REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.
REDACTORES:
Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal
Dr., Guillermo E. Durón
SECRETARIO DE REDACCIÓN:
Dr. Julio Azpuru España
ADMINISTRADOR:
Dr. Ricardo D. Alduvín

AÑO IV | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Enero de 1934 | Nº 39

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

En la sesión ordinaria celebrada por la Asociación Médica Hondureña el 6 del presente, se propuso, discutió y aprobó el proyecto V de celebrar en el mes de julio próximo, unas Jornadas Médicas en conmemoración del 5? aniversario de la fundación de la Sociedad.

No es idea nueva, sino que data ya de algunos años la que por I *fin va a realizarse, con el mayor júbilo y beneplácito de la corporación.*

Ya está nombrada la comisión encargada de redactar el programa a desarrollar que una vez discutido en la primera semana de febrero se dará a conocer a todos los socios a fin de darles el tiempo necesario para redactar y enviar los trabajos interesantes que quieran presentar al tapete de la discusión.

Siendo éstas las primeras jornadas, el punto inicial de 'futuras actividades, han de revestir, indudablemente un- carácter extraordinario ya que por primera vez el cuerpo médico de Honduras se reunirá a discutir las grandes cuestiones de interés profesional, al mismo tiempo que dará la oportunidad de cambiar ideas del orden puramente espiritual que traerán como consecuencia una apreciación y conocimientos mejores entre los asociados que culminará con una armonía y fraternidad mayores a las existentes.

Asuntos del orden médico, en sus diversas manifestaciones, ocuparan el primer plano: Enfermedades reinantes, formas clínicas habituales, tratamientos ensayados, resultados, profilaxis, etc., e indudablemente el Paludismo, la Disentería, la Gripe, la Tuberculosis, la Sífilis, el Parasitismo intestinal, la Tifoidea como fundamentos de la patología del país puestas en relieve, desmenusadas en sus mínimos detalles es probable que sufrirán una fuerte batalla.

La Sanidad de la República en General será objeto de cuidador

sa atención. Posiblemente lleguemos a conclusiones si no definitivas al menos muy saludables sobre los sistemas que, [deben aplicarse a efecto de obtener los más halagadores resultados.

Serias son las cuestiones que afectan la vida del profesional. Debemos obtener una protección siquiera individual entre nosotros mismos, que la legal y colectiva es nula., A cada instante somos *estafados, burlados, insultados por individuos sin escrúpulos e ignorantes después de haber aprovechado nuestros servicios, prestados con devoción y desinterés. Difícil hacer creer que los médicos como todos los mortales soportamos las necesidades de la vida y* ***para*** *remediarlas hay que apelar a la retribución justa y moderada de.- nuestro trabajo. Y allí comienza el desate de torrentes de ingratitud y tormentas de odio.*

Sin embargo, no sólo de golpes y mordidas se ha de nutrir la pálida existencia del médico. Solemnes funciones¿ en donde a manera de pompas religiosas elevemos los espíritus en una comunión sincera de entendimiento y afecto, de unión estrecha y generosa, de aspiración común, noble y excelente hacia un porvenir mejor, hallarán en las jornadas médicas el ***campo*** *propicio a su desarrolla.*

Allí en ^abrazo fraternal los obreros de la salud cimentaremos el edificio de una Honduras sana, fuerte, vigorosa; de una Honduras capaz de representar en el concierto Universal el rol que le corresponde como República libre y civilizada.

Son estas líneas el primer llamamiento a todos los miembros de la Asociación para encarrilar sus actividades en el sentido de contribuir con el entusiasmo y capacidad de cada uno al éxito de las Jornadas.

Los socios residentes en Tegucigalpa tendremos especial placer en recibir a nuestros colegas de los departamentos proporcionándoles las comodidades y bienestar que se merecen en el entendido que cuando regresen a sus centros de acción, después de una semana de labores, llevarán un recuerdo grato del torneo científico rociado ***con*** *las mieles de la simpatía, la amistad y el afecto.*

En el número próximo anunciaremos el programa, temas y fecha exacta, así como medios de transporte, hoteles, residencias, etc., para facilitar la llegada y permanencia de los hombres de buena voluntad que sacrificando un poquito sus diarias faenas vengan a compartir su ciencia y su espíritu con nosotros.

La Asociación espera del esfuerzo de sus componentes, un nuevo triunfo que marcará con letras indelebles el fin del primer lustro de su existencia. *Tegucigalpa, enero 8 de 1934.*

Sobre un caso clasificado como escorbuto infantil de los trópicos

Las enfermedades por carencia alimenticia no son raras en los trópicos. La pelagra y I beri-beri son enfermedades cuya existencia está probada en nuestro país por numerosos trabajos, algunos de los cuales has sido ya publicados en esta Revista. Me voy a referir ahora al escorbuto cíe los trópicos.

Como dice muy bien Manson Bahr, la palabra escorbuto está asociada en la imaginación popular con las exploraciones artísticas y los viajes marítimos prolongados, por lo cual a muchos debe sorprenderles los términos "escorbuto de los trópicos," es decir de los países llenos de sol . y de abundantes frutos conteniendo vitamina C; pero ahondando un poco 'más en este asunto, nos damos cuenta que esta enfermedad existe realmente en nuestro país y es debida a faltas de alimentación por ignorancia. Con raras excepciones, muy' pocas personas, entre la clase bien saben cuál debe ser una alimentación racional y entre el pueblo, la masa total no sabe comer.

Lo anterior significa que las enfermedades por carencia alimenticia deben ser abundantes entre nosotros.

Nuestras autoridades sanitarias deberán preocuparse y penetrarse de este problema: En señar a comer bien al pueblo, con lo cual éste ganaría un buen desarrollo, salud, fuerza, vigor e inteligencia, mejorando por consiguiente la raza y adaptándose a las normas de una futura civilización donde triunfarán solamente los pueblos más sanos y .más aptos.

La vitamina C, antiescorbútica existe abundantemente en todos los vegetales frescos, fruta-s y especialmente en naranjas y limones; pero desgraciadamente por las razones que dejo apuntadas anteriormente, muy poco uso se hace de esta clase de alimentos, dando preferencia en la alimentación de los niños después del destete, a las carnes, leche y cereales, los cuales si bien es cierto que contienen también la vitamina C, es en pequeñas cantidades, insuficiente para no permitir el desarrollo de la enfermedad.

Cuántos niños se habrían salvado con sólo haberles enseñado a beber un vasito de jugo [ir-naranjas todos los días.

A continuación copio la observación recogida en el servicio de niños del Hospital San Felipe, por mi interno Br. don Víctor Herrera Arrivillaga, la cual fue rotulada por nosotros como un caso grave de escorbuto de los trópicos.

Lidia Barrientos, de 6 años de edad, vecina de Armenia en este departamento, ingresa al Servicio de Niños del Hospital General, el día 1º de noviembre del año en curso, quejándose de gran hinchazón en todo el cuerpo y de manchas equimóticas diseminadas en varias partes de la superficie de éste.

Como datos anamnésicos próximos obtenidos por medio de la madre, diremos que: el 12 de

agosto último, como a las 9 a. m, estando la niñita en aparente buen estado de salud, momentos después de haber tomado su desayuno, sufrió un ataque que le hizo perder el conocimiento por espacio de media hora. Pasada esa lijera indisposición la niña continuó en buenas condiciones durante 8 días, fecha en que empezaron a hinchársele los miembros inferiores, hinchazón que posteriormente pasó a la cara y miembros superiores. El 14 de septiembre volvió a sufrir de otro ataque idéntico al primero y desde entonces la hinchazón se fue haciendo más intensa, motivo por el cual dispuso traerla al Hospital en la fecha arriba indicada, porque además, le habían aparecido últimamente las manchas equimóticas ya indicadas. Un dato importante que he podido obtener en esta anamnesia próxima, es que la niña en estudio, pocos días de su primer ataque ha presentado una marcada tendencia al sueño, viéndose obligada la madre a duplicar su vigilancia porque se le dormía en cualquier parte y aun en sitios de peligro.

En su anamnesia lejana solo acusa sarampión y tosferina a los 3 años y un dudoso ataque de erisipela a los 5 años.

La alimentación de esta niña después del período de la lactancia ha consistido en tortillas, leche, queso, mantequilla, verduras y demás sustancias habitualmente consumidas por nuestra gente del campo.

En sus antecedentes hereditarios y colaterales encuentro estigmas específicos por parte de su madre (aunque la serorreacción de Kahn es solamente más 1) por lo demás, solamente en cuentro paludismo.

