Asociación Médica deseándoles el mayor éxito en sus delicadas labores.

Nuestro consocio el Dr. Francisco Hernández P. ha sido nombrado Gobernador Político del Departamento de Valle. Y para el mismo cargo en el Departamento del Paraíso el Dr. Juan F. **Mairena**.

De Washington llegó el Dr. Ernesto Argueta, de la Asociación Médica, donde por algunos años desempeñó la Legación de nuestro país. Lo saludamos **muy** respetuosamente.

El Dr. José Leonardo Godoy, de La Ceiba, miembro distinguido de la Sociedad Médica acaba de ser nombrado Cónsul de El Salvador en París. Lo felicitamos.

LA NEUROLOGÍA EN 19291

Por los doctores L. Babonneix, Médico del Hospital San Luis, de París, y Gabriela Lévy, Médico adjunto del Hospicio Pablo Brousse

Ni) pretendemos pasar revista aquí a todos los asuntos interesantes; que han sido discutidos por los neurólogos durante el año que acaba de transcurrir.

Nuestro objeto es tan sólo exponer algunos hechos **que**, de un modo más especial, han llamado la atención de los observadores de todos los países, y de aquí que nos **ocupemos** sucesivamente de:

La malaria terapia en la parálisis- general;

El espasmo de torsión y el tortícolis espasmódico; La cirugía del simpático;

Y, finalmente, los *trastornos psíquicos relacionados con la heredosifilis*, asunto sobre el cual uno de nosotros ha **publicado** un trabajo.

i.— LA MALARIATERAPU EN LA PARÁLISIS GENERAL

Sabido es que los trabajos publicados durante estos últimos años, y en especial los de Wagner Jauregg, han demostrado la eficacia de la malariaterapia en algunos casos de parálisis general.

Analicemos, pues, este tratamiento, es decir, estudiemos cuáles son sus indicaciones, sus con-

traindicaciones y los resultados que de él podemos esperar.

Pero, ante todo, expongamos la manera de -ejecutarlo en la práctica.

Después de las numerosas publicaciones de Claude, Crouzon, Souques, Sicard y Fribourg-Blanc, que han **introducido** este método en Francia, la técnica que debe seguirse ha sido precisada, pudiendo resumirla en los siguientes términos, se práctica una inoculación de fiebre terciaria, por ser la tropical demasiado virulenta, y la cuartana, difícil de obtener.

El donante es un palúdico indudable, en período de accesos, sin que sea indispensable la demostración de los parásitos durante los accesos.

La inoculación puede practicarse debajo de la piel de la espalda o en las venas. la primera técnica reclama 5 ce. de sangre y produce un paludismo de incubación larga (15 días), de comienzo progresivo. Constituye el método de elección en los individuos debilitados.

La segunda no **reclama** más que 1 a 2 ce. de sangre, da un paludismo de incubación corta (4 a 6 días) y está indicado en

los individuos jóvenes y robustos.

Los accesos típicos van a veces precedidos de una febrícula continua (P, Chevallier, conviértese casi siempre en cotidianos irregulares sin horario fijo. Pueden ir acompañados de accidentes, de los cuales, uno, la hipertermia excesiva, puede ser moderada con la quinina; y el otro, el colapso cardiaco, con las medicaciones clásicas.

Después de unos diez accesos, hay que cortar el paludismo administrando un gramo de quinina (clorhidrato o sulfato por la boca) al día, durante tres o cuatro días; después 50 cgr. durante tres días. Una vez dominado el paludismo se procede sin pérdida de tiempo a practicar una cura específica de 914, seis grs. en ocho semanas.

Por lo que se refiere a las reimpaludizaciones, pueden ser precoces o tardías. Las precoces permiten malarizar de un modo suficiente los individuos cuyo estado general sea precario, que no toleran más allá de cinco a seis accesos (Wagner Jauregg.)

Las tardías se emplearán cuando las primeras hayan fracasado.

Wagner Jauregg maraliza los parálisis generales que después de diez a doce meses no han obtenido beneficio alguno con la primera inoculación, y aquellos otros cuya enfermedad, tras una sedación pasajera, se agrava de nuevo.

La indicación de este tratamiento es exclusivamente la parálisis general, antes del período de lesiones constituidas e irremediables, es decir, desde el punto de vista clínico, antes que haya aparecido la demencia, el datismo o la caquexia.

Las contraindicaciones, además de la evolución demasiado adelantada de la enfermedad, son; la edad demasiado adelantada del enfermo o algunas afecciones concomitantes, en especial la tuberculosis pulmonar, las afecciones agudas o crónicas del hígado, las enfermedades del riñón y las cardiopatías mal compensadas (Fribourg-Blanc)

Los resultados obtenidos, según se desprende de las estadísticas de Chevallier y J. Meyer, son; 33 por 100 de fracasos; otro tanto de éxitos parciales, y el mismo número, de éxitos nota-

bles. Entre estos últimos, **loa** autores han observado una mejoría duradera, mejoría que en algunos enfermos viene persistiendo desde cinco a diez años. (1.)

Fribourg Blanc hace mención de un caso en que fue tan acentuada la mejoría, que el enfermo pudo volví-r a desempeñar su profesión. Son tanto más acentuadas cuando más pronto ha sido comenzado el tratamiento, y se trata de formas hipomaniacas.

En definitiva, la influencia terapéutica de la malariaterapia sobre la parálisis general se manifiesta de un modo tan brillante, que su acción no puede ser comparada a ningún otro de los tratamientos conocidos (J. Lhermitte.)

La malariaterapia de la parálisis general pone sobre el tapete

una cuestión muy importante desde el punto de vista práctico: la restitución de sus derechos civiles a un paralítico general aparentemente curada

¿En qué indicios podemos fundarnos para ello?

Pajoga (2), en un estudio **muy** interesante sobre ello, dice que debemos tener en cuenta dos hechos muy importantes:

En primer lugar, la reaparición de la facultad de trabajo:

(1) P. CHEVALLIER: *La Pratique Médicale Francaise*, septiembre de 1929.

(2) POJOGA: El tratamiento de la parálisis general con la malariaterapia y el problema del peritaje (*Annales Médico-Psichologiques*, noviembre de 1929.)

después de la malariaterapia, puede presentarse en un período de seis meses después del tratamiento.

Pero hay que saber también, por otra parte, que algunos de los índices somáticos de la afección (pupilas, trastornos de los reflejos cutáneos) pueden persistir a pesar de la reconstitución completa de la facultad de trabajo, y que lo propio cabe **decir** de las reacciones humorales, por lo menos durante un cierto tiempo después del tratamiento. La curación no es más **que** clínica.

La importancia de la reacción del suero sanguíneo y del líquido cefalorraquídeo ha sido diferentemente apreciada según los autores.

El propio Wagner Jauregg considera que en algunos casos después de la malariaterapia, la reacción del líquido cefalorraquídeo es cada vez más débilmente positiva, acabando por ser completamente negativa, aun sin haber empleado ningún tratamiento específico, por la sola acción tardía y misteriosa de la malariate-

rapia. Estos casos constituirán, pues, verdaderas curaciones, **sin** amenaza de recidivas, en tanto¹ que en los demás casos, el líquido cefalorraquídeo no evolucionará hacia la mejoría gradual, y las recidivas serán **posibles**.

Así, pues, en el estado **actual** de nuestros conocimientos, y ateniéndonos a los datos de **Pajoga**, el examen del líquido cefalorraquídeo después de malariaterapia, en un parálisis general), **no** puede servirnos de base para apreciar la curación en un **caso** determinado durante los primeros meses, **a** veces durante **seis** meses o también durante el año siguiente al tratamiento.

Este autor deduce que **cuando** sean llamados los peritos para dictaminar sobre la aptitud de un enfermo de esta categoría para ser reintegrado en la posesión de sus derechos, no deben aquellos dictaminar antes de haber transcurrido seis meses después de la malariaterapia.

Admite, por otra parte, que la exageración de los reflejos, la desigualdad pupilar, etc., así co-

mo también la positividad de la reacción humoral en los dos años subsiguientes a la malariaterapia, no prueban que la enfermedad evoluciona ni que habrá incapacidad durante el transcurso de algunos años siguientes. La disartria y el temblor tienen un significado menos favorable.

Del conjunto de las investigaciones practicadas a propósito de la malaria terapia en la parálisis general y de los resultados obtenidos por diferentes observadores, parece desprenderse que este método constituye un progreso evidente y que desde hoy puede hablarse de verdaderas mejorías duraderas, por no decir de curaciones definitivas. II. EL ESPASMO DE TORSIÓN El espasmo de torsión o, en términos más generales, las dis-

tonias de actitud, se manifiestan por dos órdenes de trastornos:

Actitudes anormales del cuerpo, caracterizadas sobre todo por plicátil ras y contorsiones.

Movimientos involuntarios, de caracteres variables, pero que casi siempre revisten el aspecto de la coreoatetosis, y que, al igual que las actitudes anormales de que van acompañados, revisten el carácter involuntario e inconstante de los espasmos.

El espasmo de torsión, o por lo menos una de las formas del espasmo de torsión, fue descrito por primera vez por Schwalbe y Ziehen, en 1908 y 1910, y después por Oppenheim, en 1911. Tratábase en estos casos de una disbasia lordósica, observada por estos autores en algunos individuos de raza judía.

Desde **entonces**, los hechos nuevos revelados por la encefalitis epidémica, en el campo de los movimientos involuntarios y en el de los trastornos del tono, han permitido ver bajo otro prisma lo que era considerado antes como una forma nosológica bien determinada.

Uno de nosotros tuvo ya ocasión, en 1922 (3), de observar un caso de espasmo de torsión, diferente, desde algunos puntos, de lo que indicaban las primeras descripciones, pero muy análogo, por otros, y pudo llegar a deducir que un proceso de encefalitis podía producir trastornos análogos a los atribuidos hasta entonces a una distrofia congénita o familiar.

