

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

MRECTOR: DR.
ANTONIO VIDAL

REDACTORES:
DR. SALVADOR PAREDES P.
DR. MARCIAL CACERES VIJIL DR. JUAN A. MEJIA

SECRETARIO DE REDACCIÓN: ADMINISTRADOR:
DR. CARLOS M. GALVEZ DR. MARTIN A. BTTLNES B.

Año XI — Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Mayo y Junio de 1941 N° 94

A Propósito de Moral Médica

Con los párrafos siguientes, no tenemos la intención de molestar o herir a ninguna persona. No nos referimos a ningún caso concreto. Hablamos en términos generales, de lo que se dice, se comenta o se ve, con el solo objeto de, si es posible, obtener un nivel más alto de moral profesional.

Parece que de algunos años a esta parte, quizás algunos meses, nuestra moral profesional ha comenzado a descender rápidamente, quien sabe si bajo la influencia! de las miasmáticas condiciones bajo las cuales se debate actualmente el mundo.

Revisando la prensa médica mejicana, especialmente "Labor Médica," nos damos cuenta del estado de descomposición moral en que ha caído cierto sector de la profesión médica en México, especialmente dentro del elemento recientemente emigrado a dicha República. Allá abundan por todos los rumbos, los casos de aborto comercial, dicotomía, competencia innoble y últimamente los llamados "Ten cents doctors," que están llevando a la profesión a un nivel muy bajo.

Por lo anterior se comprende que el mal no sólo es nuestro,, sino de todos los países.

En este país hubo hace algunos años un colega que se dedicaba al aborto comercial, dichosamente, la actitud viril de uno de nosotros, dio fin con aquella inmoralidad. Actualmente corren de nuevo rumores sobre aborto comercial por comadronas que se dedican a esta profesión, quizá por algunos médicos; pero solamente son rumores difíciles de comprobar. Ojalá que sobre lo anterior no exista nada cierto.

Respecto a dicotomía, se dice que ciertas Farmacias y Casas de Salud, se permiten ofrecer tantos por cientos, para que se les remita recetas o pacientes. Nada más.

Una práctica infame y malsana, que no repara en las pobreza en que pueda sumirse a un padre de familia con varios hijos, es aquella de ciertos médicos recién egresados y que prevalidos de circunstancias favorables, se permiten desalojar a sus ex-profesores o Jefes de Servicio, sin motivo, alguno y cuando éstos se hallan en pleno vigor físico y mental. A tal grado cunde este ejemplo, que estudiantes se han permitido expresar ante mí, sus ambiciones para obtener ya una sala de Cirugía o de Rayos X, aún antes de haberse perfeccionado en dichas materias.

En, cuanto se refiere a nuestros especialistas, son ya muchos, en un medio donde escasamente pueden prosperar unos dos o tres de ellos.

Casi ninguno ejerce exclusivamente la especialidad que anuncia. Nos constan casos de neurólogos, tratando blenorragias y disenterías, de pediatras, ídem haciendo de radiólogos, de urólogos tratando fractura etc. Ojalá cada cual se dedique a lo que sabe, pues así como es saturable que un Laboratorista ejerza la Cirugía, también lo es que un Cirujano practique exámenes de Laboratorio, o cure neumonías, tifoideas, etc.

Otras inmoralidades de menor alcance son aquellas que se refieren a los avisos en los periódicos o por la radio. De sobra sabemos que el hecho de haber pasado por tal o cual Hospital o Escuela de Medicina de Europa o de los Estados Unidos, no da el saber ni la personalidad, la que sólo se adquiere mediante el estudio, la experiencia y el talento que pertenece a cada cual.

También son inmoralidades que algunas veces hemos visto el citar exámenes de Laboratorio o historias clínicas, en polémicas periodísticas. El hacerse cargo de enfermos en manos todavía de otros colegas, el hacer crítica fuera de lugar, crítica que algunas veces llega hasta la calumnia. El expresarse en público despectivamente de otros médicos, el no aceptar consultas, etc.

Todo lo anterior lo cito con el objeto de mejorar el estado moral de nuestros médicos.

Dichosamente, en el seno de la Asociación Médica Hondureña, si acaso se presentan casos de inmoralidad, son éstos en todo respecto, menos graves que aquellos cuyos rumores nos vienen de fuera.

Para terminar, deseo reproducir el artículo titulado "El Ideal de un Buen Médico," por el Dr. Francisco Martínez Cruz, reproducido del "Boletín del Colegio Médico de Camagüey," Cuba, correspondiente al mes de Marzo del corriente año.

EL IDEAL DE UN BUEN MEDICO

1°—No dar remuneración monetaria a personas extrañas, que casi siempre situadas en las Estaciones de Ferrocarriles, Estaciones de Ómnibus y Hoteles, se dedican a llevar los enfermos, a la clase Médica, a base de tanto por ciento en los honorarios que devenguen.

2°—No dar fórmulas conteniendo productos narcóticos, si no estamos seguros del fin de su aplicación, muchas veces somos sorprendidos, por el dicho de que el peticionario tiene un miniliar muy lejos de la ciudad, que padece 'de Cáncer y ello no es verdad. No olvidarse de poner bien claro el nombre, el domicilio y la enfermedad para la cual se prescribe el narcótico.

3°—No realizar Abortos, de complacencia; solamente deben ser realizados cuando el Profesor Médico, en unión de otros compañeros, estimen que la única manera de salvar vida de la Madre, es sacrificando al feto.

4°—No delegar su trabajo en personas ajenas a la profesión y tratar de poner sus inyecciones, hacer sus curas, y no ir autorizando lentamente un ejercicio, que a fuerza de irse realizando se hace costumbre y que después para irradiarlo de la práctica diaria, cuesta mucho trabajo.

5°—Tratar de evitar por todos los medios a su alcance, que en las Oficinas de Farmacia, se consulten, se pongan inyecciones, y se curen lesionados.

6°—Tratar de evitar la dicotomización de honorarios, siempre y cuando el Médico no intervenga directamente en el trabajo realizado, es decir, cuando es un trabajo de Cirugía, en el cual, se hace necesario la presencia de dos Profesores y ambos trabajan, es aceptado, que los Honorarios sean repartidos de acuerdo los dos compañeros en la forma y manera que estimen oportunas, no así, cuando es ordenado un Análisis de Orina, de Sangre, una Radiografía¹, una Transfusión, un Electrocardiograma, una aplicación de Terapia o bien un trabajo realizado solamente por el especialista y en el cual el Médico que indica el trabajo no toma parte alguna en la investigación y, no solamente como una elevación de principios,

sino porque ello traería aparejado una lucha, que sería de fatales consecuencias para la propia clase y pongamos un ejemplo para ilustrar a los compañeros, supongamos que ya en batalla abierta, si se nos permite la frase, tal compañero le propone al otro darle el cincuenta por ciento al realizar una aplicación de Terapia, o al hacer una Radiografía o al hacer un Electrocardiograma, entonces el otro le ofrece el setenta y cinco o el ochenta por ciento, y no es un esfuerzo de imaginación, el pensar, que si la competencia entre los Señores Médicos se realiza a base de tanto por ciento, entonces, el nivel de superación, el nivel de cultura médica, el nivel de mejoramiento de conocimientos, viene abajo, pues la manera del Médico de ganarse la subsistencia no es por la vía de conocimientos, sino ir la vía mercantil.

7º—El ondenar la participación del Médico a base de tanto por ciento también, con los productos que formule, pues viene entonces a ser un asalariado de tal o cual Laboratorio, echando por tierra todos sus estudios, todos sus afanes y desvelos y se caería en el hecho de que a sus enfermos, le convenga, o no, le recetaría el producto en el cuál tiene tanto por ciento, con el fin de obtener esa utilidad en perjuicio no sólo del nivel de moral médica, sino en perjuicio de la salud del propio enfermo, que le está indicando una cosa que no necesita.

89—Condenar el mal uso que se pueda hacer de las muestras que los Laboratorios obsequian al Cuerpo Médico, las cuales, ni se deben vender, ni se deben cambiar por objetos en las propias Farmacias, lo cual trae como consecuencia que las casas productoras pongan en lugar visible de la muestra, NO SE VENDE, insulto gratuito y manifiesto al Cuerpo Médico, pues prejuzga que el Médico la puede vender, cosa que desgraciadamente ocurre; si no hubiera ocurrido, jamás se hubieran atrevido, el entregar la muestra a un , Profesional, honesto y decente con tal alusión.

99—^Condenar la lucha de cargos o posiciones, a base de difamar al compañero que aspira o que ocupa el cargo y lo va a abandonar y sólo reconoce dotes de honestidad al compañero, que al aspirar al cargo lo hace en sus propios merecimientos {ya que desdichadamente el Concurso y la Oposición no existen para estos cargos), y en la fuerza política que lo apoya, no en maltratar al otro aspirante o al propietario del carao.

Un nuevo caso de esporotricosis en Honduras

Con la publicación de la observación siguiente, llegan a 10 los casos sobre esporotricosis cuyos estudios micológicos hemos hecho en el Laboratorio del Hospital General de esta ciudad.

*Corno siempre, se trata de la especie *Beurmani*.*

Ilustramos este caso con los clichés de las lesiones clínicas y los tubos de cultivo. No nos fue posible conseguir que nos hicieran la microfotografía del hongo y sus esporas, m

TRINIDAD CASTILLO, de 27 años de edad, soltero, labrador, procedente de Zacapa, departamento de Santa Bárbara. Ingresó a este Hospital el 26 de Enero 'de 1941, con el fin de curarse de una ulceración que presenta a nivel del tercio inferior del segundo metacarpiano de la mano derecha, de unos pequeños abscesos en rosario que presenta a lo largo del miembro supeám¹ derecho, desde la muñeca hasta la axila, y también de una tumoración localizada a nivel del cóndilo interno del fémur del miembro inferior derecho.