A la hora de su ingreso al Hospital mostró lo siguiente: Edemas blandos no dolorosos y brillantes en los cuatro miembros y en la cara, mucho más acentuados a nivel de los párpados y grandes labios; discretos en las demás regiones (tórax y abdomen) Alopecia casi absoluta. A nivel de los corrillos, grandes superficies articulares (tobillo, rodilla, muñeca, codo, hombro, etc.) presentaba manchas equimóticas considerables, manchas que eran mucho más acentuadas en todas aquellas superficies que por el decúbito estaban en contacto directo con el colchón de la cama. No le es posible mantenerse de pie no tanto por su estado de debilidad y el edema, sino por el dolor que experimenta en los miembros inferiores. Temperatura 36? C. Por parte del aparato respiratorio: estertores gruesos a nivel de ambos hilios, con tos suave y húmeda.

Aparato circulatorio, nada *de* particular fuera de las equimosis ya citadas que como es natural, son debidas a ligeras hemorragias capilares. Pulso 110 por minuto.

Aparato digestivo: Ligeras *es*tomatorragias con encías bastante enrojecidas y aliento fétido, de 4 a 5 asientos al día, muy fluidos, de color amarillo, algunos de ellos acusando la presencia de melena con reacción ácida.

Por lo demás, nada de importancia.

Exámenes complementarios:

Sangre Negativa por hematozoario.

F. Leucocitaria:	
Neutrófilos	58 %
Eosinófilos	2 %
Gr. Mon.	12 %
Linfocitos	27 %
Transicionales	1 %

Orina: Difícil poder recojer la orina de las 24 horas y aun con mucha [dificultad pudimos obtener una pequeña cantidad que nos permitiera hacer el examen de laboratorio, el que nos dio Positivo por albúmina y sangre oculta.

El cuadro clínico que presentó la enfermita al día siguiente de su ingreso al Hospital, es el descrito en la presente observación, durante los días siguientes fueron cediendo poco a poco los edemas como una consecuencia del tratamiento adecuado, pero el 7 del mismo mes la secreción de orina se suprimió, la pequeña enferma entró en coma, agravándose este estado con la presencia de la fiebre que desde ese día empezó a ascender, falleciendo en la madrugada del 9, es decir dos días después.

Naturalmente asociadas a las avitaminosis deben mencionarse los nefastos factores de paludismo y parasitismo intestinal, cuyo binomio constituye el problema sanitario más grande que debemos resolver.

La niña cuya historia se narra en la observación anterior llegó casi en estado agónico, por lo cual no nos fue posible obtener más datos; pero por aquellos recogidos, por su aspecto y demás síntomas nos pareció que dicho caso debía colocarse bajo la etiqueta de escorbuto de los trópicos,"

No es mi objeto sentar escuela al respecto; pero sí llamar poderosamente la atención de mis colegas respecto a la enorme importancia de las enfermedades por carencia de vitaminas., sobre todo en los niños.

Antonio VIDAL.

Tegucigalpa, diciembre de 1933.

A. F. Hurst: Tratamiento pre y postoperatorio de la Colecistitis

(The Brit. Jour. of Surgery, Enero de 1933").

Es curioso, dice Hurst, que se haga el examen de la orina en toda enfermedad renal y no se haga la bilis en las enfermedades de las vías biliares. Se usa mucho el cataterismo uretérico y poco la sonda duodenal. Y, *sin* embargo, esta última, combinada con la inyección de sulfato magnésico, da resultados diagnósticos preciosos. La presencia de moco, restos epiteliales y. a veces, leucocitos, traduce la existencia de colecistitis activas, en casos en los cuales la colecistografía resulta negativa. Se hallan, además, en la bilis, los agentes infecciosos (generalmente colibacilos, en ocasiones estreptococos, estafilococos o bacilos tíficos), gránulos de pigmento (que confirman la infección) *y* hasta cristales de colesterol (indicadores de probable litiasis biliar.) Recientemente F. A. Knott ha señalado I-a presencia de materias en los casos de vesícula *en* forma de fresa.

Muchos casos de colecistitis curan mediante antisépticos biliares asociados al estímulo del desagüe biliar. El autor oyó decir a Lord Moynihan que ninguno de los tratamientos de los últimos años ha reducido tanto las indicaciones operatorias como las dosis masivas de hexamina, en las colecistitis. Y Hurst está convencido de que toda operación por enfermedades de las vías biliares debe ir precedida de quince días de tratamiento médico mediante la hexamina. En los casos agudos y subagudos la fiebre baja y el enfermo mejora.

Se sabe que la hexamina se elimina por la bilis, pero se dice que sólo es antiséptica en medio ácido, como es la orina. Pero Knott demostró que también es antiséptica en la bilis alcalina. Precisamente resulta un antiséptico biliar eficaz cuando se da con suficientes álcalis para que la orina sea permanentemente alcalina. En estas condiciones, libera formalina y se puede administrar, sin que irrite la vejiga urinaria, en dosis enormes.

Hurst viene dando, desde hace diez años, con excelentes resultados, 5 gramos de hexamina con 3 de bicarbonato sódico y otros 3'50 de citrato sódico, después del desayuno, después del té y después de un vaso de leche o agua por la noche. Al mismo tiempo excita el desagüe biliar, en los casos complicados con litiasis hepática, dando tanto sulfato de magnesia como el enfermo puede tolerar sin tener diarrea. Una cucharada de aceite de olivas, tres veces al día, produce igual efecto.

Después de la operación, da la hexamina durante dos o tres semanas y lo mismo el sulfato de magnesia. Si hay aclorhidria, lava el estómago cada mañana con solución de peróxido de hidrógeno. Sí es irremediable, da

—*Pasa a la página* 136.—

Doctor Rodolfo Robles

Buen número de miembros de la Asociación Médica Hondureña, tienen mucho que agradecer al Dr. Rodolfo Robles, quien repartió en ya lejanos años gran parte de su enorme caudal de sapiencia entre varias generaciones de estudiantes que hoy prestan sus servicios médicos por todos los ámbitos de Centro América.

La amplitud de espíritu de este hombre formidable que jamás hizo distingos entre guatemaltecos y no guatemaltecos, su fiebre de saber y de enseñar, su genio observador y experimentador, el talento vasto y claro y una

ilustración poco frecuente han llevado al Dr. Robles a sentar con sólidas bases el prestigio y gloria científicas de Guatemala y con ella de Centro América.

Yo gocé el privilegio de ser su alumno de Anatomía y Clínica Quirúrgica y nunca olvidaré sus lecciones magistrales tanto en la primera, que domina, pues fue el compañero de trabajo del actual Profesor Cuneo por ocho años en el Anfiteatro de París, como la segunda, en donde realiza haciéndola palpable, su vasta erudición patológica.

Muchos años después lo encontré en los bancos del gran Anfiteatro de la Facultad de París, tomando notas de las conferencias que allí se dictaban y siempre generoso dándome consejos sobre los maestros que debiera seguir en los estudios de Cirugía. A él le debo el viaje a Bolonia a ver la cumbre de la Cirugía Ortopédica Putti.

Allá lo vimos en el Laboratorio de Parasitología del Profesor Brumpt, naciendo (investigaciones, y gastando con ese amigo que tanto le estima, las mejores horas de su vida en favor de la

En 1915 descubrió el Dr. Robles el agente causal de una enfermedad de la piel y de los ojos que el Profesor Brumpt clasificó zoológicamente con el nombre de Onchocerca volvulos caecatiens. Este gusano se presenta en forma de tumores pequeños únicos o múltiples de preferencia en las regiones temporal y occidental, de tamaños variables generalmente como un grano de maíz y habita en su interior en regular cantidad. Los trastornos cutáneos y oculares consistentes sobre todo en Queratitis intersticial desaparecen al extirparlos.

El descubrimiento de le pseudolepra o ponutos, enfermedad hasta entonces desconocida en América Central y cuya etiología está por encontrarse han consagrado la celebridad tan justa del maestro.'

Casi con placer recuerdo los ataques furibundos que aparecían en la prensa contra el Doctor Robles cuando se supo de sus trabajos sobre la erisipela de 3a costa. Loco, farsante, ignorante eran términos usuales para llamarlo.

El, tranquilo, sereno, no desmayó jamás en su tarea. Si alguna muestra de pesar se le vio fue solamente de no ser comprendido. Era necesario que pasara por el calvario de Pasteur.

La Academia de Medicina de París, premiando los trabajos del Dr. Robles, ha hecho justicia a los méritos, únicos en Centro América, del sabio quezalteco que ilumina con su gloria esta tierra istmeña.

Son estas líneas el homenaje sincero de admiración y afecto

A. F. Hurst: Tratamiento pre y postoperatorio de la colecistitis.

—*Viene de la página* 134.—

tres veces al día solución de ácido clorhídrico diluido en agua con zumo de naranja o azúcar, tres veces al día. No cree necesario la dieta exenta de colesterol y sí sólo cuando coexisten obesidad o gastritis, la indicada en estas- dolencias.—-P. F.

La Química en los Estudios de Medicina

"Los Planes de Estudio de los principales Colegios del mundo, se reforman continuamente a medida que ciertas materias aumentan en importancia."