Desde aquella fecha, numerosos trabajos han venido a confirmar esta observación, pareciendo bien demostrado hoy que si el espasmo de torsión, tal cual ha sido descrito primitivamente, es quizás manifestación de una afección especial, en este cuadro estrecho no pueden incluirse todos los hechos idénticos o análogos

que infecciones tales como la encefalitis **epidémica** pueden hacer surgir, lo suficientemente numerosos por haber sido en la actualidad objeto de varios trabajos de conjunto y hasta el motivo de una comunicación a un reciente Congreso de Neurología (4).

De los diferentes trabajos publicados sobre este asunto, y en especial de los hechos clasificados por M. **Wimmer**, se deduce que el estado actual del asunto

(3) PIERRE MABIE Y GABRIELLE LEVY: Plicatura del cuello y del tronco por encefalitis epidémica, parecida al espasmo de torsión (*Société de Neurologie*, sesión del 4 de mayo de 1922, en *Revue Neurologique*, 1922, págs. 570-583.)

(4) AUGUSTE WIMMER: El espasmo de torsión (Comunicación a la *Reunión Neurologique Internationale*, junio de 1929, en *Revue Neurologique*, 1929, t. I, página 904),

puede resumirse del modo siguiente.

Conforme decíamos antes, el carácter esencial de] espasmo de torsión es una distonia de actitud, es decir, una alternancia más o menos continua de **estados hiper** o **hipertónicos** de algunos grupos musculares, que se presentan brusca o lentamente y que produce un cambio continuo de actitudes completamente anormales, o de movimientos involuntarios, del tipo de la coreoate-tosis, y que pueden ser estereotipados. En los grados extremo', el enfermo presenta un aspecto de torsión o de plicatura **completamente** característico.

Durante el sueño, y a veces también en el **simple** decúbito, el aspecto del enfermo es de nuevo normal.

Todos los observadores que se han ocupado de este asunto han podido observar la semejanza de estas actitudes espasmódicas con algunos aspectos de la **rigidez**

descerebrada. y también con el de algunas **afecciones** caracterizadas por movimientos coreoa-**tetósieos**, como, por ejemplo, la enfermedad de **Wilson** y la seudoesclerosis de Strumpell. la atetosis doble y hasta, desde algunos puntos de vista, con la corea de Huntington.

Incluso se ha podido relacionar con algunos estados parkinsionianos, por lo menos en lo referente a los estados **parkinsionia-**nos de la encefalitis, en el curso de la cual pueden verse evolucionar sucesivamente ambos fenómenos en el mismo enfermo, **como** manifestación tardía de la enfermedad.

Por consiguiente, clínicamente, el espasmo de torción puede presentarse en condiciones muy variables, no siendo ya posible considerarlo como una **enfermedad** bien determinada **nosológicamente**. En realidad, debe **ser** clasificarlo entre las manifestaciones **excitomotrice** variadas, que su-

ponemos traducen una invasión - del **sistema** motor **extrapiramidal**.

¿Quiere ello decir que e-te "rigen esté bien **demostrado** y que sea hoy **posible atribuirle un substrátum anatomopatológico** bien definido? No.

Cual en la mayor parte de los casos en **que** se han podido **comprobar** lesiones que respondían a manifestaciones clínicas **extrapiramidales**, en las observaciones de espasmo de torción comprobadas anatómicamente se han encontrado lesiones difusas, interesando a veces la corteza como la región de los núcleos grises.

Significa que no sabemos aún lo suficiente sobre este **punto especial** de la patología del tono, patología muy obscura aún en su conjunto y que suscita más problemas de los que permite resolver.

El tortícolis espasmódico. Una manifestación parecida y tan misteriosa como el espasmo de torción, es el tortícolis espasmódico.

La definición de este trastorno, que dio M. Barré en el reciente

Congreso de Neurología (5), es la siguiente: "trátase de reacciones convulsivas, de carácter intermitente, casi nunca dolorosas, con asiento unilateral que invade desde el principio la región de la nuca y del cuello."

El comienzo de la afección es casi siempre insidioso, pero cuando la enfermedad ha llegado a su pleno desarrollo, se manifiesta esencialmente por un espasmo tónico clónico, que hace dirigir la cabeza hacia un lado, movimiento casi siempre doloroso.

El enfermo acostumbra adoptar un "*gesto antagónico*" para inhibir este espasmo molesto. Uno, contiene la crisis apoyando un dedo contra la barbilla; otro, se vale de un bastón; otro, caso citado por Barré, rodea la cabeza con el brazo doblado y sujeta la oreja con el dedo medio para inmovilizar un instante el movimiento continuo de la cabeza.

Los individuos no acostumbran

(5) J. BARRE: El tortícolis espasmódico; *Reunión Neurologique de París*, junio de 1929).

presentar ningún otro signo objetivo de lesiones del sistema nervioso; no obstante, obsérvase a menudo en ellos un estado de -nervosismo especial], que no es fácil saber si ha precedido al tortícolis o si el tortícolis, a! presentarse en un individuo ya **muy** excitable, lo ha transformado en un enfermo fóbico o **mental**.

Lo que es indudable es que este trastorno es conciente e involuntario.

La voluntad es incapaz de parar el espasmo una vez que se ha presentado. Todo lo más, los enfermos consiguen, **por** la influencia de la voluntad, retardar la aparición del espasmo, retardo compensado muchas veces con una mayor intensidad **del** espasmo de torción siguiente.

Es interesante hacer observar que este tortícolis espasmódico puede presentarse en algunos individuos conjuntamente con el calambre de los escribientes o

con discinesias de uno de los miembros superiores (Babonneix y **Sigwald**). Por lo demás, esta coincidencia, más bien rara, no es el único lazo entre ambos fenómenos; y los caracteres del espasmo independiente de ja voluntad, presentándose en un terrero primitivo o secundariamente neuropata, así como también un cierto parentesco entre el aspecto clínico de los dos fenómenos, habían ya sido **estudiados** por Trousseau en 1862.

Cabe la sospecha que estas analogías no son debidas a causas orgánicas parecidas sino idénticas.

A decir verdad, ignoramos aún hoy e; origen anatomofisiológico de este espasmo aislado del cuello, como también del calambre de los escribientes. Lo que; es indudable es que se trata de un conjunto de fenómenos parecidos clínicamente, cuya organicidad por no decir lazos recíprocos y

idealizaciones anatómicas, ha sido posible afirmar.

Uno de nosotros ha llamado la atención sobre las analogías existentes entre algunas bradicinesias encefálicas y el tortícolis **espasmódico** y la aparición de fenómenos completamente análogos al calambre de los escribientes en enfermos afectados de encefalitis (6).

Estas analogías han sido comprobadas desde entonces por muchos autores. Sabemos también que en la misma afección puede también ver-se coincidir fenómenos de torción espasmódica del **cuello y crisis óculogiras** (7).

Tampoco conocemos el **substrátum** anatómico de estos hechos clínicos, por cierto muy complejos. Pero no deja de ser interesante comprobante estos hechos **cuya** organicidad se **discutía** aún hace poco tiempo, parecen hoy sin duda alguna, pueden ser **incluidos** en la categoría de **las ma-**

nifestaciones orgánicas, por obscura que sea, hasta nueva orden, su explicación anatofisiológica.

III.—LA CIRUGÍA DEL SIMPÁTICO

Los doctores R. Leriche y R. Fontaine expusieron en el último Congreso Necrológico internacional la cirugía del simpático.

Estos autores han tenido el **mérito** de exponer sus líneas peñerales y hacer resaltar los puntos importantes con suma **claridad**, a pesar de la complejidad de este asunto, aún muy **poco**

(6) GABRIELLE LEVY: **Las manifestaciones tardías de la encefalitis epidémica** (*Thèse*, París, 1929).

(7) JEAN LHEKMITTE y señora GABRIELLE LEVY: **Anotaciones clásicas** sobre el tortícolis espasmódico. **El tortícolis cerebral** (*Revue Neurologique*, junio de 1929, pag. 1025).

conocido. Insisten, ante todo, en algunas nociones anatómicas, fisiológicas y patológicas, que sirven, por decirlo así, de introducción a la parte propiamente quirúrgica de su trabajo-Desde el punto de vista anatómico, ponen de relieve la ubicuidad de las células simpáticas. Estas no están agrupadas en los **ganglios**, pues las encontramos también en los cordones intermedios, en los ramos comunicantes, en los ramos periféricos y también, inútil es decirlo, en las células de los plexos murales.

Otro hecho anatómico importante, dicen, es que, según los individuos, varían mucho las relaciones entre las fibras del simpático y las del vago.

Por lo que se refiere a la fisiología del simpático, no admiten esquema clásico de la vasomotricidad, que creen estar en contradicción con los resultados de la experimentación quirúrgica.

Según ellos, la cirugía no revela la existencia de vasodilatadores, cuya supresión permitiría el predominio de acciones vasocons-

trictoras, ni tampoco consigue producir **fe nómicos** vasoparalíticos. Creen que el papel sensitivo del simpático es, en cambio, cada vez más considerable, tanto si se trata de vasosensibilidad, de sensibilidad visceral, como de anestesia profunda.

Admiten, por último, que el simpático tiene relaciones indudables con el tono muscular, por más que la experiencia no ha podido determinarlas hasta hoy con **precisión**.

También de la patología deducen **algunas** enseñanzas, insistiendo de un modo especial en los puntos siguientes:

Todo traumatismo periférico o visceral, de cualquier tipo que sea, es siempre un traumatismo de la vasomotricidad que se manifiesta normalmente por una vasodilatación activa, cuya duración oscila entre algunas horas y algunos días. Según la intensidad, según el asiento, según los individuos, en ciertas y determinadas circunstancias, esta vasodilatación aparece, y paulatina

mente a ella se añaden trastornos de la circulación capilar.