Historia de la enfermedad.—Refiere el enfermo que hace aproximadamente unos 24 días se produjo una pequeña herida con un machete en el dorso de la mano derecha a nivel del tercio inferior del segundo metacarpiano; la herida era pequeña y después de unos días se cerró espontáneamente; en el mismo punto le apareció, luego de cerrada la herida, una pequeña ampolla que fue creciendo hasta reventarse a los ocho días; pocos días después le empezaron a aparecer unas pelotas pequeñas en la cara anterior del antebrazo siguiendo una línea que parte de la raíz del índice hasta la parte media del pliegue del codo, le aparecieron otras en la cara ínterna del brazo desde la mitad del pliegue del codo hasta el fondo del hueco axilar. Primero le aparecían pequeños nódulos, duros, que levantaban la piel, luego iban creciendo paulatinamente, se

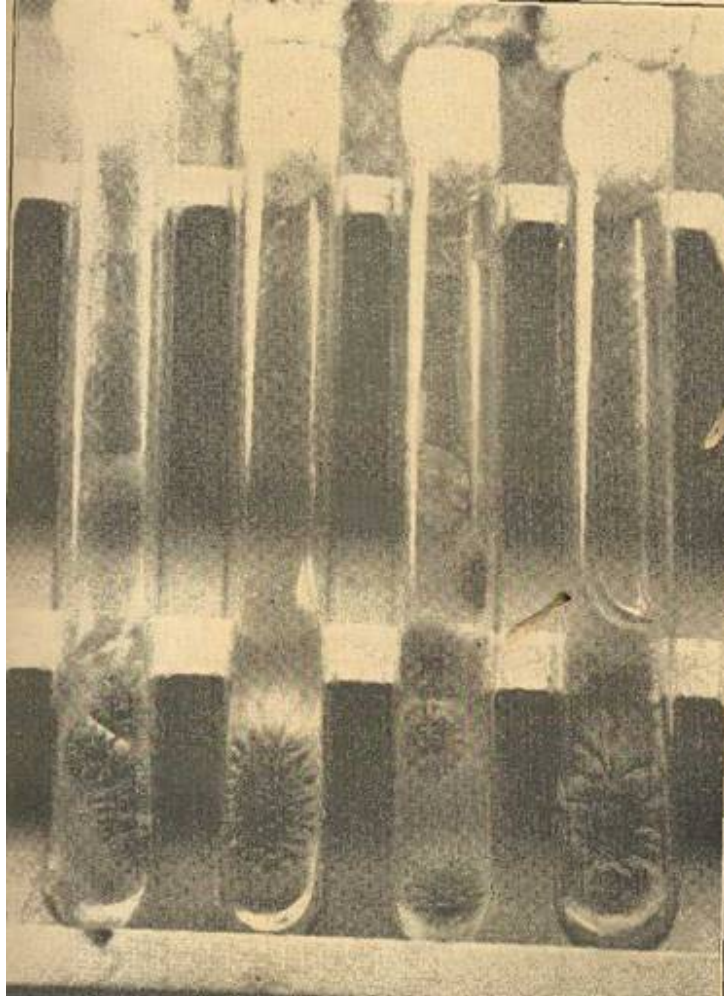
118—Sobre el Anuncio Profesional podemos ponernos de acuerdo y aceptar, que los anuncios ideales deben ser dentro de la más estricta honestidad, y la más estricta veracidad.

119—El Médico no debe por ningún concepto hacerse cargo de un paciente asistido por otro compañero, sin la anuencia de éste. Tratar siempre de ser gentil y caballero en todos los momentos.



hacían dolorosos a la presión, distendían la piel la cual se ponía rojiza y caliente. El enfermo también presenta un tumor localizado en la cara interna del cóndilo interno del miembro inferior derecho; nos dice el enfermo que dicho tumor tiene dos años de evolución, que le principió en forma de una pequeña pelota dolorosa, la cual fue creciendo, hasta presentar .las actuales dimensiones.

Antecedentes hereditarios.—El paciente nos dice que su padre murió hace mucho tiempo y él no recuerda de qué enfermedad. Su madre murió hace cuatro años de dolores en el abdomen, ella fue sana y solamente padeció de los dolores que le produjeron la muerte.



Antecedentes colaterales.-Tuvo once hermanos, de los cuales se murieron en la infancia; en la actualidad tiene 5 hermanos sanos.

Antecedentes personales.-El enfermo dice que no se acuerda de las enfermedades que sufrió en la infancia; en la adolescencia padeció de calenturas palúdicas, de tos y catarros.

Condiciones generales de vida.—Trabaja en el campo cultivando la tierra y vive pobremente; posiblemente sus condiciones higiénicas de vida son malas.

El paciente nos dice que nunca ha padecido de enfermedades venéreas.

Estado general.—Constitución buena. Estatura normal. Panículo adiposo algo desarrollado. Musculatura bien desarrollada. Estructura ósea normal. Actitud del cuerpo en decúbito dorsal. Piel ligeramente trigueña; mucosas rosadas; conjuntivas un poco congestionadas. Nutrición buena. Expresión y mirada normales. Exantemas, además y úlceras por decúbito no hay. Cicatrices: presenta una de forma redondeada a nivel del triángulo de Scarpa del lado derecho, además pequeñas cicatrices en las manos debidas a su trabado. Temperatura: en la mañana presenta 36° y en la tarde 36,8° *parte especial.*—Enfermedad actual: una ulceración circular del dorso de la mano derecha, un rosario de abscesos cupuliformes a lo largo de la cara anterior del antebrazo e interna del brazo, una tumoración en la cara interna de la articulación de la rodilla derecha. Primeros síntomas: El enfermo nos dice que hace aproximadamente 24 días se produjo una herida con un machete en el dorso de la mano; que dicha herida era pequeña y que luego se cerró espontáneamente, después de unos días le apareció en el mismo punto una pequeña ampolla que fue creciendo hasta reventarse y luego se le ulceró; comen las dos semanas de haberse producido la herida empezaron a formarse pequeños abscesos, en la cara anterior del antebrazo e interna del brazo. En cuanto al tumor de la rodilla le empezó hace dos años por una pequeña pelota dolorosa que fue creciendo hasta hoy. La enfermedad ha ido aumentando gradualmente sin presentar ninguna mejoría. El enfermo dice que antes de ingresar a este Hospital se aplicaba paños calientes de aceite alcanforado sobre las inflamaciones del miembro superior.

Inspección.—Presenta una ulceración redondeada de tres centímetros de diámetro aproximadamente, de bordes irregulares y cortados a pico; fondo seco, irregular, de color parduzco y escamoso: la piel de los alrededores de la pérdida de **substanciales** de color ligeramente blanco. Se nota un rosario de inflamaciones cupuliformes a lo largo del antebrazo siguiendo una línea que va de la tabaquera anatómica al centro del pliegue del codo, luego hay otras inflamaciones en la cara interna del brazo siguiendo una línea que va del centro del pliegue del codo al fondo del hueco axilar. La piel de las inflamaciones en referencia está distendida y rojiza. Estos abscesos son unos más grandes que otros; hay algunos en formación presentándose como nodulitos redondeados, duros e indoloros. El resto del miembro se ve normal.

Palpación. — Las inflamaciones son calientes, dolorosas a la presión. Deslizado el dedo desde la parte sana a la enferma se nota un rodete duro y compacto; el centro de los abscesos es blando y depresible, hay fluctuación en algunos de ellos. Los ganglios linfáticos de la axila no están infartados. El tumor de la cara interna de la articulación de la rodilla del miembro inferior derecha es blando. Hay infarto de los ganglios del triángulo de Scarpa inguinales de ambos lados.

No se han presentado complicaciones.

Examen de aparatos.—Los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio, urogenital y nervioso, se presentan normales.

Hay que hacer constar que el enfermo no presenta síntomas generales.*

No hay dolores espontáneos, solamente a presión en los abscesos del antebrazo y del brazo.

Exámenes complementarios.—Orina: leucocitos, células epiteliales, flora microbiana. Examen de sangre negativo por reacción de Kahn. Líquido cefalorraquídeo negativo por Kahn.

Ulteriormente le fue abierto uno de los abscesos del antebrazo; el pus es espeso, viscoso, homogéneo y achocolatado, sin presentar ninguna coloración amarilla.

Resumen de los datos anteriores.—Herida inicial del dorso de la mano; tiempo de evolución de la enfermedad 24 días; ulceración redondeada a nivel de la herida inicial, de bordes despegados, fondo irregular cubierto de costras parduscas; abscesos en rosario en la cara anterior del antebrazo e interna del brazo; fase inicial de dichos abscesos en forma de nódulos redondeados, duros e indoloros; ausencia de síntomas generales; de inflamaciones son eupuliformes, calientes, rojizas, dolorosas a la presión, de centro blando y depresible; líquido cefalorraquídeo y sangre negativo por Kahn; no **hay** adenopatía de los ganglios de la axila.

Al enfermo se le ha prescrito yoduro y se ha observado en los últimos, días una resolución favorable de algunos de los abscesos del antebrazo.

ELI Corazón en los Palúdicos (*)

Por el Dr. PARADA

Sabemos todos que en el curso del paludismo agudo, primario o secundario, como del crónico, una de las vísceras más atacadas además del bazo y del hígado, es el corazón; y así, en 1926, Benhamou describió el aspecto que presenta la sombra cardíaca a medida que se repiten los accesos febriles, afirmando que esta modificación del corazón es responsable de ciertos soplos, de emplasmamientos pleurales o peritoneales y a veces de verdaderos síndromes asistólicos.

Ciertamente puede afirmarse que casi todos los palúdicos presentan un corazón de forma globular con un pedículo vascular ancho y punta cardíaca redondeada, pero no descendida. Este aspecto se acusa desde los primeros accesos febriles, acentuándose más y más si éstos no son precozmente tratados con eficacia, diciendo Benhanwi, que en aquellos palúdicos que no fueron largo tiempo tratados con todo rigor, el corazón globular persiste como un estigma y que siempre lo encontró en el curso del paludismo crónico, apirético, que se manifiesta por trastornos viscerales, anemias graves, ictericias hemolíticas, algias, etc.

Por mi parte, he confirmado en los 50 palúdicos estudiados y en más de un 80 por ciento, la existencia del corazón globular que señala Benhamoun el contorno de la aurícula derecha fuertemente convexo, desbordando la línea media. El ventrículo izquierdo presenta igualmente una convexidad exagerada y la punta del corazón está redondeada y no descendida. Por otra parte, dicha imagen globular, siguiéndola a la pantalla radioscópica en el curso de la respiración forzada, experimenta en un número elevado de casos modificaciones que se hacen más visibles- en el ventrículo izquierdo, trocando su contorno convexo en cóncavo al hacer inspirar fuertemente al palúdico, observando luego, a la aspiración, cómo el corazón se ensancha, eleva y encaja en los senos cardiofrénicos, presentando además a la pantalla menos dureza de contraste que la habitual en los corazones agrandados, lo que achaco a la dilatación primitiva que sufre el corazón de los palúdicos, no hipertróficos, y por lo tanto sin engrasamientos musculares dependientes del aumento del tamaño de las fibras y posiblemente incluso de su aumento numérico.