Por largos años, desde que se abrió la primera Escuela de Medicina, ha figurado en los planes de estudio de ellas, la Química, en sus diferentes divisiones; el conocimiento de las sustancias de origen mineral que sirven para curar las dolencias de la humanidad, conocimiento absoluto, que comprende desde su aspecto hasta sus múltiples transformaciones en el organismo y fuera de él, es, no cabe duda de enorme importancia para el médico.

Los Colegios preparatorios nuestros, dan una idea de los problemas que de la Física y la Química, debe tener el estudiante de medicina: a diferencia de los High Schoools, de Norte América, llegamos hasta tratar en ellos, la presión osmótica, disociación electrolítica, radio actividad, etc., lo cual debe suponerse que pone en condiciones inmejorables a nuestro estudiante de ciencias 'médicas.

Bien pudiera suceder que se creyera que la Filosofía Química, teoría atómica, la clasificación y arreglo de los Elementos Químicos con el estudio simple y evolutivo de cada uno de éstos, nada tuviera que hacer con el que practica medicina: son, se diría, conocimientos teóricos que fuera de haber impresionado al alumno, por su aridez de nada servirán al que abandonó las aulas con un título.

Error peligroso, si pudiéramos llamarlo así: el médico americano casi siempre es un egresado en las Facultades de Farmacia: tiene un profundo conocimiento de la Química, que le dá mayores capacidades para el ejercicio de su profesión: no hablamos de la Química Biológica o Química del Laboratorio del médico, la que debe profundizar: hablamos de la Química Médica, Inorgánica y Orgánica, y aun de la Química General.

No puede ser práctica favorable, la de prescribir una sustancia o compuesto, empíricamente, • por que otros la han usado, y les dio buenos resultados, sin conocerla y sin saber prever sus incompatibilidades en sus diferentes asociaciones: algún día desaparecerá, de la práctica médica de algunos países hispano americanos, el sistema de prescripciones de tipo conocido, donde los ingredientes no varían, ni

---

de los discípulos hondureños, que agradecidos siempre, recuerdan al maestro querido y celebran los nuevos triunfos alcanzados en favor de la humanidad, de la ciencia y de la Patria.

S. PAREDES P.

aun las dosificaciones, y las cuales fueron lanzadas a la luz pública en los hospitales desde hace mucho tiempo.

Es una costumbre, que no podríamos practicar nosotros todavía, la de que los profesores universitarios escriban sus propias obras: los profesores de Química en las Escuelas de Medicina, extranjeras escriben las suyas, y son por lo general médicos: e: Dr. Robert Chappel **Holland,** es autor de una de las mejores Químicas Médicas y Fisiológicas que se han escrito en los Estados Unidos.

El estudiante de **medicina** ' nuestro, se felicita de haber pasado Química, en un elemental curso único de Química Biológica y mientras no lleguemos a tener médicos especialistas, no comprenderá el error en que se encuentra, ni procurará trabajar por que su Plan de Estudio mejore en el estudio más completo de tal materia.

Probémoslo de manera precisa e indiscutible: demostremos que el arma del médico, no es otra que las sustancias medicamentosas, sean éstos de origen vegetal, animal o mineral: que no puede el estudio de Materia Médica (entre nosotros de seis meses) llevar ante los ojos del estudiante todas las sustancias químicas que más tarde se verá precisado a recetar, que, el por qué de las cosas, dá más fuerza a los conocimientos científicos y separa **a** los empíricos de los técnicos: que el que copia fórmulas, no es médico.

Los Planes de Estudio extranjeros comprenden para el estudiante de medicina la Química General, Médica, Analítica, Fisiológica: para nosotros un solo año, de Química Fisiológica. Si hemos de prescribir Acido Nitro-Muriático, Binoxalato de Potasio, Sesquicarbonato de Amonio. Cloruro de Calcio o de Cal, etc.. debemos conocer la constitución química de estos compuestos, para recordar sus propiedades: éstas son consecuencia de las características de los elementos que las forman: Si hemos de prescribir una preparación farmacéutica oficial en las farmacopeas del mundo, digamos, Liquor Calcis, Syrupus Calcis, Mistura Magnesiae. liquor potassi arsenitis, liquor acidi arsenosi, Hydrargyrum Ammoniatum, etc., debemos saber a fondo sus efectos fisiológicos como consecuencia del conocimiento que tenemos de los elementos que forman cada uno de sus ingredientes... ¿necesitamos en realidad demostrar la utilidad de la Química en los estudios de medicina?

Los Doctores Carlos Romero y Ricardo D. Alduvín especializaron en Química: sus conocimientos' en ella son vastos: entre nuestros médicos, jóvenes hay muchos que también se dedicaron a tan interesante estudio y sus recetas son variadas y uniformes: no hay ninguna discrepancia entre las características y las **reacciones** fundamentales de las sustancias químicas que las forman: ha sido en los últimos cinco años que desapareció del Plan de Estudios nuestro la Química Analítica y la Médica.

Para que no sea un mero auto sugestión nuestra, creer que facultamos médicos de una preparación igual a los extranjeros, debemos repasar nuestro plan de estudios.

Debemos asegurarnos de que damos la oportunidad entera al estudiante para obtener el más alto grado de instrucción, quitando las clases que teorizan demasiado, sin consecuencias satisfactorias, y agregando las que le dan como dijimos antes el arma limpia y fuerte con la cual luchará contra las enfermedades.

El mercado de drogas* ha sido inundado por preparaciones farmacéuticas, de base puramente química, las que son prescritas a diario, conociéndoles sus propiedades terapéuticas, sin apreciar sus componentes o elementos, casi siempre por la ignorancia de la Química. La complejidad de la Atebrina, Plasmo quina, Yatrén, Estovarsol, Treparsol, gardan, compral, fanodormo. rivanol, paroxil, tripaflavina, hexilresorsinol, etc., preparaciones todas de efectos conocidos, pero rara vez de composición completamente apreciada por el facultativo, dan la razón a nuestras **aseveraciones;** y los Comités Directivos de las Universidades Americanas, que establecen cursos completos de Química para los estudiantes de medicina.

Guillermo E. Durón.

La importancia del depósito de sangre para la patología (1)

Por el Prof. Hans Eppinger,
Director de la Clínica de la
Universidad de Colonia.

El concepto "depósito de sangre" fue dedicado por Barcoft exclusivamente al bazo en su calidad de almacén de eritrocito 3. Hoy S3 impone la ampliación cíe su significación, ante les descubrimientos hechos en los dominios de la circulación, tanto por el mismo Barcoft, como por otros investigadores. Es necesario añadirle no sólo cuestiones de la hemodinámica, sino también problemas bioquímicos como la regulación de la composición química de la sangre. Así se comprende desde ahora, no obstante las muchas cuestiones que están todavía por aclarar, el importantísimo papel que desempeñan los diversos depósitos de sangre en *¿u* intervención mancomunada &n la vida normal y la patológica.

Durante su estancia en América del Sur, dedicada al estudio de la cantidad de sangre de los moradores de las regiones altas de los Andes, fue descubierto por Barcoft el problema del depósito de sangre. Bajo la influencia del calor ecuatorial, aumentaba de manera sorprendente la cantidad de sangre: pero los experimentos de diaforesis daban los mismos resultados,, se pudo excluir la ***neofoc-***

11) *Relato de una Conferencia pronunciada en el Congreso de Ciencias de Wiesbaden* (1932) *según la Klinische Wochens-**chift*** 1932.

mación de sangre como causa. Con sus .' clásicos experimentos en animales, demostró Barcoft, que el bazo puede mantener sangre apartada de la circulación y devolverla a ella bajo la influencia de ciertos estímulos (aumento de la temperatura externa, trabajo). La hipótesis de Barcoft, la de las "puertas" que mantienen el depósito de sangre, ha sido -confirmada en la conformación anatómica del bazo, en las válvulas capilares descubiertas por Schweiger-Seydel y en las esclusas de contención de los grandes vasos descrita por Henschen. Las investigaciones de Krogh, las cuales demuestran que según el rendimiento momentáneo de los órganos varía más o menos la circulación, señalan ya la existencia de depósitos y confirman la importancia de los hallazgos de Barcoft. La diferencia de la cantidad de sangre que se determina in vivo y post mortem se explica por la existencia de depósitos de sangre. El aumento de la cantidad de sangre en el hombre durante el trabajo intenso, desde 70 a 90 c. c. aprox. por cada 10 kilos de peso, demuestra que en el hombre deben de intervenir otros depósitos de sangre además del bazo (capacidad 200 ce.), al contrario de lo que se comprueba en el perro (capacidad: hasta 1/5 de la cantidad total de sangre). En cuanto al hígado, como depósito de sangre, son de citar las investigaciones de Rein sobre la determinación de la velocidad circulatoria en este órgano con el hidrómetro; sobre el mecanismo anatómico del hígado a este respecto, han sido descritas por Pick y sus colaboradores singulares fortificaciones de la musculatura mural en el dominio de las venas centrales, las cuales se encuentran solamente en los. carnívoros y en el hombre: estos refuerzos musculares pueden determinar modificaciones del. lumen y contener desembocaduras de vasos menores (Popper)_ Elias demostró que estos mecanismos son accesibles a los estímulos. Mecanismos análogos han sido comprobados en las venas de las glándulas suprarrenales (Maresch), pulmones (Joanoviez) y glándula tiroides (Popper) . También constituye un depósito la extensa región de la porta, según la resistencia existente en el hígado. Wolheim encontró que la red capilar subpapilar de la piel puede contener hasta el 30 % de la cantidad total de la sangre (confirmado por los últimos hallazgos de Barcoft. Todavía no se sabe con seguridad si la sangre de depósito es retirada por completo de la circulación o si se efectúa un paso muy lento por el depósito.