Estas modificaciones circulatorias **transforman** rápidamente un estado puramente funcional **al principio, en una** enfermedad orgánica definitivamente **incurable**. Tal ocurriría, por ejemplo, en **los** trastornos fisiopatológicos **descriptos** por Babinski y Froment.

Por otra parte, toda neuromatosis traumática en un nervio cualquiera puede producir a distancia una serie de fenómenos patológicos no sistematizados, muchas veces a gran distancia, pudiendo los mismos hechos observarse a propósito de los elementos simpáticos. Acerca de ello, los autores insisten en el carácter de difusión progresiva de las enfermedades simpáticas y en especial en su repercusión psíquica.

Partiendo del conjunto de es-

tos datos, estos autores llegan a considerar la cirugía del simpático como un método de terapéutica general que puede **tener** de objetivos esenciales: la supresión de reflejos simpáticos anormales y la producción de una autonomía de los centros lisomotores periféricos.

Desde el punto de vista de la técnica **quirúrgica**, los autores describen los cuatro tipos posibles de intervención simpática: la ramisección, las extirpaciones ganglionares, las **simpatectomias** periarteriales y la **neurolisis** intratroncular. Según ellos, los dos procedimientos corrientes de la cirugía simpática deben ser la **ramisección** y la simpatectomía periarterial.

Los resultados de la cirugía son estudiados por estos autores desde el punto de vista de latera-

péutica de los dolores, de los trastornos vasomotores, de los trastornos tróficos y de las perturbaciones del tono.

Por lo que se refiere a la cirugía del dolor, cabe estudiar tres métodos diferentes: la sección del nervio sensitivo o de **su raíz**, la cordotomía, y las operaciones simpáticas.

Las neurotomías sensitivas periféricas o la **radicotomía** posterior considerantes aplicables a todas las algias de topografía fija e inmutable, correspondiente a un territorio troncular o radicular. Crean que la cordotomía debe ser reservada exclusivamente a los cancerosos, en los que no procede practicar ninguna otra operación antálgica.

En cuanto a la **cirugía simpática**, es aplicable a todos los dolores **viscerales** y a todas las algias de los miembros, sin topografía fija y sin sistematización clásica.

La cirugía de la **vasomotricidad** está indicada, no solamente en las enfermedades vasomotoras **puras**, tales como la crisis **vasoconstrictoras**, del **tipo Raynaud**, o del tipo de la acroecianosis, trastornos a los que debe sumarse la esclerodermia y la dermatitis atrofiante de Pick Herxheimer,

sino también a los trastornos vasomotores asociados a enfermedades orgánicas de los vasos, tales como **el síndrome de Volkman**, las arteritis seniles y también los trastornos **vasomotores** postraumáticos.

En cuanto a la **cirugía del tono**, está indicada, según estos autores, en las contracturas **reflejas** postraumáticas, como también en las contracturas extrapiramidales. La cirugía del trofismo se aplica a las **ulceraciones**, sean o no de origen

nervioso.

A **propósito de las ulceraciones** de origen nervioso, debemos recordar que los autores proscriben el empleo de la simpatectomía **periarterial de las ulceraciones** sintomáticas de la tabes, de la **síringomielia**, de las mielitis, de la espina bifida. En estos casos consideran la intervención como completamente ineficaz.

La aplicación de la cirugía del simpático a algunas afecciones viscerales, tales como el asma bronquial y la enfermedad de **Basedow**, considerada mucho **más** problemática, en este último caso, llegan a afirmar que la **simpatectomía** debe ser abandonada y **substituida por la tiroidectomía.**

En realidad, **trátase**, en su

conjunto, de una cirugía que está aún en pañales y cuyos resultados no pueden hoy ser apreciados.

IV.- - EL RETRASO MENTAL EN LA

HEREDOSIFILIS

Uno de nosotros ha tenido ocasión de estudiar de un modo especial la sífilis hereditaria del sistema nervioso (8), y uno de los hechos más interesantes que podemos observar en este orden de ideas es el retraso intelectual que muchos reconocen este origen. En doscientos casos de encefalopatía infantil con retraso mental estudiado, había cincuenta en los que la heredosífilis podía ser recriminada.

Pero entre estos cincuenta casos hay que tener en cuenta aquéllos en que la heredosífilis es la única causa patógena que puede invocarse, y algunos otros en los que cabe también recriminar

la acción de traumatismos obstétricos.

En, el primer grupo de enfermos trátase de casos de retraso mental, de imbecilidad o de idiotismo, en los que, por diferentes motivos, debe recriminarse la heredosífilis para hacer este diagnóstico etiológico. Estas razones son de diferentes órdenes: clínico, serológico, etiológico, anatómico y a veces de varios órdenes a la vez. Clínicamente podemos observar anomalías de orden dentario, óseo, ocular o visceral.

Las lesiones dentarias más frecuentes son los dientes de Hutchinson (incisivos medios en forma de destornillador, con muesca inferior en forma de dentellada) y otras anomalías varias, tales como la implantación defec-

(8) BABONNEIX: Sífilis hereditaria del sistema nervioso, París, 193\ en 89, masson.

tuosa, las irregularidades y las caries.

Sabido es que, **desde** el punto de vista ocular, uno de los estigmas de la heredosífilis es la queratitis intersticial. Pero puede encontrarse también el signo de Argyll Robertson, y **la desigualdad** pupilar.

Por lo que se refiere a las **lesiones** ósea?, véase muy **a** menudo en estos niños osteítis de los huesos de la nariz, con la deformación clásica de la nariz en forma de catalejo; también exóstosis de los huesos largos, y aún a veces de los huesos del cráneo. En cuanto a las lesiones viscerales, conocido es su valor en los niños, observándose la hepatoespienomegalia, el aumento de volumen de los testículos, que casi siempre **son** en estos casos gruesos y duros.

Finalmente, la importancia de las conformaciones viciosas cardíacas en los heredosifílicos es bien conocida.

Las razones de orden **serológico** consisten, como es de **preveer**, en la positividad de las reacciones serológicas en el niño o en los padres. En el lactante no hay que tener en cuenta las reacciones positivas, por cuanto **pueden**

intervenir diferentes causas de error.

Por lo que se refiere a los argumentos de orden etiológico en cuéntranse mucha? veces en los antecedentes hereditarios de estos niños la **sífilis**, o **también la sífilis** nerviosa, especialmente en forma de tabes o de **parálisis general**, y **a** veces también en los **abuelos**.

Finalmente, algunos datos **anatómicos** pueden también venir en apoyo de todos estos argumentos. En el trabajo publicado por uno de **nosotros** (9) figura la relación de una autopsia de un caso de mongolismo, en el que encontré un nódulo perivascular situado en un surco meníngeo, con muchas zonas caseificadas, con todos los caracteres del tejido gomoso.

Inútil decir que **a** veces se encuentran reunidos en un mismo niño o **en un joven varios** de los signos de probabilidad que acabamos de referir, como, por ejemplo, en aquel joven de **veintitrés**

(9) L. BABONREIX: Congreso de **Barcelona**, mayo de 1929; id., **El retraso intelectual** es debido casi siempre ¡**la heredosífilis** (*Gazette des H6j* • . N°9 1. 19 de enro de **193**).

anos que hemos tenido ocasión de examinar.

El nivel mental era el de un niño de ocho años, observándose en él las tibias en forma de hojas de sable, con exóstosis en el frontal y en la parte interna de las clavículas, deformaciones dentarias muy acentuadas, con clientes de Hutchinson, cicatrices cutáneas de aspecto gomoso, y finalmente, paresia del sexto par derecho y desigualdad pupilar.

En estos enfermos, en los que hemos podido recriminar la heredosífilis, no era posible invocar ninguna otra causa tóxica, infecciosa o traumática capaz de explicar los trastornos mentales existentes.

La objeción que podría hacerse de una coincidencia posible no creemos pueda resistir una discusión algo seria en todos los casos observados.

Otras veces, y ello se presta más a confusión, el traumatismo obstétrico que parecía deber ser recriminado en la génesis de los trastornos mentales observados, habíase presentado en niños con manifestaciones bien claras de heredosífilis, y casi siempre con antecedentes indudables. Ya he-

mos tenido ocasión, desde 1911 (10), de insistir sobre estos hechos. Creemos que la heredosífilis debe casi siempre ser invocada como causa de algunas encefalopatías atribuidas a accidentes obstétricos.

Paréese nos que, en estos casos, la heredosífilis, que probablemente fragiliza el cerebro, facilita de esta manera la aparición de hemorragias traumáticas.

En definitiva, de todas estas observaciones se deduce de un modo claro que la heredosífilis es frecuente en niños o en jóvenes cuyo psiquismo es anormal. Puede ser el único factor de los trastornos psíquicos, en cuyo caso no parece verosímil la objeción de **una** coincidencia posible. Puede ir asociada a otros factores, en especial traumatismos obstétricos. En este último caso es probable que favorece una mayor vulnerabilidad de los centros nerviosos, y que aún así cabe invocar la especificidad hereditaria.

(10) HUTINEL Y BABONNEIX (Association Française de Pédiatrie, Congreso de 1911, página 27).

Sífilis uterina y anexial en la mujer

Su Tratamiento

Síntesis de la conferencia dictada por el **Prof. C. A. Castaño**

(Ciclo para Graduados)

La lúes, comenzó diciendo el **profesor** Castaño, puede afectar de dos maneras el aparato genital; ya localizándose directamente en él, provocando **alteraciones orgánicas** del mismo, ya provocando **alteraciones funcionales**, sin Realización orgánica.