(La presencia del corazón globular en los enfermos palúdicos es casi constante, y en aquellos casos en que no la he encontrado

De «Galicia Clínica», — La, Corana, España,

o es menos típica, se trata de palúdicos precozmente tratados con eficacia o que tenían lesiones valvulares típicas y a las cuales es tan sometidas las modificaciones compensadoras que no se borran de una manera patente en el curso del proceso palúdico, si bien adquieren una forma menos definida dentro de los signos morfológicos que imponen las lesiones valvulares. Los cambios referidos en la silueta cardíaca a la respiración forzada son de gran valor para afianzar un diagnóstico clínico de paludismo y para dudar de su veracidad si no se registran; así en muchos de los casos en que no las apreciamos y que varían con el diagnóstico de paludismo, no fueron tampoco hallados hematozoarios en sangre ni deformaciones globulares.

Dicha imagen cardíaca globular, con las modificaciones que experimenta su contorno a la respiración muy profunda que requiere la posibilidad de un desplazamiento diafragmático amplio, no se observan en las cardiopatías reumáticas, renales o sifilíticas, ya que en éstas el corazón más o menos globular es generalmente hipertrófico pero no hipotónico como lo es esencialmente en los palúdicos que acusa una dilatación y no hipertrofia y por en su forma y modificaciones en sus bordes a la respiración forzada, pues todos sabemos que la hipertrofia cardíaca provoca alteraciones principalmente morfológicas pero no aumento destacado y generalizado de la sombra cardíaca; pero en cambio, la dilatación ocasiona agrandamiento marcado y generalizado a todo él y así, el corazón palúdico acusa la forma globular por su dilatación generalizada y por su hipotonía se deja llevar y conducir la acción respiratoria forzada, dando lugar a los cambios Ovalados en los arcos cardíacos.

Sobre la necesidad de establecer diferencias entre las dilataciones cardíacas de origen palúdico y las observadas en casos de avitaminosis, principalmente en el Beri-beri, diré que si bien las dilataciones que se ejercían son de tipo bilateral como en los palúdicos, acusan, sin embargo, un redondeamiento más pronunciado en la aurícula derecha, con desaparición del detalle cardíaco. Respecto a la dilatación cardíaca en las enfermedades infecciosas, fundándose en los trabajos de DIETLEN sobre las modificaciones cardíacas en la difteria que se pueden comprobar ya al tercer día, éstas se aprecian más en el sentido longitudinal.

En los casos de agrandamientos cardíacos por trastornos de secreción interna, podemos decir que en la enfermedad de Basedow, suele aceptarse la dilatación de corazón con mayor frecuencia de lo que en realidad existe, dejándose llevar del refuerzo de la punta; pero cuando se encuentra efectivamente dilatación, dice Steiner, que domina 'el agrandamiento de la mitad izquierda, y en estos casos como en los anteriores, tales modificaciones regresan con frecuencia, lo que no suele darse en los enfermos palúdicos y así, en muchos enfermos que he explorado por causas diferentes, he po-

di do hacer diagnósticos de antiguo paludismo que los exploradores confirmaron, al descubrir imagen globular típica con signos del cambio a la respiración forzada.

La hipotonía cardíaca de los palúdicos se acompaña de modificaciones tensionales, especialmente sobre la cifra de la mínima, al revés de otros procesos también hipobensores que actúan sobre ambas, máxima y mínima; pero en el caso del paludismo es realmente sobre la mínima donde el descenso es muy señalado, llegando en muchos casos por debajo de cuatro (método auscultatorio). La presión del pulso o tensión diferencial *se* hace aún mayor en los momentos del acceso febril, pues si entonces se va registrando la tensión arterial con frecuencia, veremos cómo ésta va separando más sus valores, aumentando la cifra de la tensión máxima y descendiendo la de la mínima que llega hasta cero en algunos casos, llevando esta marcha el ritmo de la curva térmica para coincidir con la mayor elevación de ésta el más alto valor de la tensión máxima que nunca se hizo superior a 13 y el menor de la mínima hascáfceero, en algunos valores tensionales. Al iniciarse el descenso febrilvan recuperándose las cifras de partida hasta alcanzar la máxima y mínima idénticos valores a los señalados en el comienzo del acceso, una vez llegada la fase apirética.

Es muy verosímil que la hipotonía que se descubre en el curso de muchas enfermedades depende en gran parte de alteraciones capsulares por más que resulta difícil justipreciar la participación de los diversos factores que influyen sobre la presión arterial, la cual debemos coxúderar hoy encomendada su regulación al conjunto del sistema vegetativo endocrino.

Ante la hipotensión permanente de los palúdicos, pensamos no solamente en la dilatación e hipotensión cardíaca sino también en causas dependientes del sistema adrenal que nos lleva a la interpretación del tinte sucio que acusan con frecuencia los palúdicos, no siempre explicable por trastornos hepáticos. Respecto a las rápidas alteraciones que presentan las cifras de la máxima y descenso intenso de la mínima, tenemos, como razón de lo primero, el atiménto de la energía cardíaca que el acceso febril exige, mientras que el descenso de la mínima la consideramos especialmente relacionada con la distribución anormal de la sangre que se desplaza a un determinado territorio venoso y permanece retenida en él. Esto es lo que sucede en el **ahock**, tanto traumático y post-operatorio, como en el anafiláctico, y siguiendo los trabajos de Radosav lievic sobre patología humoral del paludismo tenemos a los accesos febriles del paludismo como la resultante de una hipersensibilidad del organismo ante sustancias albuminoideas producidas I por desintegración de glóbulos rojos, máxime al poder ser cortados I **loa** accesos febriles palúdicos mediante la inyección subcutánea de suero reciente de expalúdicos al reunir éste las condiciones antitóxicas que Radovavlievic estipula.

cúspide, nos debe poner en guardia sobre la patogenia de tales soplos ya que coincide esta frecuencia con la que se da en las lesiones cardiovasculares corrientes y nada se opone para admitir en un palúdico la existencia de lesiones cardíacas independientes, no acusando, tampoco, tales casos, la forma globular y típica y sí la semejante hipertrofia, no siendo posible admitir que una insuficiencia mitral de causa palúdica provoque un tipo cardíaco bien definido en la primera semana del proceso cuando sabemos que en las de causa reumática, pongo por caso, es otra la evolución de la imagen hasta construirse la modificación compensadora apropiada a la lesión valvular.

De todas suertes, la sola existencia del corazón globular hipotónico puede ocasionar un pequeño síndrome asistólico en los palúdicos reconocible en el curso agudo o crónico. Así se registran albuminurias pasajeras, pequeños edemas y un estado extático de hilicíf pulmonares con un síndrome bronquial bastante frecuente. Esta sistolia reiterada puede alcanzar mayores proporciones con un circarme de franca asistolia, anarsaca generalizada, ascitis, hidrotórax, etc., conocimiento éste de gran valor ya que todo enfermo de región palúdica, no sifilítico ni reumático, que sufra una ásistolia aguda o -crónica, aun cuando no acuse hematozoarios en sangre, debe ser tratado con preparados de quinina, siendo los beneficios, al tratarse de causa palúdica, inmediatos e impresionantes.

No teniendo, éxgeneral, *los* trastornos funcionales cardíacos de causa palúdica inmediata acción grave, puede establecerse a la larga un estado de frigidez inquietante.

En cambio, una complicación sería para un 'Cardíaco antiguo y especialmente para los de causa reumática, la infección palúdica, ya que ocasiona con facilidad descompensaciones rápidas, debiendo vigilarse atentamente el corazón de todo palúdico, instituyendo tratamiento con adrenalina y digital ante el más ligero indicio de trastornos funcionales, valiéndose incluso de extractos suprarrenales. Benhamou hace resaltar que la digital, en sus palúdicos bradicárdicos, no la aumentó.

De máximo interés consideramos, por todo lo dicho, la necesidad de instituir desde "los primeros accesos palúdicos, un tratamiento intenso y prolongado de la combinación quinina-plasmoquina en unos, atebrina y plasmoquina en otros, debiendo hacerse con dosis no inferiores a dos gramos de quinina digan lo que quieran algunos autores, y con dosis de 0'30 atebrina, pues la precocidad en el tratamiento y su eficacia inmediata librará al palúdico de alteraciones cardíacas que debemos tener presentes.

ELI Pronóstico del Cáncer del Seno

Por el Dr. PIERRE GUENIN, Jefe de Clínica

Quirúrgica de la Facultad de Medicina de París.

El pronóstico del cáncer del seno ha sido y continúa siendo muy discutido. El cáncer superficial, cuyos primeros ganglios se extirpan fácilmente, sería para ciertos autores de pronóstico más bien favorable. Para otros, el cáncer sigue siendo una afección terriblemente maligna. En realidad "la verdad" ocupa un término intermedio entre las dos opiniones extremas.

Este trabajo está basado en los casos operados en la Clínica Quirúrgica de -la Salpetriere y en clientela por el Profesor Cosset de 1919 a 1932. El examen histológico del tumor y de los ganglios fue realizado por I. Bertrand. La técnica operatoria fue unyoca y aquellos enfermos que sufrieron un tratamiento radiotécnico, fueron encomendados a Ledoux Lebard.

Nuestra estadística comprende 385 casos; desgraciadamente en 115 no pudimos comprobar los resultados tardíos. En vez de eliminarlos, los consideramos como muertos de cáncer un año después de la intervención. De esta manera podemos afirmar que los éxitos no son superiores a la realidad.

Antes de emprender dicho trabajo, buscáis una base anatómica de los límites de una ínter venecón-logica. Revisamos la anatomía del sistema linfático mamario practicando las inyecciones linfáticas siguiendo la técnica de Gerota en 40 recién nacidos, en los Laboratorios *de los Profesores Rouviere y. Hovelacque.*

LINFÁTICOS DEL SENO

Insistiremos sobre todo en el trayecto y punto de drenaje de los colectores linfáticos. El origen y punto de emergencia tienen mucho menos importancia.

Pueden clasificarse en 4 pedículos:

- 1.—Pedículo externo que se vierte en los; ganglios axilares.
- 2.—Pedículo interno que se termina sea en los ganglios de la cadena mamaria interna, sea en los axilares del lado opuesto.
- 3.—Pedículo superior, el cual gana directamente los ganglios supra claviculares.
- 4.—Pedículo inferior, poco importante.

1) *Pedículo externo.* Constante. Único en 42.2% Constituido por eferentes superficiales y profundos.