La función normal del depósito de sangre es de mayor importancia para los procesos vitales; su fracaso resulta extraordinariamente dañino para la función normal de los órganos. En el colapso (intoxicación por la histamina. peptona, shock anafiláctico) se produce una disminución muy notable de la sangre circulante; como depósito se encuentra sobre todo la región de la porta; en el cuadro histológico se comprueba que los citados mecanismos de bloqueo estrechan y desplazan las venas hepáticas. El colapso por exclusión de los vasomotores (cocaí-

na, sección de los nervios depres y esplác.) se debe a la acumulación de la sangre en los paralizados capilares. Esta forma se comprueba también en los animales que carecen de mecanismos del bloqueo. También se puede provocar colapso por la colocación del cuerpo en posición vertical, por causas mecánicas, cierta flexión de la porta. Las anguilas mueren dejándolas en posición vertical **(Keith)**; también los conejos puestas en posición vertical entran en colapso (Eppinger), y hasta el hombre - sano tiene 'menos cantidad de sangre circulante mientras se halla en pie. La salida de plasma de la vía circulatoria, que se encuentra siempre en los estados ulteriores del colapso, es causa principal en el colapso consecutivo a graves daños tisulares; por su manifestación al cabo de algunas horas, esta salida de plasma no puede ser motivada por la histamina que se pudiera haber formado en los tejidos dañados. En este grupo debemos incluir también el colapso a raíz de las quemaduras. (Hay que prevenir contra toda lesión innecesaria de los tejidos en las operaciones, porque entonces se produce colapso por parálisis de los vasomotores) .

Para la terapéutica se deben emplear todas las medidas capaces de aumentar la sangre circulante. Calor, inhalaciones de ácido carbónico, posición horizontal, presión sobre el abdomen. Adrenalina, pituitrina, tiroxina, etc.. disminuyen los depósitos sanguíneos. Tal vez tengan si mismo efecto también el alcanfor, la cafeína y la estricnina.

Entre la sangre circulante y el volumen minuto existe en el sano cierta relación con el cociente 1,06. En los cardíacos decompensados se registra aumento de la cantidad de sangre con disminución del volumen-minuto; el cociente asciende a 2 y más. El aumento de la sangre podría ser una mera insuficiencia de depósito, pero es más probable un verdadero aumento.

En los depósitos de sangre se produce aumento de los eritrocitos por la salida de plasma (Barcoft, Wolheim, Krogh). En vista de que la evacuación de los depósitos no determina aumento de los glóbulos sanguíneos, ni al llenarse los mismos se produce disminución de estos glóbulos, sino más bien todo lo contrario, se hace necesaria la suposición de depósitos de plasma. Experimentos de compresión de las venas hepáticas con aumento de volumen del hígado y fuerte ascenso del flujo linfático, permiten identificar el hígado y la región de la porta como mecanismo de regulación y depósito de plasma; ensayos efectuados con vendas de compresión y observaciones del aumento de volumen de los pies en las personas paradas y en pie durante algún tiempo permiten suponer que casi todos los tejidos tengan propiedades más o menos marcadas de deposito. Pero el depósito más importante debe de hallarse aquí también en la dilatación capilar. En el colapso experimental registró Eppinger fuerte descenso de los leucocitos y trombocitos por adhesión de las células a las paredes, a causa de la lentitud circulatoria. Con el restablecimiento ascendieron otra vez las cifras. Lo mismo pudo observar

COLEGIACIÓN MEDICA

Publicamos a continuación el Decreto-Ley, dictado por el gobierno que preside el doctor Ramón Grau San Martín sobre la colegiación obligatoria de la clase médica, que ha sido recibida con gran satisfacción por nuestra profesión.

DECRETO Nº 1703.

Por cuanto: — Hace más de veinte años que existían en la República agrupaciones locales de médicos conocidas con el nombre de Colegios Médicos, entre ellas el de la Habana, que con el nombre de Colegio Médico de Cuba figuraba inscripto en el Gobierno de la Provincia y que en el año 1925 se organizaron Colegios Médicos en cada uno de los Términos Municipales de la República, constituyéndose así la Federación Médica de Cuba, a la que se incorporó el Colegio Médico de Cuba reconocido por el Decreto Presidencial de fecha 10 de julio de 1914 como institución de utilidad pública en reconocimiento a los servicios sanitarios y profesionales prestados, otorgándole carácter oficial para emitir informes y consultas en los asuntos que a su consideración y estudio sometieran los organismos del Gobierno.

Por cuanto:—A estas funciones de carácter oficial, a las que presta la Federación Médica de Cuba su eficaz y desinteresada cooperación, se agrega el noble propósito de combatir el ejercicio ilegal de la profesión arraigado en algunas comarcas de la República, explotando la ignorancia y la superstición, con daño manifiesto de la verdadera medicina y con peligro inminente para la salud pública.

Por cuanto:—-Los peligros que afectan a la salud pública por la práctica ilegal de la Medicina pueden evitarse disponiendo la-Colegiación Médica obligatoria en un organismo que, como la Federación Médica de Cuba, tenga por fin y objeto entre otros, impedir y perseguir el intrusismo profesional.

Por cuanto:—A mayor abundamiento, ya existe en Cuba colegiación obligatoria de Abogados, establecida por el Artículo N? 238 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, la que ha dado muy buenos resultados por la fiscalización constante y directa de la actuación profesional de una clase, por los integrantes de la misma.

en personas colocadas en estado de reposo absoluto investigadas primero en pie y después acostadas.

Los hallazgos e hipótesis que aquí se citan permiten reconocer que las funciones de los depósitos de sangre en su complicada colaboración ofrecen ya interesantes panoramas de la función normal y patológica del organismo, no siendo de dudar que el perfeccionamiento de estos conocimientos llegue a tener la mayor importancia para el diagnóstico y la terapéutica en general.

Volker (Hamburgo).

De Revista Germano Ibero-Ame r i cana.

Por tanto:—Es el espíritu de este Gobierno Revolucionario reconocer las asociaciones de carácter profesional existentes en la República que sean la legítima representación de su clase.

Por tanto:—En uso de las facultades de que estoy investido y oído el parecer del Consejo de Secretarios,

RESUELVO:

Primero:—La Federación Médica de Cuba, actualmente inscripta en el Gobierno de la Provincia de la Habana, al amparo de la Ley de Asociaciones, queda reconocida como el organismo legal a que se refiere este Decreto y se denominará en adelante Colegio Médico Nacional.

Segundo:—El objeto del Colegio Médico Nacional, se contrae fundamentalmente a cuanto concierne el ejercicio de la profesión médica y de un modo especial a los fines siguientes:

A) .—Enaltecer el ejercicio de la profesión médica, mantener el decoro, disciplina y fraternidad de los médicos que pertenezcan a él.

B).—Defender a los médicos perjudicados injustamente en el ejercicio de su profesión.

C).—Velar por la protección y defensa de los intereses profesionales y -adoptar cuantas medidas estime convenientes a los fines de la Asociación.

D).—Gestionar las reformas legislativas que considere beneficiosa introducir en la legislación vigente, en relación con la clase médica.

E).—Evacuar los informes que pidan el Gobierno y los Tribunales de Justicia.

F).—Procurar por los medios a su alcance que los cargos o plazas que deban ser desempeñados por médicos tengan una adecuada remuneración.

G).—Gestionar todo cuanto tienda al mejoramiento cultural, moral y material de la clase médica.

Tercero: — El Colegio Médico Nacional, podrá, establecer sus Estatutos y Reglamentos sin otra limitación que la de no variar los fines que se le reconocen por este Decreto y el contenido de su Código de Moral, para lo cual será indispensable la aprobación del Poder Ejecutivo.

Cuarto:—-El Colegio Médico Nacional de Cuba podrá nacer efectivas las cuotas o medios de sostenimiento que aprueben sus organismos competentes. La cuota deberá ser igual para todos *los* asociados y no podrá exceder de treinta y seis pesos anuales.