El diagnóstico de **lúes** genital es difícil no sólo en su etapa primaria, chancro (escasos trastornos por lo que rara vez tiene el médico ocasión de sorprenderlo) sino durante su evolución tardía, por intrincarse con otras **afecciones** genitales, gonococcia, etc. Por eso para diagnosticar hay que pensar en ella.

Enumeró a continuación las multiformes manifestaciones mórbidas de la sífilis en el aparato genital femenino, refiriéndose principalmente a las alteraciones funcionales.

De las vírgenes

I Dismenorrea con hipertrofia. Trastornos menstruales por alteración endocrina.
 I Leucorreas.
 Clorosis,
 I Ciertas oovitis escleróticas.
 I Congestiones, hipertrofia del útero y ovario.
 I Malformaciones congénitas.
 < Algias (neurosis hipogástricas, etc.

Estados todos en los que interviene con frecuencia *un* fondo específico innegable.

I Esterilidad.
 i Abortos a repetición.
 i Fibromioma uterino.
 t Degeneración quística de los ovarios. **De**
 las nu- Varicocele pelviano,
 líparas y 'Metropatía hemorrá-
 múltiparas * gica.
 i Esclerosis uterinas.
 * Trastornos menstruales (amenorreas o hemorragias).
 ' Enfermedad de Basedow.
 (Algunos vómitos incoercibles.
 i Hipertiroidismo del embarazo y del parto.
 Durante el (Astenia, hiposurrep-
 puerperio i nalismo. y el parto i
 Embarazos gemelares.
 ' Mola **hidatiforme**.
 | **Desprendimiento**
 ' placentario.
 i (por alter. del huevo, o irrít. uterina).

Son todas manifestaciones comunes en las enfermas de terre-

no sifilítico. I>e ahí surge la utilidad de un tratamiento de fondo.

Sífilis adquirida

Manifestación primaria. El chineró genital femenino se localiza en general en la región antevestibular, clítoris, pequeños labios, periné, reborde anal; *nunca en la vagina*, particularidad debida a su tipo de epitelio; en el cuello del útero también se puede localizar aunque su diagnóstico no es frecuente por no examinarse la mujer en ese período. Los diagnósticos de ese tipo hechos por el Dr. Castaño, han sido en recién casadas, examinadas a **instancias** del cónyuge infectante.

Puede ser único o múltiple (Fournier) cervical; céntrico o excéntrico y a veces endocervical. Prefiere en general el labio anterior (el más expuesto por su situación). Es más frecuente cuando hay un herpes genital cuyas vesículas le ofrecen una **puerta** de entrada, Fournier aconsejaba en los herpes buscar el chancro de "parti pris".

Su aspecto ofrece varias características: su coloración "tocino rancio" blanco amarillenta, tan distinta del color **rojizo** del chancro corriente; su **forma en C**, en **media** luna (las erosiones por **cervicitis** son redondeadas); su induración que se investiga **con** un histerómetro comparando con otras *zunas* normales de) cuello; alrededor del chancro hay un edema **que** simula una **hipertrofia**. Ese chancro alojado en una región húmeda., tibia sin traumatismos, cicatriza sin dejar rastros, en plazos mucho más breves que el chancro ordinario del plan-de, por ejemplo. Es otra razón de la rareza relativa de su diagnóstico. Puede revestir un aspecto ulceroso, y a veces, **pápulo** erosivo, con un "lisere" que simula un reborde.

Las adenopatías satélites son, en general, clínicamente inaccesibles, radicando en loa ganglios hipogástricos. Sólo raras veces, siguiendo la vía linfática del ligamento redondo, se infarta un ganglio satélite en el orificio inguinal externo, con las características de la adenopatía sifilítica.

En ocasiones se acompaña de signos generales de la infección: anemia, que son mucho más **mar-**

cados **en** el período **secundaria**

Son circunstancias predisponentes a parte del herpes, la multiparidad; el prolapso, ectropión o erosión.

Sifilides secundarias: Son concomitantes en general con otras manifestaciones de secundarismo específico (roseóla, sifilides papulosas, condilomas sifilíticos, etc.) Mucho más frecuentes en la región vulgar (552 casos) que en el cuello (25 casos) y vagina (9 casos), **según la estadística** de Fournier.

Las características de las sifilides secundarias del cuello, según Fournier, son: lesiones secretantes, recidivantes, curables y eminentemente contagiosas. La secreción es gomosa, abundante, y no cura con lavaje?.

Se describen varias formas de sifilides secundarias del cuello uterino:

Eritematosa: coincide con la roseóla; son placas rojo-violáceas, lucientes.

Erosiva', ligeras excoriaciones lenticulares, múltiples, a veces confluentes formando figuras circinadas. Los elementos aislados son semilunares. Se diferencian de la erosión de la cervicitis, por localizarse en los labios.

Hipertrófica exulcerada: hipertrofia violácea, a predominio transversal.

Papulosa: es la forma más común; pápulas diseminadas en el cuello, coincidiendo con una sífilides papulosa generalizada.

Ulcerosa: sigue a las formas erosivas, siendo la pérdida de sustancia más profunda. Se encuentran hacia el fin del período secundario y comienzo del terciario.

Acompañan a estas lesiones signos generales de la toxiinfección específica: anemia, astenia, fiebre, cefaleas, a veces marcadas. Pueden también observarse en este período alteraciones del ritmo menstrual {amenorrea o menorragias alternadas, sin ningún dolor}.

Sífilides terciarias: Adoptó el disertante, la clasificación de Laf-

font: sífilis terciaria del cuello y sífilis terciaria de] cuerpo uterino:

(ulcerosa

Sífil. del (gomosa.

cuello (leucoplásica.

(esclerosa.

La forma *ulcerosa* es indolora, en forma de C o de una luna creciente, de fondo grisáceo; sangra poco al tocarla; la confusión posible es con el cáncer del cuello {forma redondeada, fondo rojizo, sangrante) En los casos difíciles se recurrirá a la biopsia.

La forma *gomosa* se presenta en forma de **tumoraciones** del tamaño de un garbanzo, duras pero con el centro depresible, cubiertas por una mucosa de aspecto normal al examen directo. Se semejan a los huevos de Naboth. pero en éstos el epitelio que los recubre los deja traslucir.

Infiltrac. gomosa.
 Ule. go- Gomas
 mosa Ulcerac. fongosas
 de! endometrio

 Leucoplasia endou-
 terina
 Esclerosa Esclerosis sifil. total
 o parcial
 Útero atrófico
 Angioesclerosis
 (arteritis sifil.)

Son frecuentes, pero el diagnóstico se presenta difícil con los fibromas, útero de **Richelot**, cervicitis hipertrófica, metritis parrenquimatosas. etc. Hay que pensar en ellas y **aguzar** los medios de diagnóstico.

Dan particularmente trastornos funcionales: hemorragias abundantes a forma menor o metrorragica; anemiantes, rebeldes; el útero es duro, el cuello hipertrófico. A la histerometría es de tamaño normal o ligeramente agrandado. Sangra fácilmente; los vasos son esclerosos y ello es el estigma de la lúes antigua. Coinciden con hipertensión, lesiones aórtica*, renales, etc. **Hay** que tenerlas presentes en las hemorragias de la menopausia.

Recordó Castaño, también, la forma por él **llamada Pseudofibro-**

ma formada por una asociación de gonococo y lúes. Los anexos inflamados crónicamente son duros, indoloros, fijos: el útero grande, duro, también fijo. No hay mayor dolor ni temperatura. **Existe** una verdadera ganga parametrial sifilítica, lo que torna muy dificultosa la operación.

Se refirió en lo que respecta a la **sífilis anexial**, al interesante *signo de Wassilieffo* del *dolor arterial*. La compresión de las arterias como el cayado de la uterina, vaginales, femorales, es dolorosa en los casos de sífilis anexial.

Tratamiento

Recordó las condiciones particulares de la mujer: organismo más débil e intolerante que el masculino por lo que se debe tatear la susceptibilidad y ser prudente durante el tratamiento ('examen **de función he pato-renal**, etc.) Las **mujeres** en general tienen venas **que** no suportan curas intensiva?, de **ahí** la importancia de *los*, **medicamentos** que **pueden** usarse por vía muscular o subcutánea.

Coloca Castaño, los tres grandes elementos de la lucha anti-

luética, en *vi* siguiente escalaron de **acuerdo** con la escuda **francesa**: si es As vale 10, el Bi vale 8 y el Hg vale 6.

Tratamiento de la lúes en e; **primer periodo**: Sigue aquí **Castaño** a su maestro **Gougerot** (Hosp. Saint Louys) y a **Milian**. Combina **sistematicamente** el As **con el Bi o el Hg**, **'en curas mixtas intensivas**. Indica como dosis óptimas por serie, una cantidad de **Neosalvarsan** de 0,10 gr. por Kg. de peso de la enferma; y una cantidad de Bismuto de 0,05 por Kg. de peso; p. ej.: mujer de 60 kilos recibirá por serie 6 gr. de **Neosalvarsan** (o equivalente) y 3 gr. de Bismuto,

L-A9 dosis más bajas son insuficientes y hasta nocivas para dar reactivaciones y neurorrecidivas, sobre todo en el período secundario.

Es raro encontrar una mujer con la lesión primaria; las vistas **por** el conferenciante han sido en general recién casadas. Hecho **'■** diagnóstico si es **posible** con el control del ultramicroscopio (trepone), se iniciará un **trata-**

miento de ataque enérgico y continuado **en la forma que prescribe Gougerot**.

1er año: Comenzar con As y BÍ. Si es posible, Neosalvarsán endovenosa, si no hay vena, con Miosalvarsan o Sulfarsenol.