- a) *Eferentes superficiales*: Nunca faltan. Caminan oblicuos hacia arriba y afuera sobre la cara anterior del gran pectoral, directamente subcutáneos. Llegan al hueco axilar pasando bajo el borde inferior del pectoral mayor o perforando este borde. Se drenan sea en los ganglios de la cadena mamaria externa (37.5%).
- b) *Eferentes profundos*: Existen en un 25 % de casos Perforan el pectoral mayor cerca del borde inferior, caminan entre las dos pectorales para drenarse, sea en la cadena mamaria externa (37.5%), sea en los de la cadena escapular inferior (15%), sea en los dos grupos al mismo tiempo (47.5), sea directamente en los ganglios del grupo infraclavicular (15%) los más altos de los ganglios axilares.
- Hay que notar que en un (7.5%) de casos comprobamos la existencia de un linfático profundo perforante a nivel de la porción externa del 4º y 5º espacio intercostal, que siguiendo los vasos intercostales va a terminarse en los ganglios de la cadena mamaria interna.
- 2) *Pedículo interno*. Constante en 50% de casos. Formado por eferentes superficiales y eferentes profundos.
- a) *Eferentes superficiales*: (15%). Se desprenden del borde interno de la glándula mamaria, cruzan el esternón, surcan el tejido celular subcutáneo para terminarse en la axila opuesta. La existencia de esta vía cruzada, es indiscutible, confirmada además por la clínica en los casos de adenopatía bilateral o recidiva de un cáncer en la mama opuesta.
- b) *Eferentes profundos*: (42.5%). Perforan la parte interna de uno de los cinco primeros espacios intercostales para terminarse en los ganglios mamarios internos, intratorácicos, por lo tanto más allá de los límites razonables de una intervención quirúrgica. Dicha noción impone la necesidad de un tratamiento mixto: Cirugía y Radioterapia.
- 3) *Pedículo superior*: (7.5%). Formado por los eferentes que salen de la parte superior de la mama y ganan directamente los ganglios de la región supraclavicular pasando por delante o por detrás de la clavícula. Noción muy importante para las directivas terapéuticas.
- 4) *Pedículo inferior*: El menos importante (5%). Constituido por pequeños troncos linfáticos que bajan a perderse en el músculo recto del abdomen.

En resumen las primeras "estaciones de parada" de la linfa de la mama están situadas en regiones muy diferentes:

- ganglios axilares del mismo lado y del lado opuesto.
- ganglios mamarios internos intratorácicos.
- ganglios supra-claviculares.

TRATAMIENTO APLICADO

Intervención sistemática. Radioterapia, casi siempre como complemento del acto operatorio.

Técnica quirúrgica: La amputación extensa de la mama no es una intervención simple, ni fácil, requiere grandes precauciones y una estricta minuciosidad.

Posición de la enferma: En decúbito dorsal, el hombro del lado enfermo desbordando la mesa, el brazo colocado sobre un soporte que forma con el tórax un ángulo ligeramente superior al ángulo recto. Al final de la operación es conveniente aproximarlo al tórax para facilitar la sutura cutánea.

Posición de los ayudantes: Primer ayudante: frente al cirujano. Segundo ayudante del mismo lado que el cirujano, separado de éste por el brazo de la enferma.

Examen histológico extemporáneo: Debe practicarse desde el momento que existan dudas sobre la naturaleza del tumor. Por una incisión estética se extirpa el tumor dudoso que será confiado al anatomopatólogo, el cual por el método de congelación dará la respuesta en 5 o 6 minutos.

En caso de tumor maligno, cerraremos provisionalmente la incisión con una pinza de Museos y después de 'cambiar campos operatorios, guantes e instrumentos, se procederá a la amputación extensa de la mama.

Incisión cutánea anterior e interna: La incisión comienza en la raíz del brazo, sobre la cara anterior 'del tendón del pectoral mayor. Se dirige hacia la clavícula, pasando un centímetro por debajo del hueso, desciende para-esternal. a 2 3 cms. de la línea media, sigue el contorno infero-interno de la mama para terminarse a 6 u 8 cms. por debajo del surco infra-mamario.

Los ayudantes harán presión sobre la parte interna de la incisión para limitar la hemorragia.

Liberación del plano cutáneo: Se libera el labio interno de la incisión raspando la cara profunda de la piel, dirigiendo siempre la punta del bisturí hacia adentro.

Sección del tendón del pectoral mayor: El índice (en forma de garfio) levanta el tendón que se seccionará lo más cerca posible de sus inserciones humerales. Para lo cual un separador reclinará al máximo el labio cutáneo superior de la incisión. Algunos cirujanos respetar el haz clavicular 'del músculo, seccionando sólo los haces esterno-costales. Una vez practicada la sección se reclinará el tendón hacia abajo y adentro seccionando las inserciones esterno-costales superiores.

" *Sección del tendón del pectoral menor:* Incindir la aponeurosis clavi-pectoro-axilar sobre el borde externo del tendón que se levantará con él índice izquierdo para seccionarlo a ras de la inserción coracoidea. Apareciendo de esta manera el hueco axilar.

Hemostasis: La hemostasis de los vasos subcutáneos 'preferimos practicarla 'con el bisturí eléctrico, que nos permite una economía de tiempo, pero impide la anestesia con ciclo-propano.

Vaciamiento axilar: Es el tiempo capital de la intervención: El pronóstico ulterior dependerá en gran parte de la perfección de este tiempo operatorio. Se practicará de dentro hacia afuera y de arriba abajo —después de cambiar de instrumentos— utilizando las tijeras curvas y la pinza de disección sin garfios.

inmediatamente por debajo de la clavícula disecaremos todo el tejido celular ganglionar situado sobre la cara anterior de la vena axilar entre ésta y la 1ª costilla. Siempre en contacto íntimo de la ven!;, bajaremos más y más hacia afuera, seccionando los vasos que se desprenden el pedículo axilar, entre una ligadura superior y una pinza inferior. De este modo seccionaremos los vasos mamarios externos y escapulares inferiores así como los nervios del redondo mayor y del gran dorsal, siendo mejor respetar el nervio del serrato mayor. La vena axilar aparece así completamente desnuda por sus caras anterior, interna y posterior. Continuaremos el vaciamiento de arriba hacia abajo, raspando las paredes del hueco axilar, las cuales asigna de la intervención quedarán tan netas y limpias, como en una buena preparación anatómica. Especial cuidado debemos de tomar a nivel del ángulo de la pared costal con la cara posterior de la axila.

En caso de adherencia íntima de los ganglios a la vena se resecará entre dos ligaduras.

Sección de las inserciones esterno-costales de los pectorales: Después de cambiar nuevamente de instrumentos y de guantes, se rechazará hacia abajo y afuera toda la masa común formada por la mama, los pectorales y el tejido célula-ganglionar de la axila, seccionando de dentro afuera las inserciones esterno-costales de los pectorales, raspando constantemente las costillas que aparecen al final completamente al descubierto. La hemostasis aquí preferimos practicarla con ligaduras. El bisturí eléctrico sobre todo a la izquierda, puede tener inconveniencia. Conocemos tres casos de muerte súbita, debida quizá a la acción del bisturí eléctrico sobre el corazón.

Incisión posterior: Con una pinza de Museux levantaremos la masa de la mama. Comienza la incisión posterior a 3 cms. hacia abajo sin sacrificar la piel de la base de la axila con objeto de evitar las bridas cicatriciales. La incisión contornea, el borde externo de U mama para terminar formando un ángulo muy agudo con la incisión interna.

El plano cutáneo se liberará como en la cara profunda de la piel.

HEMOSTASIA DEFINITIVA

Drenaje: Se colocará un drenaje por una contraapertura practicada con un bisturí limpio, en el labio posterior del colgajo cutáneo, a distancia de la incisión.

Sutura cutánea: Después de aproximar el brazo al tórax se afrontarán los labios de la incisión con dos o tres hilos de bronce pasados con la aguja de Doyen. La sutura definitiva se practicará con un surjet de seda No. 1 bis. comenzando en la parte superior de la herida, pudiendo entonces suprimir los bronces. ¡La operación se terminará fijando el drenaje a la piel con un punto de seda.

El post-operatorio es en general excelente. La mortalidad in mediata no llega a un 1%. Debemos insistir para obtener una piolización precoz del brazo desde el 2° o 3° día.

TÉCNICA DE LA RADIOTERAPIA

Radioterapia pre-operatoria.—Parece dar excelentes resultados, según las estadísticas americanas. Desgraciadamente es difícil aplicar en nuestro medio. Ciertas enfermas ven disminuir el tumor y rehusan la intervención ulterior. Otras no siguen el tratamiento regularmente y el resultado es un gran retraso de la operación. Sólo tenemos 16 casos tratados. Se trataba de neoplasmas voluminosos al límite de la operabilidad.

Radioterapia post-operatoria.—'Debe aplicarse sistemáticamente, puesto que tiene una influencia considerable sobre el pronóstico tardío.

El tratamiento comenzará tres semanas después de la intervención.

Las irradiaciones se practicarán alternativamente sobre tres campos cutáneos. 1.—Un campo supra-clavicular debordando hacia el vértice de la axila. 2.—Un campo torácico-anterior, subyacente al precedente, que va desde la línea media hasta la cara interna del brazo. 3.—Un campo torácico posterior, que responde a la parte postero-lateral del tórax y a toda la parte posterior de la axila, la cual de esta manera se irradia por los tres campos.

Con una tensión de 200 kilovoltios, se colocará el ánupula a 40 cms, de los tegumentos. El filtro será de $\frac{1}{2}$ mm. de aluminio. Las sesiones serán diarias alternando cada uno de los campos a razón de 450 a 500 r. por día. La serie comprenderá 9 sesiones de tal manera que cada región recibirá un promedio de 1,500 r.

Dos meses después volverá a irradiarse. Tres meses después practicaremos una tercera serie de irradiaciones. Luego dos series por año durante dos años, y en fin una sola serie anual durante dos años.

RESULTADOS

Los resultados muestran el valor de la dicha terapéutica.

Resultados globales.—Recordamos que las enfermas no vistas las consideramos como muertas de cáncer en el primer año que sigue a la operación.

Porcentaje de supervivencias a	5 años: 38.8%
V	7 años: 32.2%
V	10 años: 27%

Estudiaremos el valor pronóstico de toda una serie de factores.

Influencia de la edad.—Confirmando la noción clásica, 60% de nuestros casos el cáncer aparece entre los 45 y 65 años. Sin embargo 40 enfermas tenían menos de 40 años y 6 menores de 30. La noción de la edad no tiene un valor diagnóstico absoluto.