Quinto:—Para ejercer la profesión de Médico Cirujano en el territorio de la República, es indispensable poseer el título correspondiente expedido por la Universidad de la Habana, o **haber** revalidado en la misma el título expedido por una Universidad extranjera, y estar inscripto como miembro activo en *el* Colegio Médico Nacional de Cuba.

Sin estos requisitos tampoco podrá ningún médico desempeñar cargos públicos relacionados con su profesión.

Los médicos que en cualquier forma ejerciesen su profesión sin estar previamente inscriptos en el Colegio Nacional de Cuba, incurrirán en el delito previsto y penado en el Artículo N? 339del Código Penal.

Sexto:—Todo médico que no resulte inscripto a la promulgación de este Decreto, deberá solicitar su inscripción en el Colegio Médico Nacional por conducto del Colegio Médico de su residencia,, dentro del término de diez días después de la publicación en la GACETA OFICIAL de la República, la que no podrá denegársele sino por causas justificadas que le hagan desmerecer en el concepto público o en la ética profesional, previo expediente con audiencia del interesado.

El Colegio Médico Local deberá resolver la solicitud de inscripción en un término no mayor de veinte días a partir de su presentación, y en contra a su negativa el interesado podrá establecer recurso de alzada ante el Comité Ejecutivo del Colegio Médico Nacional, dentro del término de cinco días, excepto a Camagüey y Oriente que tendrán diez, el cual deberá resolver en un plazo de veinte días.

Séptimo;—Contra la denegación de inscripción del Comité Ejecutivo podrá el interesado establecer recurso en última instancia dentro de cinco días para ante la Sala de Gobierno de la Audiencia de la Habana. El expediente formado será elevado a dicha Sala no después del tercero día de interpuesto el recurso, y el Tribunal, oyendo por término de diez días y por escrito a las partes, dictará la resolución procedente dentro de los diez días siguientes. Esta resolución pondrá termino al expediente.

Octavo:—El Colegio Médico Nacional de Cuba juzgará y fallará los expedientes que se inicien contra sus miembros por infracción del Código de Moral, Estatutos, Reglamentos y demás acuerdos de la Institución, imponiendo al efecto las sanciones que se establecen en los mismos.

Noveno:—Contra las resoluciones del Colegio Médico Nacional dictadas de acuerdo con las prescripciones de sus Estatutos y Reglamentos, cabrán las apelaciones que específicamente establecen sus Estatutos y Reglamentos. En el caso que se impongan sanciones de suspensión en el ejercicio de la profesión por más de sesenta días se dará, además, la alzada a que se contrae el Artículo Séptimo de este Decreto.

Décimo:—Este Decreto estará en vigor al día siguiente de su publicación en la-GACETA OFICIAL.

El Secretario de Sanidad y Beneficencia queda encargado del cumplimiento del presente Decreto en todas sus partes.

Dado en el Palacio de la Presidencia, en la Habana, -a los 18 días del mes de septiembre de mil novecientos treinta y tres.

Ramón Grau San Martín,
Presidente.
Dr. Carlos E. Finlay,
Srio. de Sanidad y Beneficencia.

El tratamiento de de la Diabetes Insípida

En el *Journal of the American Medical Associáation,* del 18 de - marzo de 1933, William Chester y Louis Spiegel estudian el tratamiento de la diabetes insípida hereditaria. Estos autores hacen notar que la diabetes insípida puede separarse en dos grupos o tipos: (1) la secundaria o sintomática, y (2) la primaria o idiopática, que incluye los casos hereditarios. Parece que la diabetes hereditaria fue descrita por primera vez por Lacombe en 1841. Weils comunicó que la diabetes insípida ocurrió en 35 miembros de un grupo de una familia que constaba de 119. Chester y Spiegel comunican tres casos:

Caso 1: Señora casada, de 33 años de edad. Se sabía que su padre había tenido diabetes insípida. La madre vivía y gozaba de salud. Las abuelas paterna y materna y una tía materna tenían diabetes insípida. La paciente tuvo en su infancia enfermedades moderadas propias de esa edad y ¡había sufrido frecuentes infecciones del aparato respiratorio superior. Tiene tendencia al estreñimiento y su carácter es algo inestable. Le hicieron una apendectomía en mayo de 1931. Su menstruación es normal.

Un hijo de la paciente, de su primer matrimonio, tiene diabetes insípida, y también uno del segundo matrimonio. La ingestión y excreción de líquido de la paciente aumentó al doble durante sus tres embarazos, y después del parto volvía al nivel anterior. Desde el tiempo en que la enferma puede recordar, siempre ha tenido poliuria nocturna y diurna, polidipsia y polaquiuria, y la cantidad de líquido que ingiere y excreta varia de 8 a 15 litros en veinticuatro horas. Se siente mejor en el invierno que en el verano, y sus síntomas son menos marcados cuando vive en un clima más bien frío. Suda poco aun cuando haga algún ejercicio.

El examen físico es esencialmente negativo. La reacción Wassermann, de la sangre, es negativa. El azúcar de la sangre, el nitrógeno de la urea, el ácido úrico, el colesterol, el total de grasas, el calcio y el fósforo, los cloruros, el total de proteínas, todo se encontró normal. Lo mismo la tolerancia de azúcar, la cuenta de la sangre y la proporción metabólica basal.

Los exámenes repetidos de .'a orina mostraron una gravedad específica baja, que variaba de 1.003 a 1.006, con reacción neutra y numerosas células epiteliales. Por lo demás eran negativos. El roentgenograma del cráneo fue negativo.

Siendo imposible internar a la paciente en un hospital se le dijo que tuviera cuidado de medir la cantidad de líquido que tomaba y la del que expelía. Después de un período de control, satisfactorio, se le administraron dosis de extracto pituitario para hacer una prueba. Se encontró que con 1.2 a 2 ce, divididos en dos dosis y administrados por la mañana y antes de retirarse, tanto la ingestión como la excreción de líquido disminuía de 12 litros a 3 o 4 y la paciente podía

pasar toda la noche sin tomar nada y sin hacer ninguna emisión urinaria. Después se **sustituyó** esto (las inyecciones hipodérmicas) por una solución de pituitaria como rocío nasal (0.5 ce. tres veces al día, tomando la última dosis antes de acostarse). Los resultados fueron igualmente halagadores. En varias ocasiones, al agotarse la droga que se tenía en existencia volvían la sed excesiva y la poliuria. Esta paciente estuvo bajo observación, de enero a junio de 1932, y el síndrome de la diabetes insípida se llegó a dominar mediante rocíos nasales de solución de pitituaria.

Caso 2: Niño de 14 años de edad, hijo de la paciente descrita bajo la denominación de Caso 1. Al nacer pesaba 5 kilos y **fue** extrído por medio de instrumentos. Sarampión -sin complicaciones y tos ferina. La poliuria, polidipsia, polaquiuria **y** 1?. enuresis nocturna se notaron por primera vez cuando tenía 5 años. La ingestión y excreción de líquido era, por término medio, de 12 a 15 litros en veinticuatro horas, la poliuria y la polidipsia nocturnas variaban de 3 a 5 litros. Los autores no han tenido oportunidad de examinar a este niño.

Caso 3: Niño de 7 años de edad, hijo también de la paciente Caso 1, pesaba algo más de 3 kilos al nacer y fue extraído por medio de instrumentos. Por dos meses lo estuvo criando la madre, pero al cabo de este tiempo tuvo que destetarlo **porque** estaba muy irritable y según se podía ver no quedaba satisfecho con la leche materna. Durante los dos últimos años ha tenido polidipsia y enuresis nocturna y diurna, y a últimas f echa-s la enuresis diurna se ha vuelto nocturna solamente.

El examen físico fue negativo. El azúcar de la sangre, el nitrógeno de la urea, el colesterol, el cloruro y el calcio, todo era normal, excepto por la gravedad específica, que era de 1.002 a 1.006. El roentgenograma mostró una ligera exageración de marcas digitales normales. La silla turca era normal. Los dos antros no se veían muy claros.

La terapia pituitaria (0.5 ce. de solución de pituitaria) administrada antes de retirarse hizo menos frecuente el punto de partida del cambio del agua, y con esto desapareció la enuresis.

Los autores hacen notar que la diabetes insípida secundaria o sintomática puede estar asociada con lesiones anatómicas patológicas en la 'base del cerebro, que complican la glándula pituitaria, las estructuras del cerebro medio, o, lo que es más raro, una y otras. Las lesiones en la hipófisis son más frecuentes, y a veces se extienden mas allá de los confines del lóbulo posterior hasta la llamada pars intermedia y aun hasta el lóbulo anterior. Se cree generalmente que el factor de la diabetes insípida es un trastorno en el sistema pituitario y el cerebro medio.