La primera dosis de Neo. de 0'15 gr. se repetirá a las '4 o 48 horas; sedará a los 3 días 0,30 gr. y cuatro días después 0,45 gr. Recién serán semanales las **dosis** de 0.60 o más gr.; si la mujer es fuerte y tolera bien, no teme indicar 0,75 gr. por semana, **con todas las precauciones de estilo**: en ayunas, con toma de adrenalina, inyección lenta y durante ese día no almorzar: sólo tomarte a la tarde y cenar luego normalmente. Se llega a la dosis de 0,10 gr. por Kg. de peso y por serie.

Se debe tener cuidado con ciertas **enfermas** sensibles, quizás insuficientes hepáticas o renales en latencia. Aconseja Castaño *la intradermorreacción de Milian* que orienta sobre esa sensibilidad particular y precave así dolorosos accidentes. Se inyecta por vía intradérmica una gota de una so-

lución débil de Neosalvarsán. Si no hay mayor reacción local se la puede tratar con confianza; si hay gran reacción local, hay que redoblar las precauciones o en ciertos casos abstenerse.

Entre las reacciones comunes se cuentan:

El Eritema 99 día, semejante al sarampión por el tipo eruptivo; escasas manifestaciones generales; es el eritema biotrópico de Milian. No tiene mayor importancia; se puede continuar.

La eritrodermia tardía con alteración del estado general, fiebre etc., es, en cambio, de significado importante indicando una intolerancia que podrá durar toda la vida. Hay que cesar la medicación.

El Bismuto sedará concomitante con el As. en dos dosis semanales, por vía intramuscular glútea hasta totalizar la dosis de 0,50 gr. por Kg de peso y por serie. Aconseja Mutanol, Curalues, Casbis, Casbis, etc.

Subrayó la necesidad de cerciorarse de que la aguja no está en un vaso, pues si se inyecta el Bi. en su luz se puede asistir a la te-

rrible gangrena aguda glútea o dermatitis lívida de Nicolau. accidente lamentable por lo doloroso y largo de su evolución.

Finalizada la serie, se hará un compás de espera de 4 a 5 semanas y se reiniciará a las mismas dosis, y así sucesivamente hasta el fin del primer año.

Esta cura de *ataque* aconseja Gougerot *prolongarla hasta la desaparición de todo signo clásico o humoral de la sífilis*, dura por lo general un año.

*,!• ano ji sucesivos, "cura de consolidación" (Gougerot), indispensable para evitar la recidiva; durará según el caso, de 2 a 4 años; se emplearán como armas activas, alternando el Bi. y el Hg. Por ejemplo, 2 series anuales de Bi y dos intercaladas de Hg.; vale decir cuatro curas anuales, separadas unas de otras por 6 semanas de repodo medicamentoso. El Hg. preferido en estos por el conferenciante es H Hg, insoluble, cu forma de aceite gris, a la dosis de **0,06** a 0,08 gr. semanales según el peso de la enferma ' hasta totalizar la dosis de 0,01 gr. Kg. de*

peso de la enferma y por serie. Al fin de la cura "de consolidación" efectúa Wassermann en sangre y **céfalo-raquídeo** de control y si todo es negativo, *pasa* a la "**cura de aseguramiento**" (Gougerot); algunos autores no la emplean, **vigilando** sólo a la enferma, listos a tratarla al menor signo de recidiva; pero el eminente **Prof.** de París aconseja seguir **curas espaciadas** y menos intensas, durante un **largo** período de años, en la convicción de alejar así toda probabilidad de recidiva.

Tratamiento de la lúes terciaria y de la heredolúes: Asigna importancia a la Wassermann (en sangre y cefalorraquídeo) reactivando previamente, y a la **linfocitosis**.

Hace serie si es posible con arsénico (no lo emplea en las enfermas de cierta edad, en la meno-

pausia, las que presentan **meio-pragías viscerales** múltiples). Utiliza el **Sulfarsenol** o el **Miosalvarean**, por vía intramuscular o subcutánea quizás menos **olorosa**; como excipiente suero **glucosificado**, y la dilución en lo posible isotónica.

Da dos inyecciones semanales hasta totalizar si se puede, la dosis de 0.10 gr, por Kr. de peso.

Emplea también el Acetilarsán, por las mismas vías, 2 inyecciones semanales, que es muy tolerable; preconizó asimismo el Hectargirin el A. (As. 0.10 gr. y 0,005 gr. Bicánuro Hg.) y el B. (As 0,10 gr. y 0,01 gr. de Bicánuro de Hg.) con lo que se realiza un tratamiento mixto As y Hg.

Se harán 2 a 3 curas anuales, reemplazando poco a poco el As. por el Bi. o el Hg.

Si la enferma no tolera el As.

(menopausia, etc.) .=e recurrirá : al Bi., prefiriendo aquí Castaño el **Quinby**, hasta la dosis de 0.05 gr. por Kr. y por serie.

En el mismo caso, o alternando con *el* Bi. (durante series diferentes) se puede emplear el Hg.; en los casos de cierta urgencia (sífilis terciarias evolutivas) se emplearán **Hg. solubles** y sí se puede endovenosos. El mejor Hg. endovenoso es el Bicianuro de Hg., sino, solubles por vía **intramuscular**, siendo muy recomendable el Oxicianuro de Hg. por su riqueza (76 %) de Hg. Utiliza Gougerot aquí el Novargyre o el Musculurgyre, día por medio, intramuscular **comenzando** por | luego A, **j** y **1 anapoya**: 20 inyecciones y luego descanso de 2 meses.

Puede emplearse también en estos casos el Biyoduro de HG. de Robert y carriere, con un 169! de Hg.; intramuscular, **muy** toíerable, día por medio, a dosis algo más alta que los bicianuros y oxicianuros. **También** es excelente el Ciarnyl de Calcagno.

Se empleará Hg. insoluble de preferencia cuando no hay tanta prisa, así, por ejemplo, el Aceite **gris con** amalgama de **plata de** Ercé, en jeringas **inyectable?**,

cada uno, en inyecciones semanales hasta totalizar en 8 a 10 inyecciones la dosis de 1 centigramo por kilo de peso.

El grave peligro de los **mercuriales insolubles**, reside en su **reabsorción** masiva, lo que **ocurre** si se depositan en el tejido celular subcutáneo; ese nódulo no se reabsorbe, hasta que un día por razones a veces no bien determinadas, se reabsorbe con sus vecinos, bruscamente, y la dosis masiva de Hg. crea graves complicaciones (encías, recto, riñón.)

De ahí el consejo de evitar los preparados **solubles**, en las mujeres muy **gruesas**, por temor a que queden en **el tejido celular** subcutáneo.

Para las *estomatitis mercuriales* aconseja Castaño tópicos locales con ácido crómico a! **IO'Í**, **pintando** las encías.

Para las *estomatitis mercuriales* preconiza el efecto sedante de los pequeños enemas de **agua de lino de** almidón, **adicionados** si es preciso de unas gotas de láudano.

Si la enferma reside lejos del media se le puede indicar como As. por **boca** el Stovarsol o el Treparsol, tomado en ayunas, **lejos** de las comidas durante 5 días, descansando luego 10. To-

mará 2 a 4 comprimidos diarios según la tolerancia í esos días conviene que no almuerce, tomando un té claro a ja tarde y cenando normalmente. Así se evitan las desagradables cefaleas.

Combina a eso el BÍ. y el Hg. por vía rectal:

Bi. rectal, por ej.: Supositorios de Mutanol, 1 cada noche: coma Hg. rectal, prefiere Castaño los supositorios de aceite gris. Ovones grises de Gibson, dosados del N1 al 10, correspondiendo una cota más a cada gradación eligerá el N 6 (6 gotas) en una adulta, 1 supocitorio cada noche durante 20 noches.

Se puede emplear también el As. por vía rectal: Neosalvarsán o Sulfarsenol 3 enemas semanales de 0, 15 gr. c.[u.

Por boca son inútiles, asimismo el jarabe de Gibert y entre nosotros el Elixir Biode Soubeiran.

Tratamiento complementarios;* Es partidario Castaño **del** clásico yodo o yoduros, que suministra en los períodos intercalares de las series. Son **ellos** de particular utilidad en las lúes **terciarias**, v en toda forma con **esclerosis** o hipertrofia.

Se utiliza la vía subcutánea, prefiere la Endoiódina de Bayer en solución acuosa, muy superior a los preparados con aceite.

Si emplea la vía bucal, tía el Yodinmarin **Ferrin** (yodo orgánico de algas marinas), o sino la clásica formule.

Rp;

Yodo metaloide 6 gr.

Alcohol60 gr

en leche en las comidas, comenzando por 5 gotas, hasta 50 o 100* por vez, según tolerancia.

También pueden darse yoduros, como la Solución Souffron, que tiene un gramo por cucharada sopera, en las comidas, con leche.

En el caso de intolerancia gástrica a los compuesto» yodados, se puede recurrir a la vía **rectal:**

Rp.

Yoduro de potasio....2 gr.

1 Papel: XX

que se dará en un pequeño enema a la noche, al acostarse.

Si a pesar de todo esto, no se consigue modificar una Wassermann rebelde o una lúes **visceral**, se puede, como hace Milian, intentar reactivarla **mediante** inyecciones de Intramina, No.1 y 2 mezcladas, de 2 a 5 ce. **intramusculares**, los veces a la semana, **o** tomo **aconsejan** otros, recurriendo a la autohemoterapia.

Tratamiento durante el embarazo Se refirió brevemente a él, el conferenciante, al final de su disertación, manifestando que salvo en casos de urgencia, pretere el BÍ, a dosis bajas, 1 ampolla semanal, cié Mutanol. por ejemplo. Si la situación apremia, se ciarán dos ampollas semanales hasta totalizar la dosis, y luego descanso, recordando la importancia de la vigilancia renal durante este período.