La proporción de supervivencias de 5 años según la edad son las siguientes: N°

Enfermas de menos de 40 años	48.3%
„ 40 a 50 „	36.8%
„ 50 a 60 „	47.6%
„ 60 a 70 „ ..	37 %
„ mas de 70 „ ..	25 %

Influencia de la fecha de comienzo (aparente). — Es decir el tiempo transcurrido, entre la aparición del primer síntoma y la aplicación de la terapéutica apropiada. Es evidente que dicho período es muy variable, pero disminuye cada día *mas* con los progresos de la lucha anti-cancerosa. En efecto de 1919 a 1925, sólo el 22% de las enfermas consultaron durante los tres primeros meses de evolución aparente, mientras que dicha cifra, pasa a 40% de 1926 a 1931. Factor muy favorable puesto que la importancia pronostica de este período es indiscutible como lo prueban las cifras siguientes:

	Supervivencia a los 5 años
"Tiempo inferior a 1 mes . . "	69 %
Tiempo entre 1 y 12 meses	35.6%
Tiempo superior a 12 meses.....	24 %

embargo en 23 casos la histología dijo ganglios cancerosos cuando la clínica afirmaba ganglio indemne. Hecho curioso los 49 casos corresponden a formas histológicas de pronóstico relativamente favorable. Dicha noción ha llamado la atención de ciertos autores que consideran que una adenopatía clínica sin adenopatía histológica sería un signo de benignidad relativa. Podemos asociarla a la opinión que considera como un elemento de pronóstico favorable, la existencia de una inflamación banal crónica de los ganglios que llegando a la esclerosis se opondría a la diseminación de las células cancerosas.

El estudio histológico sistemático de los ganglios axilares, nos permite establecer el valor de lo que llamamos el *índice ganglionar*, que es la relación entre el número total de ganglios examinados. El valor pronóstico de este índice ganglionar es grande; pero lo más importante sería apreciar el estado del ganglio más superior de la cavia axilar. Por ello aconsejamos al cirujano de tomar en seguir el ganglio infra-clavicular a fin de tener la certeza de su localización.

El cuadro siguiente convence del valor de la extensión ganglionar; las cifras indicadas son el porcentaje de supervivencias de más de cinco años:

Ausencia de invasión ganglionar es decir índice ganglionar	61.6%
Invasión ganglios axilares ..	28.3%
Con índice ganglionar inferior a	43.7%
Con índice ganglionar superior a $\frac{1}{2}$	22.4%
Invasión de ganglios axilares opuestos o de ganglios supra-claviculares	0 %

Nótese en fin que los cánceres con inflamación banal de los ganglios axilares, dan un porcentaje de supervivencia de 68% de más de 5 años.

En fin, la ruptura histológica de la pared ganglionar con invasión de la grasa de la axila es de un pronóstico muy desfavorable. En tales casos el porcentaje de supervivencia de más de cinco años sólo llega a 15.4%.

Tales cifras no dejan duda alguna sobre el valor pronóstico de fía adenopatía cancerosa, sobre todo la comprobada histológicamente.

Formas histológicas del neoplasma.—Siguiendo a Leroux y Perrot hemos clasificado nuestros casos en tres grupos histológicos. Recordaremos rápidamente las características de los dos grupos extremos, el grupo dos corresponde a los tipos que presentan al mismo tiempo signos histológicos favorables y desfavorables.

Grupo 1 de pronóstico favorable:

- a) el cáncer: Epitelioma típico o atípico a células coherentes o a células claras. Débil actividad mitótica sin monstruosidades. Epitelioma muco secretor.
- b) el estroma: Denso, fibroso, que parece ahogar la zona neoplástica. Sin necrosis estromatosa. Reacción fibrosa del tejido fibroso periférico.
- c) *formas clínicas*: Epitelioma dendrítico, cáncer coloide, escirro atrófico.

Grupo 3 de pronóstico desfavorable:

- a) El cáncer: Epitelioma típico o atípico de células no coherentes, independientes, células "en polvo." Intensa actividad mitótica con numerosas monstruosidades. Epitelioma hemófilo o linfófilo.
- b) El estroma: Lazo, no fibroso, en trabéculas delgadas. El tejido adiposo periférico se deja invadir sin reacción.
- c) Forma clínica: Epitelioma celular megacelular, cáncer del seno presentando varios focos, varios puntos de partida.

El pronóstico tardío del cáncer difiere según el grupo histológico:

Grupo 1	65.3%
Grupo 2	40.5%
Grupo 3	22.1%

Nuestra estadística nos muestra el pronóstico relativamente favorable del cáncer secretante de Delbet (53% de más de 5 años) aponiéndose al pronóstico grave del cáncer hemófilo o linfófilo (27.2% de más de 5 años).

j
Clasificación.—Adoptamos la clasificación clínica de Steintal y de Anschutz:

Según Steintal:

Grupo	Frecuencia	Porcentaje de más de 5 años
1	20.4%	64.5%
2*	66.4%	33.8%
3.....	9.8%	15.7%

Según Anschutz:

I	20.4%	65.8%
II	17 %	45.4%
III	26.8%	34.6%
IV	8 %	13.3%
III	8.2%	15.6%

En estas clasificaciones no podemos agrupar ciertas formas de pronóstico relativamente favorables, por ello proponemos una clasificación mixta csuica e histológica. Damos las características de nuestra clasificación personal.

Grupo I.—Sin invasión ganglionar histológica.

Sub-grupo IA.—Sin adherencias ni cutáneas, ni musculares.

Epitelioma pertenece al grupo histológico I.

Sub-grupo Ia.—Sin adherencias ni cutáneas, ni musculares.

Epitelioma del grupo 2 o 3.

Sub-grupo IB.—Adherencias superficiales con o sin adherencias musculares. Grupo histológico 1.

Sub-grupo Ib.—Aherencias superficiales con o sin adherencias musculares. Grupos histológicos 2 o 3.

Grupo II.—índice ganglionar inferior a y_2 -

Sub-grupo IIA.Sin adherencias superficiales, ni musculares.

Grupo histológico 1.

Sub-grupo Ha.—Sin adherencias superficiales, ni musculares.

Grupo histológico 2 o 3.

Sub-grupo IIB.—Adherencias superficiales con o sin adherencias musculares.

Sub-grupo IIb.—Adherencias superficiales con o sin adherencias musculares. *

Grupo histológico 2 o 3.

Grupo III.—índice ganglionar superior a y_2 .

Sub-grupo IIIA.— ídem.

Sub-grupo IIIa.— ídem.

Sub-grupo IIIB.— ídem.

Sub-grupo IIIb.— ídem.

Grupo IV.—Adenopatía cancerosa axilar bilateral, o supra-clavicular o adherencias al plano costal, o presencia de metástasis o ulceraciones.

Compleja al parecer esta clasificación es extremadamente simple. Es muy fácil encontrar el grupo a que pertenece un cáncer de la mama examinado clínica e histológicamente. á

El cuadro siguiente muestra el interés pronóstico de nuestra clasificación.

Grupo	Sub-grupo	de casos	Total suervivencias de 5 años	Porcentaje más de 5 años
I		140	88	61.6%
	IA	38	34	89.5%
	Ia	50	31	62 %
	IB	18	9	50 %
	Ib	34	14	41 %
II		55	24	43.7%
	IIA	2	2	2/2
	IIa	16	8	50 %
	IIIB	11	6	54 %
	IIb	26	8	30.8%
III		141	32	22.4%
	IIIA	11	8	72.7%
	IIIa	9	4	44.4%
	IIIB	17	7	41.2%
	IIIb	104	13	12.5%
IV		40	4	10 %

porcentaje

Un sólo grupo, el IA da una casi certitud de supervivencia mayor de más de 5 años. Si seguimos más allá de cinco años las 34 enfermos, vemos que una sola murió de una metástasis vertebral 15 años después; de la operación.

El grupo IV al contrario, ninguna de las cuatro supervivientes a los cinco años se encuentra en vida al cabo de 10 años. Lo mismo

en el grupo IIIB de los 13 supervivientes de 5 años, sólo quedan 41 al cabo de 10 años. En fin los 141 enfermos del grupo III el porcentaje cae a 10.6% al cabo de 10 años.

Influencia del método terapéutico empleado: Es un punto de capital importancia: Juega un papel muy importante en el pronóstico del cáncer del seno.

1) *Radioterapia pre-operatoria:* No podemos apreciar exactamente el valor de dicho método con 16 casos solamente. Pero las estadísticas extranjeras insisten sobre el valor de dicho método.

Lee y Burton, 1928, porcentaje global de supervivencias de más de 5 años; 57%. Pfaler y Widmann, 1929, dan el 63 % si no existen ganglios cancerosos y el 40% en caso de adenopatía neoplásica.

Westermarck, 1930, porcentaje de supervivencias de 7 años: 40% contra 29.3% con sólo radioterapia post-operatoria. V Pfahler y Paray, 1931, porcentaje de 5 años 54%. V Pfahler, 1932, porcentaje de supervivencia de 5 años con adenopatía axilar 57% contra un 24.5% radioterapia post-operatoria solamente.

Lee, 1933, 41% de supervivencia a los 5 años.

Pfahler y Vastine, 1935, a los 5 años 47.6%.

Ganz, 1936, porcentaje de supervivencia a los 3 años 46%.

Pfahler y Vastine, 1938, porcentaje de supervivencia a los 5 años sin adenopatía axilar 73%; con adenopatía 57%.

Tales son las principales cifras que hemos podido encontrar en la mayor parte de la literatura. Confrontando 130 estadísticas, el porcentaje promedio de supervivencias de 5 años, son respectivamente :

34.2% con tratamiento quirúrgico.

42.6% con tratamiento radioterápico post-operatorio.

51.6% con radioterapia pre-operatoria.

. La mejoría del pronóstico se refiere sobre todo al cáncer que se acompaña de adenopatía axilar.

Sin embargo tenemos que tener en cuenta ciertos inconvenientes del tratamiento radioterápico pre-operatorio so pena de experimentar graves fracasos. El primero es que toda enferma sometida a un tratamiento radioterápico adivina que se trata de un cáncer, argumento psicológico de importancia; por otra parte es difícil llegar a obtener de las enfermas una regularidad constante en las sesiones de radioterapia; en fin un tercer inconveniente es la mejoría obtenida por el tratamiento impregna a las enfermas de un optimismo curativo exagerado que las hace rehusar la intervención ulterior indispensable, puesto que el examen histológico jamás ha mostrado la desaparición total de las células cancerosas después de un tratamiento radioterápico.

2) *Tratamiento quirúrgico aislado*: No cabe duda que es inferior al tratamiento mixto radioquirúrgico. Sin embargo 204 de nuestras enfermas sólo beneficiaron de la operación pues no vinieron a las sesiones de radioterapia indicadas.

El tratamiento quirúrgico único nos ha dado en las 204 enfermas en porcentaje de supervivencia de años de 32.3%.