La etiología de la diabetes insípida primaria o idiopática *es* desconocida. En el tipo hereditario son extremadamente raros los informes necroscópicos. Los autores dicen que para apreciar la sintomatología de la diabetes insípida hereditaria es necesario considerar el papel de los riñones en la regulación del

equilibrio -acuoso. Se cree que en los niños de pecho los riñones desempeñan un papel relativamente menor en la regulación del cambio del agua, y que los factores importantes son la piel y el tracto gastrointestinal. En niños de más edad disminuye la pérdida de agua por la piel y la respiración, y como a los dos años de edad los riñones asumen mayor importancia en el cambio citado. Por esta razón varía tanto la sintomatología en la infancia y en la vida adulta.

Se dice que los signos importantes en la infancia son la inconformidad con la leche materna, marcada inquietud y **vigilia** nocturna que sólo se alivian con la ingestión de agua. Como a los dos años de edad aparecen los síntomas asociados comúnmente con la diabetes insípida. Entonces se descubren la poliuria diurna y nocturna, la polidipsia, a menudo polaquiuria, y enuresis, que primero es diurna y nocturna, y subsecuentemente sólo nocturna. La enuresis puede persistir aun en la vida adulta. Según Weil los síntomas de la diabetes insípida hereditaria alcanzan su mayor extensión entre ¡os veinte y treinta años de edad, y disminuyen después de los cincuenta.. Estos pacientes pueden tomar tanto como un litro de agua por hora.

Los pacientes de diabetes insípida pueden llegar a acostumbrarse a las molestias e inconveniencias y conformarse enteramente con su suerte. Su sed les exige enormes cantidades de agua, y al restringirse la ingestión de ésta, puede ocurrir como consecuencia la intoxicación que causa el agua. Cuando se le niegan fluidos al paciente, puede ponerse inquieto e irritable y quejarse de llamaradas y dolores de cabeza. Según Weil, **una** restricción de proteína y sal en la dieta disminuye la sed y la poliuria. Reith comunica haber obtenido una mejoría en el cuadro clínico mediante grandes dosis de valeriana. En un caso so obtuvo la mejoría después de una punción lumbar. Algunas veces se alivió la sed con baños fríos.

Los autores concluyen que en los casos estudiados por ellos, la solución de pituitaria, administrada por inyección hipodérmica y como rocío nasal, hizo disminuir de modo notable la cantidad de agua ingerida y excretada y logró dominar enteramente el síndrome de la diabetis insípida.

Sobre interrupción terapéutica del embarazo

El Dr. Morales desacredita "con entusiasmo el nuevo procedimiento denominado de interrupción terapéutica del embarazo, sobre el que quise solamente "llamar la atención."

Soy contrario a la polémica sin fin práctico alguno y sobre todo cuando como en el presente caso, el A. no ofrece experiencia personal alguna.

De todos modos, con el objeto de poner en claro las citas que el A. hace en su artículo, y desvanecer las dudas que Hubiera podido sugerir a los médicos prácticos, *voy* a aclarar cada uno de sus párrafos.

El A. hace resaltar mis términos "gran eficacia y absoluta inocuidad."

Creo que quien haya leído la copiosa casuística del tema no podrá dudar de la "gran eficacia" del método. Reconozco sí, que "absoluta inocuidad" puede considerarse un término algo exagerado, pero al escribirlo he pensado en la relatividad de las cosas humanas y más aún de las que a la medicina se refieren.

Nos cuenta el A. que a raíz de las primeras publicaciones hubo de "ponerlo en práctica," pero ahora que conoce casos desfavorables necesita "datos más concluyentes," aconsejando "abstenerse de llevarlo a la práctica."

He meditado largamente sobre la posibilidad de obtener "datos más concluyentes" si todos los especialistas pensaran en "abstenerse de llevarlo a la práctica"" y francamente no he podido imaginarme tal maravilla.

En uno de sus últimos **párrafos** previene sobre los peligros del método si "se generalizara y lo practicaran no **especializados,** parteras y aún profanos." Con , ese criterio estaríamos obligados a mandar destruir todas las cu-retas existentes en el mundo, dado los peligros que implica este instrumento en manos de "parteras y profanos."

Entrando en materia, el A. cita a Otto (1), con quien tuve oportunidad de conversar sobre Interruptin en mi visita al Barmbeck Hospital, que es contrario **al** procedimiento. Es de lamentar que al citarlo y hacer notar que hace "consideraciones por cierto no muy favorables" no nos haya participado el Dr. Morales que en los 24 casos de Otto no hubo *ningún desenlace fatal.*

A continuación nos habla de Sachs (2), quien dice que "no debe ser empleado sino en las clínicas, pues en el curso del aborto pueden producirse hemorragias que exijan la inmediata intervención del médico."

El A. no participa que Sach[1]? dice además que "la hemorragia en el aborto fue pequeña y obligó a extraer la placenta 2 veces" sobre los 20 casos por él tratados, que según "las experiencias[1] propias, el medicamento es superior a los métodos anteriores," y que el "transcurso del aborto

---

(*) A propósito de un artículo del mismo título, publicado por el Dr. Julio Manuel Morales, en el N? 199 de la *Revista Médica Latino-Americana,* refiriéndose al aparecido en el Nº 197.

no tuvo diferencia con un aborte espontáneo."

El A. dice a continuación que Sachs debió "proceder a una exploración intrauterina o a un curetaje," pero omitió agregar que lo hizo porque no pudo "comprobar siempre si el aborto era o no completo." No nos ha dicho además que Sachs considera como "ventajas del método." 19 Se evita la dilatación con sus peligros de infección, ruptura, etc.

29 Expulsión espontánea del fruto, evitándose tratamiento operatorio intrauterino.

3? No se necesita anestesia.

4? Aunque después del aborto fuera necesario hacer raspaje, hay pocos peligros, ect., etc.

El A. trae la opinión de Kleemann (3) sobre 9 casos. Dice que "el 79 caso, hizo fiebre y absceso de Douglas" y yo agrego que **esto** sucedió después de un "curetaje y tres días de apirexia."

"El 8[1]? fue aún más desagradable, elevada temperatura y después de 14 días un cuadro de infarto pulmonar que la retuvo 6 semanas en el servicio."

Yo agregué que Kleemann manifiesta que la enferma presentaba un cuadro "que no podía ser otra cosa que un infarto pulmonar" y recordaré además que se trataba de una *tuberculosa pulmonar de ambos vértices.* Y más adelante consigna que "un absceso de Douglas" y un "infarto pulmonar séptico puede suceder en cualquier intervención."

El 99 "fue desastroso; veinte minutos después fallece la enferma y la autopsia comprueba una embolia grasosa." Ya el A. hace notar más adelante que el Interruptin nuevo no contiene grasa y yo aconsejaré ilustrarse con la lectura de H. v. Seemen (4) en su informe sobre la embolia grasosa.

En cuanto a Reiprich (5) debe haberle pasado por alto el hecho de haber trabajado con "Provo**col.**" A pesar de ello, haré notar el desastre, pues "solamente de la administración de quinina v timofisina se logró la expulsión del huevo" y "en casos se hizo necesario el curetaje posterior.""

"Schiller (6) informa sobre un caso de embolia fulminante consecutiva al uso del Interruptin" y agrega que es "sorprendente que mientras el inventor lo empleaba *(en miles de casos)* nunca se ha oído algo de tales experiencias. "

En cuanto a Fels (7) sólo ha trabajado con Provocol; no me detendré sobre el particular.

Se refiere luego al caso de Baumm (8), con una muerte consecutiva al uso del **Interrup**tin. Es lamentable que no haya relatado también que "se trataba de una embarazada de 4 a 5 meses, *que perdía sangre desde algún tiempo.* Al fin decidió el colega interrumpir el embarazo."

Siento que el A. cargue al preparado las consecuencias de una mala indicación por la ignorancia de lo más elemental para la aplicación del mismo: el conocimiento de sus indicaciones y contraindicaciones. Le hubiera bastado leer el prospecto donde se aconseja no usarla en "abortos ya iniciados, hemorragias, etc."

Rosenstein (9) a quien no cita el Dr. Morales (a pesar de tomar la palabra a continuación de

Baumm en la misma reunión de la Sociedad de Ginecología de Breslau), dijo que "el caso explicado por Baumm no fue por culpa del método porque ya no se trataba de un embarazo intacto, sino de un aborto iniciado."

Engelmann (10) se muestra efectivamente receloso en el uso de Interruptin, pero en el trabajo que por pedido de la dirección del "Deutsche Medizinische Wochenschrift" publicó, dice haberlo empleado "8 veces durante un año.'" "Hemos podido confirmar las observaciones de Leunbach y otros -autores que las inyecciones no presentan dificultad alguna, que después de 12 a 24 horas empiezan los dolores de parto, que a menudo son poco dolorosos, se dilataba bien el cuello uterino," etc., etc.

Después de hacer un análisis de los casos fatales, considera su causa por "embolias grasosas o por embolias gaseosas." Agrega que la embolia gaseosa se **puede** evitar, como dice Sachs con una técnica y medicamento correctos **y** que en cuanto a la embolia grasosa "el medicamento Interruptin nuevo, preparado según indicaciones de Sachs, está libre de grasa y no permitirá un resultado fatal."