C. LEONI.

(De *El Día Médico, de Buenos Aires.*)

Un caso de Linfo-granulomatosis inguinal sub-aguda

Enfermedad de Nicolas-Fabre

F. D. de 16 años de edad, soltero, originario de Comayagüela y actual **alumno** de la Escuela de Clases, ingresó a la Pensión No. 9 del Hospital San Felipe el 1.º de febrero de 1931.

Antecedentes hereditarios, personales y colaterales sin importancia.

Historia de su enfermedad

Hace dos meses notó en el tercio medio de la región inguinal un pequeño tumor de consistencia dura, sin cambio de color de la piel, indolora, solamente a ja fuerte presión. Esta tumoración inguinal aumentó rápidamente de volumen, con malestar general, falta de apetito y fiebre. Cuenta el enfermo que pocos días antes había tenido relaciones sexuales. Dice no haber tenido ulceración de la verga.

Tenía dificultades para la marcha. Al cabo de algunos días el médico de la Escuela encontró puntos de resblandecimiento limitados, y por este motivo incindió el bubón dando salida a un pus cremoso, amarillo poco abundante.

Examen del enfermo. —Al descubrir la región inguinal izquierda nos encontramos con un ganglio voluminoso más grande que una nuez, situado en la región **inguino crural**, subyacente a la arcada de Falopio, netamente limitado de los tejidos vecinos: la piel subyacente está ligeramente espesa. El ganglio presenta una dureza característica casi leñoza.

Sobre el ganglio había una incisión transversal al bisturí que le había practicado el médico de la Escuela. Por esta herida salía un pus francamente amarillo, gomoso que mancha el aposito. No encontramos en el pene secuelas de alguna ulceración inicial. Se palpan ganglios pequeños, indoloros, en la región inguinal derecha y en la región del cuello. Reacción de Kahn, negativa. Fórmula hemoleucocitaria, normal.

Hicimos el diagnóstico de Enfermedad de Nicolás-Fabre.

Comentarios.—La adenopatía inguinal sub-aguda es una enfermedad probablemente infecciosa y específica, de origen genital, caracterizada por una adenitis de evolución sub-aguda o crónica.

terminando por la formación de accesos microscópicos múltiples y de fistulas.

Esta afección fue considerada como ríe origen tuberculoso por Marión, Gandy y Lejars; para otros autores se trataba de la *enfermedad de Hodgkin*. Es una afección autónoma. Bien descrita por Nelaton *quien* le dio el nombre de *adenopatía inguinal sub-aguda a supuración intra-ganglionar*; esta afección ha recibido el nombre de ULCERA VENÉREA ADENOGENA que recuerda su origen genital; el nombre de PORADENO-LINFITIS SUPURADA que recuerda el género *de* supuración; de cuarta enfermedad venérea (Nicolás y Fabre), de BUBÓN CLIMATÉRICO NOSTRAS, para recordar que existía con el BUBÓN CLIMÁTICO (Brocq).

Esta enfermedad se desarrolla casi siempre en los hombres jóvenes, de 16 a 35 años de edad.

El principio es insidioso: la dificultad de la marcha es el único síntoma de que se queja el enfermo; no hay fenómenos generales, excepcionalmente, se nota malestar, fiebre, con una tumefacción más considerable al nivel de la adenitis.

El ganglio sitúase en la región ingui no-crural, y subyacente a la arcada de Falopio: alcanza el volumen de una nuez grande y está netamente limitado de los tejidos vecinos; la piel ligeramente espesada en las regiones subyacentes. El ganglio presenta una dureza característica casi leñosa y envía prolongamientos que parecen dirigirse a los ganglios superficiales vecinos y sobre todo a los ganglios ilíacos, que ellos mismos se tumefacían; estas masas son perceptibles en la profundidad de la región formando un empastamiento difuso. La ausencia de dolor es completa aún cuando se toma la masa ganglionar en la mano y se ensaya movilizarla sobre el plano profundo: es *el signo del estremecimiento ganglionar indolente de Fabre*.

Al cabo de muchas semanas, el ganglio puede presentar zona? muy limitadas de reablandecimiento, la piel se ulcera y en estos puntos ulcerados se forman pequeños abscesos puntiformes, múltiples, separados los unos de los otros por puentes de piel sana. Las fistulas de muy pequeñas dimensiones, representan pe-

queños agujeros de fondo no voluminoso; toda la superficie de la piel tiene un tinte violáceo.

La supuración persiste indefinidamente y, lo más frecuente, los enfermos se pierden de vista antes que la curación se haya obtenido.

Durante la evolución del bubón, los síntomas generales son variables, Gastinel y Reilly desorillan un estado sub-agudo febril continuo, ya una **curba** febril **regular** de una duración de dos semanas término medie, con un acmé que no pasa **de 39** grados; otras v-la fiebre indefinida, toma el **tipo** de fiebre ondulante con períodos de exacerbación y de disminución.

Los otros signos generales son casi nulos; no se encuentra, en **general, ni esplenomegalia, ni polinucleosis**. El principio de la afección roes siempre **la adenitis**; los antiguos autores, Nela-ton, Marión, Gandy, Tan ton y **Pigeon** habían señalado la existencia **de** una ulceración premonitoria sobre la verga; **pero son** Nicolás, Durand y **Fabre** quienes han demostrado la importancia **de** esta ulceración. Esta lesión evoluciona bajo la forma de herpes; es una ulceración que se sitúa sobre el prepucio, midiendo de un **milímetro** de diámetro, de configuración ovalar, de bordes no descollados, de fondo rusa; resulta de la dehiscencia de una vesícula herpética. Esta lesión nunca supura, **precede** a la adenitis de 15 días y parece evolucionar en cinco a diez días. Puedo ser

única o múltiple; algunas veces, **esta ulceración** puede reposar sobre una base netamente indurada. Cuanto esta ulceración no existe, puede **ser reemplazada por una inflamación** uretra!, algunas veces localizada en el meato, también puede situarse en la uretra.

La **naturaleza de** esta adenitis ha sido muy discutida. **Considerada mucho** tiempo como de naturaleza **tuberculosa**, se han hecho inoculaciones sistemáticas al caballo **por Tanton y Pigeon**; ninguno de los 120 animales **inoculados ha presentado estas lesiones**. El cultivo de estos ganglio- t negativo en los medios habituales (140 sobre 147 casos por Tan ton y Pigeon). Por tanto, Nicolás y **Fabre, sobre** un medio de huevo de **Libenau** han aislado un **colibacilo** sendo **diftérico (bacterium cutí comunis?)** que parece ser un **saprophyte banal** de la piel. Esta bacteria también ha sido **encontrada por Budding** y Rosnow, Budding y Lates, en la enfermedad de Hodkin. La inoculación de este microbio reproduciría esta enfermedad en el mono. Se trata de un saprophyte de la piel pudiendo penetrar en los ganglios y que es posible encontrar en los ganglios **de la leucemia**, del linfosarcoma. **etc. (Gastinel, Reilly Moore)**. Ravaut ha señalado la presencia de cuernos amibianos en el pus de los ganglios; esta *ameba* <<>!i no ha sido encontrada por los autores lyoneses, ni por Gastinel. La inoculación en la **cámara** anterior del ojo del cone-

jo ha sido positiva en las manos de Darré y Dumas. Por el contrario, en una serie de estudios muy completa, Gastinel y Reilly, por todas las vías de inoculación en el mono, el perro, el gato, la rata blanca, el cobayo y en el pollo han fracasado.

Hay que hacer notar también, que esta lesión no es auto inoculable.

En nuestro caso la adenitis se manifestó después de un coito.

Dice el enfermo no hubo lesión premonitoria sobre el pene. Como casi siempre esta ulceración evoluciona como una vesícula de herpes, muy pequeña e indolora y nunca supura, el enfermo no la nota. De allí que siempre nieguen su existencia. El enfermo afirma que su adenitis se manifestó quince días después de un coito sospechoso y probablemente hubo ulceración. Nosotros no encontramos nada al nivel de los órganos genitales; estas ulceraciones nunca dejan cicatrices, de allí que sea difícil hacer el diagnóstico retrospectivo de la puerta de entrada genital en esta afección.

El principio fue insidioso, tuvo malestar general, fiebre, inapetencia y dificultad para la marcha. Esta enfermedad casi siempre se desarrolla en los hombres jóvenes. Nuestro enfermo tiene diez y ocho años de edad.

El ganglio tumefacto está situado en la región ínguino crural y 9 i (fue la dirección de la arcada de Falopio; el ganglio es voluminoso y presenta una dureza característica, leñosa. Al cabo de muchos días presentó dos puntos resblandecidos que un facultativo los incindió. Hay ausencia de dolor. Es unilateral y está netamente limitado de las regiones vecinas. Toda esta sintomatología encaja con una *linfogranulomatosis inguinal sub-aguda o enfermedad de Nicolás Fabre*.

Esta enfermedad parece ser muy común en nuestro país y casi siempre se confunde con las adenitis simples o chancrosas.

Tratamiento. Localmente se ordenaron lienzos húmedos de solución de Dakin Per os, se instituyó el yodo en solución llamada de Lugol:

Yodo metaloide.	1	gramo
Yoduro de potasio.	2	gramos
Agua destilada.	100	gramos

El enfermo tomaba de esta solución tres cucharaditas, en un poco de leche, tres veces al día. Además se ordenó inyecciones de emetina de cuatro centigramos, diaria hasta diez. El resultado lo podemos calificar de maravilloso. En 15 días curó.

SAMUEL MOLINA G.