El tratamiento radio-quirúrgico en 172 casos nos ha dado una supervivencia de 5 años en un 47.7%.

h) *Radioterapia post-operatoria*: Tenemos la Convicción que el tratamiento mixto radio-quirúrgico ha mejorado considerablemente el pronóstico. Mejoría que sería aun más neta si las enfermas se hubiesen ceñido estrictamente a la terapéutica post-operatoria prescrita. Desgraciadamente muchas venían muy irregularmente a las sesiones de radioterapia.

Hemos notado sin embargo que los casos muy, avanzados parecen beneficiar gran cosa de la radioterapia post-operatorias. El cuadro siguiente permitirá de apreciar los resultados obtenidos por los dos grandes métodos terapéuticos teniendo en cuenta el estado evolutivo del tumor.

Grupo	Número de enfermos	Porcentaje global de supervivencias 5 años	Porcentaje de supervivencias por cirugía	Porcentaje de supervivencias con tratamiento
Según la clasificación de Steintal.				
I	79	64.5%	0. %	83. %
II	257	33.8%	26.1%	42.8%
III	38	15.7%	20. %	7.7%
Según la clasificación de Anschutz.				
I	79	65.8%	54.7%	78.4%
IIa	33	45.4%	40.9%	54.5%
IIb	104	34.6%	27.6%	43.5%
IIc	30	13.3%	0	28.7%
III	32	15.6%	23.8%	0
Según la clasificación de Jungling.				
I	69	70.6%	56.7%	87.1%
II	59	52.5%	45.9%	63.6%
III	196	26.4%	20.2%	32.6%
IV	31	16.1%	25. %	0

Según nuestra clasificación.

I	150	61.6%	50.7%	77. %
II	55	43.7%	40.7%	46.4%
III	141	22.4%	18.1%	28.1%
IV	40	10. %	16. %	6.6%

Un último problema se plantea con respecto al valor de la radioterapia en el cáncer del seno: el pronóstico según la forma histológica del cáncer. Estudiamos pues los resultados obtenidos según los grupos, 1, 2 y 3 de, nuestra clasificación histológica.

Grupo	Cirugía aislada supervivencias de cinco años	Cirugía y Rayos X supervivencias de cinco años
1	58.3%	76.3%
2	32.5%	50. %
2	17. %	27.5%

La radioterapia mejora pues todas las formas histológicas del cáncer del seno.

Antes de terminar, mostraremos la rareza relativa de recidivas locales o ganglionares en relación con la frecuencia de metastasis, hecho que prueba lo excelente del método empleado.

Recidiva local	6.3%
Recidiva axilar	1. %
Recidiva supra-clavicular	4.2%
Metastasis vertebrales	22.1%
Metastasis pleuro-pulmonares	22.1%
Metastasis del lado opuesto	8.4%
Metastasis hepática	5.3%
Metastasis cerebral	3.2%
Metastasis del esqueleto	3.2%
Metastasis mediastinal	2.1%
Evolución ulterior de un cáncer del estómago	2.1%

En conclusión: aconsejamos para mejorar el pronóstico tardío del cáncer de la mama, el empleo sistemático de la radioterapia asociada a la cirugía, bajo la formación de radioterapia pre-operatoria profiláctica.

—De "Revista de Medicina y Cirugía de la Habana."—

Vías Quirúrgicas de Acceso al Esófago

Por el Dr. ROBERTO C. FERRARI,
de Buenos Aires, Argentina.

Son numerosas las vías de acceso ensayadas y realizadas con resultado variable para abordar al esófago en las diferentes porciones de su recorrido. La situación del órgano, -localizado en la parte más profunda y más difícilmente abordable del mediastino, explica las dificultades que la cirugía ha debido vencer antes de llegar a la solución de los problemas que plantean las operaciones sobre el mismo. El número de ensayos infructuosos es crecido y la variedad de procedimientos imaginados es considerable. Si se lee con espíritu crítico la bibliografía a que han dado lugar estos ensayos, puede observarse que la mayor parte de estas operaciones están absolutamente condenadas en la actualidad, y sólo sirven ahora para enseñar *algo de lo que no se debe hacer*. Sólo unas pocas vías de acceso han hecho sus pruebas y han quedado definitivamente consagradas como adquisiciones de valor; son verdaderos jalones en esta difícil cirugía, que deben ser 'considerados puntos de partida para seguir adelante.

Los trabajos que pueden recogerse en la literatura científica deben dividirse en dos grandes grupos: por una parte, los que corresponden al período de ensayos! y de tanteos que comenzó con *Nasilow y Rehn*, siguió con *Faure, Forgue, Brünt, Potarca, Biondi, Tuffier y Gosset* y termina con *Sauerbruch, LUienthal, Gorbbrandt, Fischer y Meyer*. Por otra, el período actual que marca algunas adquisiciones que pueden clasificarse como definitivas y que se inicia en 1913 con *Zaaijer y Frank Torek*, sigue con *Hedblon, Eggers, Garlóte, Ohsawa, King, Muir, Tudor Eduards*. Puede verse para el estudio detallado de este punto, nuestro trabajo publicado anteriormente en colaboración con el doctor *Lentino*. (1)

La cirugía actual debe reconocer en el esófago, desde el punto de vista de su abordaje quirúrgico, tres segmentos: cervical, torácico y cardioabdominal. *El tipo de las operaciones que se han planeado modernamente, hace inútil e inoficiosa toda otra subdivisión*. Esta división en tres sectores abordados del modo que vamos a describir, permite efectuar en cada uno de ellos *todas* las operaciones que la práctica requiere, inclusive la más grande y complicada, que es la extirpación de un neoplasma situado en el segmento correspondiente.

19—La vía lateral, de preferencia izquierda, satisface todas las necesidades para abordar el esófago cervical, inclusive cuando se trata de extirpar un segmento del esófago por un neoplasma del mismo. La vía mediana descrita por *Nélaton y Berger*, no tiene razón de ser. Sólo escapan al acceso por la vía lateral izquierda los ca-

sos de cáncer cervical propagados a la laringe, y de la laringe o del cupo tiroides propagados al esófago, en que es necesaria la extirpación «simultánea de ambos órganos; en este caso se trata de operaciones que deben ser efectuadas en otra forma, a través de amplias incisiones anteriores a colgajos, de cuya técnica nos ocuparemos en otra oportunidad. La vía lateral a que nos referimos, es la clásica: incisión ¡a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo. Las fibras de este músculo son puestas al descubierto y la hoja profunda de la vaina es incindida longitudinalmente. Los vasos carotídeos son reclinados hacia afuera. El cuerpo tiroides y el conducto laringotraqueal son traccionados hacia adentro. El músculo omohiideo es seccionado transversalmente. Sección de la arteria tiroidea inferior. Estas maniobras permiten caer sobre el esófago, que reposa sobre el plano prevertebral. En la disección del órgano debe cuidarse de no lesionar los recurrentes. En ocasiones, sobre todo si se trata de neoplasmas el sacrificio de estos nervios es inevitable.

—En lo referente al acceso al esófago torácico, las ideas de los cirujanos se han aclarado- y simplificado al extremo, después que *Frank\orek* y *Zaijer* crearon sus operaciones *tipo* para la extirpación del cáncer del 'tercio medio y del cardias respectivamente. Las vías que han elegido y reglado estos cirujanos son suficientes para realizar toda la cirugía, del esófago. A esto *se* han agregado las modernas adquisiciones de la cirugía torácica que permiten el aborda-

je transpleural del órgano, lo que ya ha quitado la razón de ser a todas las vías, extraserosas, limitadas, teóricas e inútiles. >

El uso de los diferentes medios de que se dispone¹ en la actualidad para abordar el esófago torácico a través de la pleura, se ha generalizado; ya no se concibe, por las razones que hemos expuesto, un abordaje por la vía parapleural extraserosa. Ya se ha aprendido a pasar a través de la pleura y se considera, con sobrada razón, que estas vías transpleura I es *son* las únicas aceptables y eficaces. Los recursos de que se dispone son ya conocidos: neumotórax previo, baronarcosis, método del neumotórax brusco de *Delageneire-Dubai*, practicado y usado exclusivamente, entre otros pocos cirujanos, por *Ohsawa*.

Todos estos recursos deben ser combinados con los modernos procedimientos de anestesia local, raquídea o por gases: Participamos de la opinión de que el único indiscutiblemente bueno es el del neumotórax, previo método de *Arce*), combinado con la **anestesia** general por ciclopropano, dado que se trata de una operación de considerable importancia. La anestesia general por *gases* y, en especial, el ciclopropano, tiene todas las ventajas que se requieren en los casos de gran cirugía: poca toxicidad, eliminación pulmonar exclusiva, a las que se unen las que tiene en cirugía torácica: oxigenación máxima del enfermo y, por lo tanto, compensación de la anulación de un pulmón. La posibilidad de agregar la hiperpresión en el momento de cerrar el tórax para distender el pulmón colapsado, es otra ventaja de considerable valor. Esta anestesia podrá ser reemplazada, cuando necesidades técnicas o de otro tipo lo hagan necesario, por la anestesia local o por la anestesia raquídea o epidural; pero la necesidad del neumotórax previo persiste ineludible.

Acerca de las ventajas del neumotórax previo como método general para todas las operaciones endotorácicas, se ha insistido bastante y creemos que es un punto conocido acerca del cual nada puede ser agregado. En lo que se refiere al caso particular de los beneficios del neumotórax previo en la cirugía del esófago, nos hemos extendido en otra oportunidad.

Particularmente para la cirugía del esófago hay grandes ventajas en trabajar con un pulmón completamente colapsado, porque en esas condiciones la cavidad pleural se presenta desocupada y el campo operatorio está completamente libre de obstáculos. La visión del esófago es completa y el pulmón no molesta para ninguna de las maniobras que deben efectuarse sobre el mismo. Estamos por completo de acuerdo con *Ohsawa* acerca de esto. La baronarcosis, aparte de toda acción perjudicial que pueda tener sobre el sistema cardiocirculatorio y sobre el recambio gaseoso, hechos puestos perfectamente en evidencia por el autor japonés, significa una gran molestia para el desarrollo del acto operatorio. *Ohsawa considera imposible toda operación con un pulmón distendido por la hiperpresión, por la molestia que produce*

de echo órgano; y en esto también estamos completamente de acuerdo. En lo que no podemos estarlo, es- en el modo de llegar a la apertura del tórax. El cirujano de Tokio abre el tórax sin asignar ninguna importancia a los fenómenos subsiguientes al neumotórax brusco. Al referirse a las diferentes laparotomías con movilización del reborde costal que utiliza para llegar al cardias, considera muy acertadamente que es difícil no abrir la pleura; pero deja que se produzca el neumotórax inevitable y no atribuye ninguna gravedad a los fenómenos subsiguientes de neumotórax rápido. Del mismo modo, cuando debe efectuar una toracotomía o una taracolarotomía, procede a hacerlo sin ninguna maniobra preliminar. Consideramos que estos fenómenos deben tener un gran papel en los accidentes operatorios, en los postoperatorios graves y ruidosos y en la mortalidad postoperatoria.