Finalmente cita a Brack (1), quien menciona 2 muertes por embolia. Sólo agregaré por última vez que Brack dice "embolia grasosa" y que el nuevo Interruptin no contiene grasa.

Como ya he dicho al principio, el tema es de actualidad y *se* suceden las comunicaciones con el aporte de las observaciones de cada cual.

Sellheim (12) manifiesta que "para renunciar al medicamento sus ventajas son demasiado grandes" y Hannes (13) hace un sereno estudio del estado actual de la interrupción del embarazo.

Se formula la pregunta si "tiene el método de pasta en frente a otros 'métodos de aborto artificial ventajas evidentes," manifestando que "esta pregunta hay que contestarla afirmativamente en varios sentidos."

Diré con Hannes que "el método de Interruptin no es doloroso; es eficaz 3' en razón de las reflexiones y experiencias hechas no es más peligroso que todos los otros tratamientos y métodos para el aborto artificial." Sus inconvenientes derivan "quizá por la intervención de la mano del hombre contra lo que la naturaleza ¡**hace.**"

Doy por terminada esta pequeña aclaración, colocando un *punto final definitivo.*

BIBLIOGRAFÍA

(1) *Otto:* Erfahrungen **über-**die operationslose Unterbre**chug** der Schwangerschaft mit Interruptin. "Zent. f. **Gynak" N°** 2, 1932. S. 112.

(2) Sachs: Ueber die Verwendung der Interruptins in der Geburtschilfe. "Zent. f. Gynak. Nº 39. 193L S. 2897.

(3) *Kleemann:* Erfahrungen mit Interruptin. "Zent f. Gynak". N? 5, 1932, S. 304 u. 307.

(4) *v, Seemen:* Untersuchung" über das Blutfett; Beitrag zur Fottembolie. "Zent. *f.* Gynak." Nº 20, 1932. S. 1263.

(5) *Reiprich:* Diskussion über Erfahrungen mit Interruptin. "Zent, f. Gynak." N° 5, 1932, S. 305.

(6) *Schiller:* Diskussion über Erfahrurigen **mit** Interruptín. **"Zent** f. Gynak." Nº 5, 1932, S. 305.

(7) *Fels;* Diskussion über Erfahrungen mit Interruptin. "Zent. f. Gynak.," Nº 5, 1932, S. 305.

(8) *Baumm:* Diskussion über **Erfahrimgen** mit Interruptin. **"Zent.** f. **Ginak.", Nº** 5. 1932, S. 306.

(9) *Rosenstein:* Diskussion über Erfahrungen mit Interrup tin. "Zent. f. Ginak.". N° 5, 1932, S. 308.

(10) *Engelmann*: Ueber die Gefabren des Interruptins. "Zent

(12) *Sellheim:* Vorzüge und f. Ginak.", N° *2,* 1932, S. 119.

(11) *Brack:* Mitteilung über zwei Todesfalle bei Anwendung von Interruptin. "Zent. f. Gy- **nak.",** NP 2, 1932, S. 122.
Gefahren der Schwangerschaíts-zertorung mittels Salbeninjek- **tion.** "Zent. f. Gynak.", Nº 12 1932, 8. 751.

Í13) *Hannes:* Gibt es unge- **farliche** Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung Nº 15, 1932, S. 947.

(Del Folleto enviado por el Dr. Roberto Gandolfo Herrera para su publicación en esta Revista.

UNA CUESTIÓN MÉDICO-LEGAL

En los primeros días del mes de diciembre de 1932, tuve oportunidad de asistir a la Sal-a de Operaciones del Hospital Ependorf de Hamburgo y presenciar entre una infinidad de intervenciones que allí se practicaban, una castración doble en un sujeto de magnífica constitución, alto, robusto, de aspecto elegante, hermoso, de unos 30 años.

Se castraba a un individuo perfectamente sano, lo cual me causó un verdadero asombro.

Mi extrema curiosidad me llevó a investigar el por qué de -aquella cruel operación. Se me respondió de la siguiente manera: es un hombre que ha cometido el delito de violación en niñitas de menos de diez años por tres veces. Los tribunales de justicia lo han condenado a prisión perpetua y trabajos forzados. En presencia de tan enorme pena *el* Juez le propone como único medio de conquistar la libertad consentir en una doble castración. Sin meditar mucho el reo consiente y esa es la causa porque se realiza la operación.

Quedan al buen juicio del lector los comentarios que suscita tan extraña solución del magistrado y del delincuente.

S. P. P.

ALBERT CALMETTE

(1863-1933)

La ciencia debe a Calmette muy considerables servicios. Fuera de la inmensa obra realizada por el sabio en el laboratorio ~ comenzada sin ninguna guía, — Calmette, como Pasteur, del que más tarde había de ser su discípulo, quiso poner la bacteriología al servicio de la industria y de la tecnología sanitaria. En los Institutos Pasteur de Saigón,Lille y París, Calmette fue un infatigable investigador.

El nombre de Calmette permanecerá unido a tres de las conquistas más importantes logradas en la lucha para la preservación de la vida: por el descubrimiento del nuevo suero antivenenoso, millares de vidas han sido y serán salvadas de una muerte **atroz;** por la creación de los dispensarios de higiene social, dio una organización eficaz no solamente a la campaña emprendida contra la **tuberculosis** y contra la ankilostomiasis, sino también en la lucha contra todos los azotes que amenazan la salud; finalmente, por la preparación (en colaboración con Guérin) de la vacuna antituberculosa, abrió el camino para una revolución sanitaria aun más considerable que la *que con* la vacuna antivariólica debemos a Jenner. Pensemos que una persona entre cada seis o siete presenta en un momento determinado de .su existencia signos clínicos de tuberculosis, que todos los años sucumben en el mundo dos millones de seres humanos arrebatados por la "peste blanca" y que **la** asistencia a los tuberculosos devora miles de millones. Podra asi calcularse todo lo que significa para la humanidad el descubrimiento, fruto de veinte perseverantes años de estudios, de la vacuna Calmette-Guérin (B C. G.)

Calmette ha muerto en pleno trabajo, en plena fuerza y en plena gloria. La pérdida que representa su desaparición prematura es inmensa; irreparable **pars** todos aquellos que dirigía y **ayudaba.**

Calmette había reconocido el considerable papel que la **Cruz** Roja puede desarrollar en favor de la salud pública. Su participación en la Conferencia de Cannes, que en 1919 formuló el programa de paz de la Cruz Roja. su asidua asistencia a las reuniones del Comité médico consultivo de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y, finalmente, su brillante colaboración en el '■Boletín" de la **Liga,** son otras tantas' pruebas del sincero interés que el ilustre hombre de ciencia concedía a la obra de la Cruz Roja.

Lloremos con su pérdida, no sólo al sabio que la humanidad honrará a través de los siglos, sino también a uno de los más insignes servidores de la **Cruz** Roja.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja,2, Avenue Velásquez, París. VIIIe.)

Paludismo y Serorreacción de Kahn

Voy a hablaros sobre un tema que ya nuestro distinguido colega Dr. Alduvin escribió sobre él en meses pasados en la Revista de esta Asociación Médica y es el Paludismo y la Seroreacción de Kahn.

La reacción de Kahn que a diario se hace ya sea en el Hospital o en la Sanidad da un porcentaje enorme de resultados positivos, hasta llegar a un sesenta por ciento, y no puede suceder que cifra tan elevada sea solamente causada por la 'Sífilis, cuando en otros países más civilizados en un total de 500 sifilíticos lo más que ha llegado a dar es un sesenta y siete por ciento de positivos.

La Seroprecipitación de Kahn es un método para diferenciar un suero sifilítico de uno no sifilítico con la ayuda de un extracto alcohólico de corazón de buey colesterinado. Esta reacción tiene las ventajas de dar mayor porcentage de reacciones positivas en sueros específicos y menor número de positivos en loe no sifilíticos, además por la simplicidad relativa de su técnica está sujeta también a menor número de errores.

Para esta reacción sólo se utilizan tres reactivos, a saber: antigeno de corazón de buey colesterinado, solución salina al 0,9 % y suero sanguíneo.

Para recoger la sangre se debe emplear un tubo esterilizado en seco o. hervido con solución salina, para evitar la hemolisis, lo mismo que las agujas que se emplean en extraerla; si bien es cierto que la poca hemolisis no afecta la reacción, una fuerte hemolisis si hace difícil la **lectura** de los resultados. Una vez tomada la sangre se deja coagular, se contrifuga para separar el coágulo y células del suero, después se toma el suero con una pipeta de separación, procurando no tomar células rojas, porque éstas irían a dar reacciones falsas. Este suero se coloca en un tubo, se tapa con un tapón de corcho y se calienta en baño de María durante treinta minutos a 56 grados centígrados.