Alta Presión Sanguínea

El interés demostrado en años recientes por profesionales y profanos en la alta presión sanguínea no evidencia en sí que la condición sea más frecuente ahora que antes. La evolución del esfigmomanómetro clínico con la consiguiente facilidad en estimar la presión arterial, la mayor publicidad dada a los registros de seguro de vida, salud pública y mortalidad, todo ello ha servido para fijar la atención en esta bastante esparcida **condición** de fisiología patológica.

Hipertensión es sin duda precursora de arteriosclerosis y de afección cardiovascular en general, pero es frecuente, quizá usual, **hallarla** sin relación a estas condiciones. Pero asociada con arteriosclerosis, suele aplicársele el término hipertensión «esencial.»

Los síntomas de arterioesclerosis son, por lo tanto, principalmente los síntomas de hipertensión.

Se ha prestado mucha atención a las condiciones tóxicas como causa de hipertensión y de arterioesclerosis, y **parece probable** que un factor tóxico común sea la causa de ambas. Focos de infección, dentadura, tonsilas, apéndice crónico, etc., enfermedades **metabólicas**, dando margen

a productos tóxicos de metabolismo, han sido relacionados con hipertensión arterial y los cambios arteriales. Obesidad y diabetes parecen también ser causativas y sugieren un factor tóxico. Hartman y Ghrist, (1) en un estudio de 2,042 casos tomados de los archivos de la Clínica Mayo, hallaron. «La inconstancia de las gráficas diastólicas no hace sino realzar la notable constancia de presión sanguínea sistólica en aumento, con aumento de peso en un grupo casual de pacientes de gabinete en práctica general.»

En un estudio ilustradísimo, Blackford, Bowers y Baker (2) demostraron la fuerte tendencia familiar de esta condición, su incidencia pasada la edad de 50 años y su propensión a persistir, De 4 '1 pacientes examinados entre 5 y 11 años atrás, analizaron las historias de 222, y sus conclusiones son:

«Un estudio de 401 pacientes hipertensivos (175 de presión sistólica o más) hallados en... 10,000, reconocimientos hechos en una clínica general hace de cinco a once años y medio demostró que:

«1. - La apreciable incidencia (1.2 por ciento) de hipertensión empieza en la cuarta década; el 5.8 por ciento de todos los pa-

cientes examinados en la quinta década mostraba hipertensión: **en la sexta** década, El 12.3 por **ciento**; en la **séptima**, 22.5; en la octava, 14, y el **10** por **ciento** en la novena mostraba presiones sanguíneas sobre 175.

"2.—Sesenta y cinco por ciento de los casos **hipertensivos** en esta serie son mujeres; **cincuenta** por ciento de todos los reconocimientos fueron en mujeres.

o3.-Comparada la incidencia de hipertensión entre hombres y mujeres, el número notablemente mayor de hipertensivos viene en las décadas quinta, sexta y séptima.

«4. — Más de la tercera parte de todas las historias lo eran de hipertensión familiar.

5. —Casos de hipertensión complicados con bocio, sífilis, diabetes, nefritis crónica y afección cardíaca vascular, clasificados en grupos, no mostraban diferencia particular de los casos de pura hipertensión.

Hízose un estudio seguido de 222 entre 401 pacientes (5.5 por ciento) examinados desde entre cinco y once y medio años atrás.

De éstos fueron descartados 20 para estudio estadístico porque eran moribundas al tiempo del examen o fallecieron poco después de otras enfermedades. Los 202 casos restantes, seguidos de cinco a once años y medio, demostraron:

"1. - Una mortalidad conjunta de 50 por ciento; una mortalidad masculina de 70 por ciento y una mortalidad femenina de 39 por ciento.

«2.—Igual mortalidad aproximadamente para casos moderados y algo pronunciados, pero doble para casos extremos.

"3. — Un promedio de $\frac{1}{2}$ 2 meses de vida en hombres después de la primera observación y de 44 meses en mujeres.

«i. —Un promedio de **tiempo** de 81 meses desde el primer examen de 101 pacientes vivos.

«5.-Causas de defunción conocidas, 31 de complicaciones cerebrales, 25 de mal de corazón, 18 de uremia.

"No hemos hallado tendencia alguna al restablecimiento en hipertensión.

n A ocasiones adviértanse excepciones notables a la regla general de mortalidad. Mujeres sobreviven a veces a lo que esperaban. Hombres casi nunca.»

El tratamiento de hipertensión cae bajo las reglas generales de higiene, dietética y drogas. Dice O'Hare (3) «El cuidado de caso tal debe basarse primariamente en el conocimiento de que el problema lo es de un desorden circulatorio generalizado que consiste esencialmente de una vasoconstricción funcional al principio, luego una esclerosis de pequeñas arterias con vasoconstricciones superpuestas, y finalmente al reducirse la provisión de sanare a varios órganos, degeneración secundaria y función deteriorada de esos órganos.»

Descanso, abstención de pesado ejercicio muscular, baños calientes, baños de fango, tratamiento de luz y cultivo de hábitos de reposo, procurando molestarse lo menos posible. Evitar todo gasto innecesario de energía física y nerviosa. La dieta, por lo general, se ajusta sencillamente reduciendo la cantidad de alimento a lo requerido por el paciente en materia de energías. Para el de peso exoesivo es importante reducir la dieta y restringir los carbohidratos y grasas.

De drogas, lo clásico es yoduro de sodio y potasio En ca'os con historia de sífilis son valiosos. Nitrito de amilo por inhalación es bueno para dominarlos aumentos repentinos de presión tan fre-

cuentes. Nitroglicerina F. E. U., por absorción bucal **sirve** para igual propósito. Sulfocianato de potasio y subnitrito de bismuto han recibido atención recientemente.

"Sulfocianato químicamente puro fue prescrito en una simple solución acuosa de una fuerza que I dracma fluida (4Cc.) contiene 1½ granos (o,I) de la sal. Esta dosis fue dada *en* agua oralmente tres veces al **dia**, después de las comidas, por la primera semana, dos veces al día por la segunda semana y luego una *ve?* al día la tercera semana de tratamiento. Desde entonces esta dosis se dio diariamente o cada dos días." (4)

Bromuros y luminal son lo más inútil en algunos casos caracterizados por irritabilidad nerviosa. El efecto del subnitrito de bismuto en hipertensión ha sido cuidadosamente estudiado por **Stieglitz** (5) quien sugiere el probable mecanismo de acción como la absorción continua de diminutas cantidades de iones de nitrato, causando así aflojamiento y descanso general. Su resumen es:

«1. —Variaciones con el contenido clorúrico de la sangre no afectan la tensión arterial a ningún grado mayor.

«2.—Administración de **subnitrito** de bismuto causa una ligera reducción en el contenido clorúrico de la sangre, como hacen otros nitratos, por la producción de una diuresis **clorúrica**.

«3.—Administración de subni-

trato de bismuto ayuda materialmente a obtener una reducción de tensión arterial en hipertensión, igual en mujeres embarazadas que libres.

«4. —Los resultados terapéuticos son mucho mejores que cuando la arterioesclerosis no es pronunciada.

«5. —Se presenta en método de evaluar resultados terapéuticos en hipertensión en términos de porcentaje de retornos a lo normal.

«6.—El mecanismo farmacodinámico del subnitrito de bismuto en hipertensión es dual;

«a.—Vasodilatación gradual por absorción continua de iones (NO) 12) de nitrato.

*b. — Reducción del contenido clorúrico de la sangre por diuresis iniciada por tos iones (NO) (2) de nitrato.

»7. —El valor fundamental del subnitrito de bismuto' en hipertensión consiste de romper el círculo vicioso de fatiga vascular, hiperirritabilidad. con más espas-

micidad y fatiga y permitiendo así *descanso* fisiológico."

Hipertensión es de etiología desconocida en cuanto a las causas finales. El tratamiento es, por lo tanto, parcialmente sintomático y expectante. Tal vez no haya condición incumbente al facultativo que requiera tanto estudio individual. Pero el médico-prudente puede hacer mucho en los más de estos casos.

«I.-Hartman, H. R., y Ghrist, D. G., *Arch. Int. Hcd.*, 1929. xlv, 877.

«2. —Blackford, J. M., Bowers, J. M., y Baker, J. W., *J. Am. Med. Assn.*, 1930, xciv, 328.

•3-O'Hare, J. R., en Osler's *Modern Medicine*, & Ed., Lea & Febiger, Fila., 1927, v," 560.

«4Gager, L. T., *Am. Med. Assn.*, 1928, xc, 82.

«5 - Stieglitz, E. J., *J. Pharmacol. and Exp. Therap.* . 1928. xxxiv, 407.

El Clínico y el Radiólogo

Por R. A. Binaghi

La convicción de que los rayos X pueden arrojar valiosa luz sobre la verdadera naturaleza de las enfermedades y su preciso asiento, ha trascendido del campo clínico al público profano. Así se explica que el enfermo mismo, y frecuentemente por propia iniciativa, exija ser visto o *pasado a loa rayos*, como comúnmente se suele decir.

Esta exigencia espontánea no es siempre agradable **al** clínico, pues presupone en la idea del paciente, que la radiología representa la más importante, sino la única *vatio* en la investigación del diagnóstico, ante la cual los otros exámenes resultan insuficientes o erróneos. Y así se va creando una atmósfera de desconfianza y malentendido entre **clínico** y radiólogo, que **en Último** análisis no puede sino resultar dañosa a los intereses de uno y otro, así como para el enfermo.

Refiriéndome solamente al caso clásico del clínico, que envía un paciente suyo al radiólogo, ¿cuál debe ser la conducta de éste frente al clínico?

Desde el punto de vista teórico las cosas se presentarían bastante simples. Ya que la investigación radiológica no representa

más que uno, aunque muy importante, de los métodos semiológicos de la clínica, el radiólogo deberá limitar su tarea a un informe descriptivo claro y simple de cuanto ha observado, a una pintura de luces de sombras, de opacidades y de claridades, y a presentar buenas y nítidas fotografías.