S_i En cambio, la práctica del neumotórax previo, de acuerdo con el método de Arce, realiza todas las condiciones necesarias para poder, abrir el tórax sin inconvenientes, para mantener el pulmón colapsado por completo a fin de que no moleste al realizar maniobras en la profundidad y para evitar las consecuencias cardiocirculatorias consecutivas a la apertura del tórax, al neumotórax abierto o a la anulación funcional de un pulmón.

En resumen, consideramos que el neumotórax previo a la manera de Arce, es una condición indispensable de éxito para la cirugía del esófago tísico. Así lo han considerado algunos autores como *Brunn y Broche Stephens, Muir, Bessessen y Bessessen*, etc., que lo han usado en sus operaciones.

Por las razones expuestas consideramos que los métodos extra-pleurales no tienen razón de ser; agregúese que la vía de acceso es siempre estrecha, que la pleura *es* difícilmente despegable sin que se rompa, y se verá que no es posible realizar una de estas vías con

éxito. Por otra parte, ninguna de ellas permite efectuar una viciación reglada de acuerdo ¡a un plan preconcebido, por la estrechez del campo que ofrecen.

Las vías parapleurales deben considerarse, en resumen, como un recuerdo de la época en que se temía la apertura de la pleura porque no se tenían ¡recursos para pasar debidamente a su través.

Esta crítica cabe, asimismo, a la vía pleural extraserosa de *Gregolre*, por demás trabajosa, mutilante, estrecha e ineficaz. Imposible de llevar a la práctica sin que se produzca la apertura de una de las dos cavidades, pleural o abdominal, cuya herida se procura evitar.

La operación de *Torek*, en que la incisión, gran toracotomía en toda la extensión del séptimo espacio intercostal que se amplía hacia atrás y arriba por la sección de las costillas séptima a cuarta en su ángulo posterior, permite abordar y aun extirpar todo el <^&ófago torácico.

Hoy es un hecho juzgado que el esófago debe ser abordado por el lado izquierdo y por la región posterolateral inferior del tórax. Esta vía da acceso al cardias y al estómago a través del diafragma. Cuando se debe efectuar la *exenteración* del esófago a la manera de *Fiank Torefc*, debe combinarse con la incisión cervical izquierda a nivel del borde anterior del esternocleidoideo.

La presencia de la aorta puede parecer un obstáculo para abordar al esófago por el lado izquierdo y un 'argumento en favor del lado derecho. No es así; por el contrario, la aorta 'constituye un precioso punto de reparo para abordar al esófago. Basta incidir la pleura mediastinal por delante de la misma, para caer sobre el esófago. La aorta, gruesa y resistente, ¡no ofrece ningún peligro de ser desgarrada por las maniobras necesarias para aislarla. Cuando se debe practicar la extirpación de todo el órgano, será necesario pasarlo por debajo del cayado aórtico; a veces el tumor esofágico es voluminoso y debe seccionarse el esófago por arriba del mismo para poder deslizar su cabo superior por debajo del vaso. Esta maniobra constituye una pequeña complicación que compensan con mucho las citadas ventajas. Por otra parte, el examen por el lado izquierdo permite apreciar las relaciones del tumor con el cayado aórtico, en tanto que este examen es difícil y engañoso por el lado derecho.

En cambio, el acceso por el lado derecho está lleno de inconvenientes. En primer lugar, debe seccionarse el cayado de la vena ácigos mayor. En segundo lugar, debe incidirse la pleura por delante de la vena cava inferior y reclinarse este vaso. Como su pared es delgada y fácilmente colapsable, como su fragilidad es grande, hay peligro de romperla con un separador o una valva durante las maniobras de disección. Finalmente, el acceso por el lado derecho no permite abordar el cardias y el estómago y, por tanto, no permite realizar ninguna de las operaciones típicas que hemos des-

evito. Por más que algunos autores han efectuado la extirpación de neoplasmas del esófago pasando por el lado derecho (*Ricard* y *Ballivet*), creemos que no existe ninguna ventaja en ello. Sólo consideramos oportuno el abordaje por el lado derecho en el caso excepcional de un divertículo epifrénico del esófago que esté situado en el lado derecho del órgano.

Debemos considerar a esta vía de abordaje como una vía universal que permite llegar a todo el esófago torácico, desde la entrada del tórax hasta el cardias. En la práctica todas las operaciones que deben efectuarse sobre el esófago torácico pueden serlo perfectamente por esta vía. Por ello no tienen razón de ser las otras vías propuestas, más limitadas y que sólo permiten, después de una mutilación parietal más o menos considerable, una escasa visión del esófago en el fondo de una estrecha herida, sean ellas transplúmife o parapleurales: vías propuestas por *Quenu* y *Hartmann*, *Bryst*, *Rehn*, *Pótarca*, *Biondi* y *Gosset*. Aun la vía cérvicomedias-tinal propuesta por *Faure*, y que en su época pareció la magna solución de un gran problema, no tiene ya aplicación.

Esta forma de acceso por la vía de *Torek*, permite en la práctica efectuar todas las operaciones que deben hacerse sobre el esófago torácico y, en especial, las operaciones de exéresis del esófago por cáncer, es decir, la más grande operación que se puede efectuar en el órgano. Ya no puede justificarse la división que hacen los autores franceses *Légcire* e ingleses (*O'Shaugunessp* y *Raven*) en dos porciones, *segmento retrotraqueal o suprahiar* y *segmento retrocardíaco o infrahiar*, y de acuerdo con ello preconizan distintas vías de abordaje. Esta división podrá haber sido útil en una época en que la endoscopia estaba menos evolucionada que en la actualidad. Hoy, la mayoría de los cuerpos extraños del esófago pueden ser extraídos por las vías naturales con ayuda del esófagoscopio. Los cuerpos extraños que no pueden serlo, pueden extraerse

por una esofagotomía externa cervical, dirigiendo las mamobías hacia abajo, táctica infinitamente menos arriesgada y más segura. La otra enfermedad que puede necesitar un abordaje quirúrgico del esófago, el cáncer, impone, según las condiciones, la vía cervical o la vía de *Frank Torek*, que da acceso a todo el esófago torácico.

Por las mismas causas es que la vía transtorácica no tiene ninguna razón de existir para abordar el esófago torácico en el tercio superior. Si bien es verdad que se puede llegar al órgano a través de una incisión o de un colgajo anterior paraesternal, es verdad, asimismo, que esta vía no tiene aplicación para los cuerpos extraños, por las razones apuntadas: su práctica llevaría irremisiblemente al fracaso por infección pleural. Para los casos del cáncer del tercio superior del esófago por los mismos argumentos, no se concibe que pueda efectuarse con éxito la extirpación segmentaria del esófago en esta localización; o bien se le extirpa por la vía cervical, o bien se efectúa la operación de acuerdo con el de *Frank Torek*. ↙

3¹?—El acceso al segmento cardioabdominal, en que debe emprenderse la porción más inferior del esófago, puede efectuarse, según las condiciones, por vía torácica o por vía abdominal o por vía combinada tóracoabdominal.

La vía abdominal pura permite realizar algunas operaciones limitadas sobre el segmento abdominal del esófago. Estas operaciones quedan reducidas casi exclusivamente a las que se dedican al tratamiento del cardiospasma, de las cuales las más frecuentemente realizadas son las operaciones de *Heller* y de *Heyrowsky*. Si bien es verdad que éstas, y en especial la última, son operaciones delicadas y de cierta magnitud, es cierto, asimismo, que se les puede efectuar por una laparotomía mediana supraumbilical; pero ello es debido a una circunstancia favorable que hace posible estas operaciones: el *descenso al abdomen del segmento inferior del esófago* y que constituye un tiempo importantísimo de su técnica.

Para todo otro tipo de operaciones que deben efectuarse en este segmento del esófago, la vía abdominal pura resulta reducida y las maniobras no pueden ser efectuadas en forma perfecta por la profundidad del campo operatorio y la necesidad de trabajar oblicuamente debajo del reborde costal. Estas consideraciones continúan siendo valederas aun en los casos en que la laparotomía resulta ampliada por la resección o la movilización del reborde costal (vías de *Marwedel*, *Balidet*, *Navarro*, etc.)

Es grande la importancia de una amplia vía de abordaje, sobre todo en los casos de cáncer del cardias, sean de origen esofágico o gástrico, o es posible pensar en el porvenir de esta cirugía inrentes no se practique a través de una amplia incisión que permita operar con el máximo de comodidad, de campo y de luz. lo que es imprescindible para obtener una asepsia perfecta y suturas también perfectas. La minuciosidad de las maniobras, en especial de

El acceso en estas condiciones, se efectúa como sigue: enfermo en posición lateral, con el lado izquierdo del tórax hacia arriba. Incisión a lo largo del séptimo, octavo o noveno espacio intercostal. Esta incisión debe extenderse por el espacio intercostal en casi toda su longitud. Incisión del reborde costal. A fin de permitir abrir ampliamente la herida con un separador estático, una o dos costillas vecinas al espacio incindido pueden ser seccionadas en la proximidad de su ángulo posterior. El diafragma es seccionado en forma radiada desde el orificio esofágico hasta el reborde costal. Con esto se tendrá un amplio acceso al estómago, al cardias y a la extremidad inferior del esófago. Según las características del caso,] podrá ser necesario o conveniente ampliar la incisión extendiéndola a través de la pared abdominal desde el reborde costal en dirección &i ombligo o hacia la línea medía, un poco por arriba de él. Esta incisión permite la resección de la mitad superior del estómago y de una porción *del* esófago, con exteriorización del cabo superior de este órgano o con anastomosis esofagogástrica.

En resumen: de esta larga exposición acerca de las vías de acceso al esófago, se desprende que las vías de elección, las únicas que el cirujano está autorizado a usar, son:

(Continuará).

Revisando el Canje

Por el Dr. MARTIN A. BULNES B.