Y esto pretenden algunos **clínico?**, que yo me jimito a llamar *simplistas*. Paréceme que jimitar el campo del radiólogo a estos términos, sería para él humillante, y no respondería, por otra **parte**, a los fines reales de la investigación. Humillante, porque el clínico impondría al colega el olvido de que es médico, **para** ser solamente un atento maniobrista de aparatos y un hábil fotógrafo; y su obra resultaría inútil o insuficiente, porque la interpretación exacta de las observaciones radiológicas no puede ser hecha, en realidad, mas que por el radiólogo mismo.

Bajo la pantalla, por ejemplo, se observa, y se comprueba mejor en **la** película radiográfica, en correspondencia con la región renal, la presencia de una sombra que puede muy bien ser dada por un cálculo, pero que también lo pue-

de ser por una serie de contingencias técnicas o anatomopatológicas, a saber: defectos de placa, contrastes **anormales**, ganglios calcificados, flebolitos, sustancias opacas del intestino, acumulos de pases, etc., para no citar otras particularidades técnicas.

¿Es posible que el clínico cargue con todo este trabajo de discriminación y de interpretación?

No. Sólo quien posea profundos conocimientos de la técnica y larga práctica en los exámenes radiológicos puede hacerlo. No niego que «l clínico pueda lograr buenos resultados también en este trabajo de interpretación, pero en tal caso debe poseer suficientes conocimientos radiológicos

técnicos y prácticos; ser, en una palabra, además de clínico, radiólogo, y esto no se puede pretender del todo.

La radiología constituye hoy un arte semiológico completo, y la imagen radiológica de un paciente es un cuadro multiforme. de muchos aspectos, que debe ser cuidadosamente examinado y estudiado.

Concluyendo, en teoría, la delimitación de las relaciones entre el clínico y el radiólogo puede ser bastante neta: el radiólogo formula su juicio y de éste se vale el clínico para formular el diagnóstico clínico.

Pero en la práctica la situación

es algo diferente. Las más de las veces, el enfermo se presenta al radiólogo con **una simple carta**, en la cual están indicadas, muy sumariamente, las preguntas propuestas por el clínico; a veces se trata de un pedido de examen general de los pulmones, del corazón, del estómago, de los intestinos.

Algunos radiólogos entregan prolijas relaciones con lujo de detalles sobre la técnica y con descripciones detalladas de las comprobaciones radiológicas, poniendo en relieve LAS finezas de la observación y relatando al fin su juicio definitivo y sintético, a veces demasiado sintético. Otros, en cambio, después de breves datos radiológicos, formulan el diagnóstico y nada más.

Tanto uno como otro método, formulan ventajas sin dejar de tener inconvenientes. En la práctica, en efecto, las largas y minuciosas disertaciones del **primar** método, pueden testimoniar la habilidad del radiólogo y ser útiles sólo a otro radiólogo que podrá proceder a un examen secundario de control, pero que intere-

sa poco al clínico. Este tiene en cuenta generalmente sólo las conclusiones finales. Por otra parte, el segundo método es cierto que va directamente al nudo de la cuestión, pero puede dejar **la impresión** de una cierta ligereza en las conclusiones, no enunciando los datos en los cuales el radiólogo se ha basado para dar el juicio.

El procedimiento correcto está, como siempre en el término medio. Será oportuno describir brevemente las principales comprobaciones, en especial aquellas que se desvían de lo normal, y emitir sobre ellas el juicio radiológico, que podrá o no, **ser** el diagnóstico clínico.

Se debe considerar del todo falsa, o por lo menos exagerada, la acusación que algunos hacen al radiólogo de usar un lenguaje oscuro, hablando de opacidad, de velos, de transparencias, de defectos, de nichos o de otras formas de decir, que son verdaderamente incomprensibles para quien está en completo desconocimiento de este arte, que es también una ciencia. Pero el clínico

moderno debe tener una cultura completa, aunque no esté en posesión de la técnica **especializada**, y por esto debe estar en condiciones no sólo de comprender, sino **también** &e valorar todas las observaciones y **comprobaciones** del colega.

Y ahora, para **cerrar** estas breves notas, **algunas palabras** sobre una cuestión de deontología.

¿Puede, debe el radiólogo comunicar su juicio al paciente? Francamente no, y por más de una razón. Ante todo porque el enfermo puede, y frecuentemente sucede, interpretar mal dicho juicio, deformándolo y sobre todo empeorándolo. Los pacientes son siempre pesimistas, aún cuando ocultamente tienen grandes esperanzas y acarician falaces ilusiones; pero lo son **todavía** más cuando se presentan al radiólogo con el ánimo de quien va a oír la propia sentencia.

Cuando el radiólogo es solicitado por las preguntas del paciente y las exigencias ansiosas de sus familias, debe consignar por escrito y en sobre cerrado - salvo especialísimos casos su opinión **para** el clínico, declarando siem-

pre claramente que el *diagnóstico es competencia del clínico* y que para tal **diagnóstico** él ha recogido los datos útiles y necesarios, más bien indispensables, que se han presentado en su cuidadoso examen.

Procediendo así no se encierra en un absoluto mutismo, que podría ser interpretado como ignorancia o como tácito consentimiento a la suposición de la peor de las **contingencias** morbosas.

Cuando se aprecian y se respetan así las recíprocas relaciones, no podrá haber **errores** ni malas interpretaciones.

La más severa deontología exige que, en los casos importantes o dudosos, el clínico vaya al radiólogo o éste a aquél, cambiando ideas y valiéndose el uno de la competencia del otro.

El supremo interés al cual se debe siempre atender y que no se debe nunca perder de vista en el honesto ejercicio de una profesión tan delicada y tan llena todavía de lagunas y de incertidumbres, **es aquel del paciente.**

(*Rev. de Cir. de Buenos Aires*, mayo de 1930.)

Tercer Congreso de la Asociación Médica Panamericana

México, D. F., República Mexicana

El Tercer Congreso de esta Asociación tendrá lugar en la Ciudad de México, D. F., del 26 al 31 de julio del corriente año de 1931, bajo los auspicios del **Gobierno** de la República Mexicana y de su Departamento de Salubridad.

Los notables **progresos** alcanzados por esta República hermana, en Higiene y **Salubridad**, en sus Instituciones de Asistencia Pública y Planteles de Educación Superior, han hecho que sea el lugar preferido para la **celebración** de este magna torneo **científico**, que será un exponente fiel del grado de cultura y adelanto y una oportunidad para apreciar la legendaria hospitalidad que el Cuerpo Médico Mexicano siempre ha dispensado a todo aquello que redunde en positivos beneficios de intercambio científico.

El Comité Ejecutivo de la Asociación Médica Panamericana, fiel a sus principios, celebra su tercera reunión, y lanza una cordial invitación a aquellos profesionales de la América que se interesen por hacer **más** íntimas las relaciones culturales y científicas entre nuestros pueblos uní-

dos todos por **los** sagrados ideales del **Americanismo** Intelectual.

PARA INFORMES:

Dr. Francisco de P. Miranda, **Secretario General** del Congreso. Departamento de Salubridad Pública. - México, D. F.

Dr. Conrad Berens. Tesorero de la Asociación Médica Panamericana.— 30 E. 70th St. New York, N. Y.

Dr. José E. López Silverio, **Secretario General** de la Asociación Médica Panamericana. — Secretario de Sanidad, —Habana.

PROGRAMA DEL TERCER CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA PANAMERICANA.-México D. F.

Domingo 26 de julio

8 p. m. — **Sesión inaugural**, en el Anfiteatro «Bolívar,» de la Escuela Nacional Preparatoria, a la que asistirá el señor Presidente de la República.

Lunes 27 de julio

9 a. m. — Demostraciones médicas y quirúrgicas y prácticas

de laboratorios en los hospitales,
p. m. Sesiones de las Secciones.

7 p. m. -Recepción por el Presidente de la República en el Castillo de Chapultepec.

Martes 28 de julio 9 a. m.
— Demostraciones médicas y quirúrgicas y prácticas de laboratorios en los hospitales. 1 p. m. —Lunch bajo los auspicios de la Junta Organizadora.

3.30 p. m.— Sesiones de las Secciones.

8 p. m. —Concierto en el Anfiteatro de la Escuela Nacional Preparatoria.

Miércoles 29 de julio

9 a. m.—Visita a las dependencias del Departamento de Salubridad.

1 p. m. —Lunch ofrecido por el Ministerio de Educación Pública.

3.30 p. m. — Sesiones de las Secciones.

8 p. m. — Sesión solemne en la Academia Nacional de Medicina en honor de los Delegados extranjeros.

Jueves 30 de julio

9 a. m.—Sesiones de las Secciones.

10 p. m. — Baile ofrecido por el Departamento de Salubridad Pública.

Viernes 31 de julio

10 a. m.—Sesión de las Secciones.

8 p. m. —Sesión solemne de clausura.

NOTAS:-Conjuntamente con la fecha del Congreso, tendrá lugar una exposición anexa.

Se han logrado pasajes reducidos a precios especiales, por la **Ward Line**.

Desde New York a México, ida y vuelta, incluyendo el ferrocarril.... \$ 150.00
Desde la Habana..... 115.00

PARA INFORMES

Dr. Francisco de P. Miranda, Secretario General del Congreso. Departamento de Salubridad Pública. - México, D. F.

Dr. Conrad Berens, Tesorero de la Asociación Médica Panamericana.-35 E. 70th St. New York, N. V.

Dr. José E. López Silvero, Secretario General de la Asociación Médica Panamericana. Secretaría de Sanidad.- Habana.