Quien se ha familiarizado con el tratamiento de los Tuberculosos y cuida de sus alteraciones digestivas, se da cuenta perfecta de la frecuencia con que se ve molestado el paciente por vómito y estado nauseoso. Esta manifestación patológica, sin ser exclusiva de la Tuberculosis, se observa indudablemente con mayor frecuencia en el curso de ella que en otras afecciones, ejerciendo una acción nociva sobre la nutrición y un efecto psíquico desastroso. En referencia a lo expuesto, extracto de un precioso trabajo sobre tratamiento de vómitos y estados nauseosos en los tuberculosos pulmonares, con el cloruro de sodio por ingestión, por los Drs. Fernando C. Gómez y Ángel R. Gines, publicado en la Revista de Tuberculosis del Uruguay N° VIII de 1939, las notas siguientes: Los avizores en referencia afirman: "La eficaz acción observada en ciertos trastornos digestivos de los tuberculosos pulmonares y en especial los vómitos por el empleo del suero clorurado sódico hipertónico en inyección intravenosa. El empleo de esta terapia presenta a veces ciertos inconvenientes derivados de la solución que esclerosa y obtura progresivamente las venas, y de que en los casos con diarrea puede agravar esta complicación. Dichos autores citan el trabajo de AMBARD, y en el cual dicho autor preconizaba el empleo del cloruro de sodio por ingestión para los mismos trastornos, medicación que, según algunas observa clones en niños y adultos que resume, habría sido seguida de detención rápida de los vómitos más o menos rebeldes y de los estados nauseosos. Recomienda utilizar una solución acuosa saturada de cloruro de sodio, que se diluye en cinco partes de agua en el momento de empleo. Se obtiene así una solución más o menos al 5 %, de la que se ingiere la cuarta parte de un vaso corriente, de una sola vez, debiendo tomarse inmediatamente después una cucharada de agua simple para enjaguar la boca y quitar el sabor salino desagradable. Llama la atención el autor sobre lo sorprendente que resulta el que apenas con uno o dos gramos y medio de cloruro de sodio se obtenga un éxito tan rápido y completo. Expresa que la inyección intravenosa obra probablemente actuando sobre el sistema nervioso y que la ingestión puede ejercerse directamente sobre las paredes gástricas, ya que Danielopoló mostró recientemente que la introducción salina hipertónica en el estómago con hiperperistaltismo lo pone en seguida en reposo. "Los Drs. Gómez y Gines, dicen sobre el particular: "La primera enfermita en quien se planteó el empleo de este recurso se encontraba en la imposibilidad absoluta de alimentarse por los vómitos repetidos y el estado nauseoso permanente. Como, además presentaba diarrea, se recurrió al cloruro de sodio por in-

19 BOLETÍN DE INFORMACOES

II Congresso Nacional de Tuberculose

*Sob Alto Patrocinio do Excelentissimo senhor Presidente
Getulio Vargas*

El Congresso Nacional de Tuberculose realizado em Maio cíc 1939 no Rio de Janeiro e Sao Paulo, reuniu varias Sociedades de Tuberculose do Brasil. Em perfecta cornunhao de idéias, estas Sociedades fundaran un órgano destinado a articular e condenar os esforcos que dispendiam os núcleos nacionales especializados, esparsos pelo nosso extenso país.

Bevese esa realizacion a Sociedad Brasileira de Tuberculose, Herrada pero ser presidente de entado, Dr. Ary Miranda. Como **pendos** elevados intuitos de que estaba imbuída, a Sociedade Brasileira de Tuberculose transferiu, na ocasiao, para a nova agremiacab que recebeu o nome de FEDERACAO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE TUBERCULOSE, as filiacoes que antes lhe estavam afetas da "Uniao Latino Americana das Sociedades de Tisiologia" e da "Unin Internacionale contre la Tuberculose."

El 31 de Malo de 1939, forma signatarias da FEDERACAO BRASILEIRA, as siguientes asociaciones: Sociedade Pernambucarta de Tuberculose, Sociedade de Tisiología da Inspeccao de Profilaxia da Tuberculose (Balayís-Instituto Brasileiro para Investigacao de Tuberculose, Sociedade Brasileira de Tuberculose, Centro de Estudos dos Médicos do Servico de Tisiologia da Policlínica Oeral do Rio de Janeiro, Sociedade Mineira de Tuberculose, Seccao de Tisiologia da Associacao Paulista de Medicina, Sociedade Paulista de Tisiologia e Sociedade de Tisiologia do Rio Grande do Sul.

Entre las atribucoes a que se propoz a F. B. S. T. está a da promocao de Congressos Nacionais de Tuberculose cada dos anos, tendo por sede um Estado do Brasil, onde ha la Sociedade filiada a Federacao. Por deliberacao da Assembléia do I Congresso, no día de se encerramento. for escolhida a capital do Estado de Sao Paulo para a reunido do certame seguinte, a realizarse em Mayo de 1941, devendó os trabalhos serem encerrados em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

A Comissao Geral Organizadora do Congresso, eleita para preparar e dirigir o próximo conclave e ao mesmo tempo incumbida de, após a sua realizacao, orientar os destinos da Federacao até novo certame, ficou assim constituída: Presidente: Dr. Raphael de Paula Souza; Vice-Presidente: Dr. Octavio Nébias; Secretarios: Drs. Diogenes Certain e Luiz Mauro. Iniciando suas atividades, essa Comissao, com a colaboracao da F. B. S. T., obteve o apoio moral e material do Excelentissimo Senhor Presidente Dr. Getulio Var-

gas, que não só aceitou a investidura de Presidente de Honra, como prometeu empenharse por comparecer pessoalmente a inauguração do II Congresso.

O senhor Interventor Federal em São Paulo, Dr. Adhemar de Barros, que demonstrou grande solicitude pelo I Congresso, sendo sob sua presidência, que a assembleia aprovou a fundação da F. B. S. T., aceitou ao convite para Vice-Presidente de Honra. S. Excia. veio incentivando grandemente a Comissão Organizadora, com seu interesse e integral apoio moral e material.

Em homenagem ao pioneiro da luta anti-tuberculosa em São Paulo, e um dos mais lídicos valores da tisiologia brasileira, o Professor Clemente Ferreira, foi também esse ilustre patricio escolhido para a Vice-presidência de Honra.

Os temas a serem tratados no II Congresso Nacional de Tuberculose, deverão ser em número restrito, para que sobre eles coarjam o interesse, os conhecimentos e a experiência de todos os centros tisiológicos do país; visa-se com isso, a mais perfeita elucidação possível de determinados assuntos essenciais e de maior oportunidade para o desenvolvimento da luta anti-tuberculosa no Brasil. Além desse alto desiderato, o I Congresso terá ainda a finalidade de fortalecer os laços de cordialidade e intercâmbio científico entre os tisiólogos e sociedades especializadas nacionais, já tão bem iniciados pelos promotores do I Congresso. A Comissão Organizadora, desejando imprimir um eunho acentuadamente nacional ao certame, com a participação de todas as entidades filiadas à F. B. S. T., até em sua organização, enviou-lhes pedidos de sugestões para os temas oficiais. Entre todas as respostas recebidas até 30 de Outubro de 1940, foram escolhidas três, para o fim em vista. Cada tema oficial terá um relator nacional. Para ressaltar as condições regionais e alcançar o pensamento dos diversos núcleos tisiológicos, haverá, para cada tema, correto res oficiais que deverão ser escolhidos em cada Estado pelas próprias associações que integram a F. B. S. T.

Os temas escolhidos foram os seguintes:

I) Resultados mediatos e inmediatos do pneumotorax artificial no Brasil;

II) O tuberculoso em face da legislação;

III) A tuberculose rural e nos pequenos centros urbanos do país.

I) A aplicação do pneumotórax artificial no Brasil vem do longa data, e seus resultados já podem ser controlados. As conclusões a que vêm anegando os diferentes inqueritos apresentam acentuadas discordâncias, na completa revisão dos resultados brasilei-

ros, feita sob colecta homogénea de dados, vira trazer muita luz a yfiuestao, focalizando suas falhas e vantagens, de modo a dar aos meios de cura de que se dispoe o melhor rendimento possivel.

II) O ponto-de-vista através do qual o legislador deve encarar o tuberculoso, é de grande oportunidade entre nos de vez que neste momento, o Governo, com razao, procura alargar as responsabilidades da sociedade para com o tuberculoso. A tuberculose encarada como doenea professional, o conceito de cura e capacidade de trabalho do portador de una colapsoterapia, a queestao do ingresso ou aposentadoria dos portadores do mal de Koch, etc., sao pontos de importancia pratica inconteste e constituem problemas assaz complexos. O tema merece ser debatido em Congresso especializado, para que os tisiologos, possam dar aos legisladores, urna conceptao clara da tuberculose e do tuberculoso, a luz dos iiNnhecimentos e meios de tratamento modernos.

V III) A tuberculose no Brasil vem sendo estudada quasi que exclusivamente nos grandes centros, e porisso mesmo, com material quasi todo urbano. A tuberculose partindo das cidades, apresenta urna tendencia a marchar em direcao das populacoes ruraris isentas de qualquer impregnacao anterior, condicionando aspectos epidemiológicos especiais e dignos de nota. A contribuicao brasileira ao tema, dada a predominancia de nossas populacoes rurais, deverá ser interessante y de relevante valor, por desbravar aos poderes constituídos, o caminho para medidas de iprotecao de grandes territorios brasileiros.

Em linhas gerais, sao estas as normas do programa científico em elaboracao. Brevemente serao confirmados os nomes dos tisiologos patricios que se incumbirao de tao importantes relatos.

Concluindo, a Comisao Organizadora agradece antecípada e cordialmente quaisquer sugestoes referentes ao próximo Congresso, que os prezados colegas queiram notificar. g

SUMARIO

	Página
A propósito de moral médica en los departamentos	197
Dr. Antonio Vidal	
Algo sobre reumatismo tuberculoso	200
Dr. Humberto Díaz	
Ligeras anotaciones sobre las desviaciones de la matriz y en especial la retroflexión	206
Dr. Juan A. Mejía	
Hipo como sintoma dominante en una apendicitis crónica	215
Dr. S. Paredes P.	
Sarcoma del riñón	216
Dr. S. Paredes P.	
Desaparición del nicho ulceroso con tratamiento médico	218
Dr. Manuel Larios C.	
El criterio citofiláctico en la nueva cirugía	221
Dr. Juan José Samaniego	
Los cuerpos extraños del conducto auditivo	224
Dr. Carlos Tapia	
La técnica de la succión en la catarata	231
Dr. Tomás R. Yanes	
Trastornos digestivos y nutritivos del lactante	234
Dr. Eduardo Gustavo Saraco	
Vías quirúrgicas de acceso al esófago	238
Dr. Roberto C. Ferrari	
Tumores benignos del esófago	236
Dr. Roberto C. Ferrari	
Notas	238