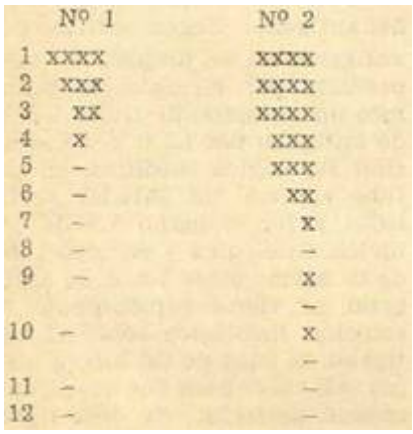
Preparación de la suspensión del antigeno. Según el título del antigeno así se prepara la suspensión, por ejemplo: si tenemos un antigeno de título 1 c. c. de antigeno por 1.3 c. c. de solución fisiológica medimos en un tubo especial de paredes verticales y fondo plano 1.3 de solución fisiológica y en otro tubo de la misma clase 1 c. c. de antigeno, se vierte rápidamente la solución fisiológica sobre el antigeno, se pasa de un tubo a otro por seis veces para que quede una mezcla perfecta. Se deja reposar durante diez minutos, se agita y se reparte con una pipeta de 0.2 c. c. graduada en milésimas en los tubos colocados en una gradilla de tres filas de agujeros, poniendo en el fondo del primer tubo 0,05 c. c. de suspensión de antigeno; en el segundo 0.025 c. c. y en el tercero 0.0.0125 c. c; luego se agrega 0.15 c. c. de suero sanguíneo y se agita vigorosamente durante tres minutos, procurando que la agitación llegue hasta el líquido. Se agrega 1 c. c. de solución fisiológica al tubo de adelante y 0.5 c. c. a los

dos de atrás, se agita nuevamente y se leen los resultados.

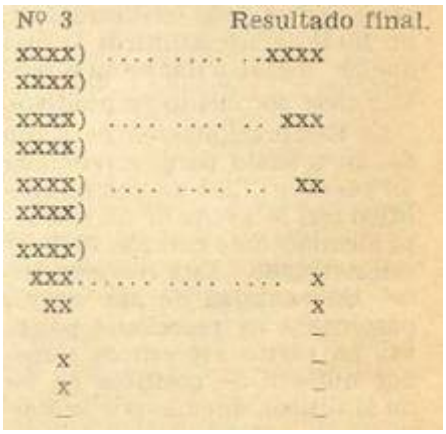
Cada serie de reacciones lleva un suero positivo y uno negativo conocidos como control. Como estos sueros se conservan en la refrigeradora deben ser calentados antes de usarse durante diez minutos a 56 grados centígrados. Todo el material usado en la reacción de Kahn debe ser esterilizado en seco.

Los resultados pueden leerse inmediatamente después de haber agregado la solución fisiológica y agitada, pero creemos que es mejor leerla tres horas *des*-pues, pudiendo hacerse **a** simple vista o usando lentes de poco aumento. El resultado final de la Reacción de Kahn debe tomarse del resultado medio de la reacción en 3 tubos, así: grandes grumos xxxx; gran precipitado, grumos más pequeños que los anteriores xxx; precipitado granular de dimensiones moderadas xx; precipitado sutil x; precipitado muy sutil - x; precipitado nulo -

Para la interpretación de los resultados se usa el cuadro siguiente :



	Nº 1	Nº 2
1	xxxx	xxxx
2	xxx	xxxx
3	xx	xxxx
4	x	xxx
5	–	xxx
6	–	xx
7	–	x
8	–	–
9	–	x
		–
10	–	x
		–
11	–	–
12	–	–



Nº 3	Resultado final.
xxxx) xxxx	
xxxx)	
xxxx) xxx	
xxxx)	
xxxx) xx	
xxxx)	
xxxx)	
xxx.....	x
xx	x
	–
x	–
x	–
–	–

La **Seroreacción** cíe Kahn es la que menos tanto por ciento de positivos ha dado en otras enfermedades no sifilíticas y asi vemos que en la Conferencia Serológica de Copenhague en 1928 en 435 casos de no sifilíticos la Reacción de Wasssermann clásica y modificada por Debains, Ja**costhal** dio hasta un 15.2 % reacción positiva, principalmente en la Lepra y febres eruptvas; y en 502 casos de siflíticos dio un 65 % positivos. La sero precipitación de Kahn en 435 casos no sifilíticos dio un 2 % positivos y en 499 específicos 67.7 % positivos.

En la Conferencia Serológica de Montevideo en 1930 la **reacción** de Wassermann practicada por Moreau en 621 sueros sifilíticos dic un 64.7 % positivos y en 303 casos no sifilíticos un 13 % positivos. La reacción de Kahn Standard en 623 sueros sifilíticos dio un 63.9 % positivos y la Kahn presuntiva en el mismo número de casos dio un 75. Y en 304 casos de no sifilíticos la Kahn

Standard dio O % y a presuntiva" 1 %.

Los informes que publicó *'ú* Dr. Alduvín, suministrados por el Jefe del Laboratorio de la Sanidad don Alejandro Lara y que se refieren a 21 casos que eran portadores de Plasmodíos y que dieron una Reacción de Kahn positiva, datos que hacían ver que la 'malaria estaba dando este resultado positivo, porque no .se podía suponer que esos veintiún enfermos fueran específicos, pero desgraciadamente en esos informes no se descartó la Sífilis clínicamente, ni después de un tratamiento antipalúdico se les volvió a tomar sangre para hacer la reacción de Kahn nuevamente y los "únicos dos casos que se hizo los resultados fueron altamente satisfactorios.

En las veintidós observaciones que he tomado en la Consulta Externa de la Sanidad, he descartado la Sífilis hasta donde me ha sido posible y si sólo en cinco casos se ha repetido la reacción, después de un tratamiento antipalúdico, resultando negativa, ha sido por la dificultad de que los enfermos regresen cuando ya se sienten mejor de sus dolencias, pues el trabajo hubiera resultado ideal si todas las observaciones tubieran la misma conclusión negativa después de haberles suministrado quinina para su paludismo, mas estoy seguro que en las diez y siete restantes no había ningún síntoma ni sospechas de Sífilis o heredosífílis. He de hacer notar que la Reacción de Kahn solamente da positivo en los enfermos que tienen un mes o más de padecer de Malaria no tratada, principalmente en aquellos en quienes se encuentran gametos en la sangre examinada. La mayor parte de estas observaciones son de jóvenes entre 15 y 20 años y algunos de ellos niños de 7 a 14 y las reacciones que han dado son bastante fuertes, xxx.

Para no cansarlos me permitiré leerles solamente las cinco observaciones en que examinados los enfermos clínicamente resultaron no padecer de sífilis adquirida ni hereditaria y tomada su sangre, resultaron positiva por malaria y Kahn, y después de un tratamiento antipalúdico estas reacciones se convirtieron en negativas, las demás observaciones las podrán leer en la Revista Médica Hondureña.

Ob. Nº 1. Marcelina Elvir de 17 años, vecina de Comayagüela. soltera de oficios domésticos llega a la Consulta Externa de la Dirección Gral. de Sanidad el 14 de agosto del año recién pasado, quejándose de fríos y calenturas hace mes y medio. Antecedentes hereditarios nulos; colaterales nulos: tiene sus padres vivos y dos hermanos que gozan de buena salud. Antecedentes personales sin importancia. Al interrogatorio dice no haber padecido de chancro, de manchas en sí cuerpo, caída del pelo, ulceraciones en la garganta. Al examen se encuentra un tinte ictérico de la piel, no hay ninguna cicatriz ni mancha ni roseóla; ganglios inguinales epitrolares y retrocervicales no hipertrofiado.,; ningún trastornó en los órganos de los sentidos. Bazo hipertrofiado, trastornos digestivos. Temperatura axilar 38.8 pulso 38. Examen de sangre por malaria[1] positivo Plasmodiun malaria. Seroreacción de Kahn positiva xxx.

Le mandamos a dar un tratamiento intensivo de quinina, recomendándole regresar al terminar el tratamiento. En los primeros días de septiembre le repetimos el examen por malaria y Kahn resultando ambos negativos.

Ob. Nº 2: Rafaela Matute *de* 19 años, vecina de Tegucigalpa llega el 16 de agosto, padeciendo desde hace un mes de calenturas sin haber tenido ningún tratamiento. Antecedentes hereditarios: su padre murió de fiebre; tiene madre y cinco hermanos con buena salud, investigados antecedentes hereditarios específicos resultaron nulos. Antecedentes personales sin importancia. Al examen: tinte ictérico pronunciado. No hay roseóla ni cicatrices de úlceras, no se encuentran ganglios hipertrofiados, ni hay placas mucosas, ningún trastorno en los órganos de los sentidos. Bazo palpable y doloroso. Temperatura axilar 37, pulso 80. Examen por malaria: positivo P Falciparun. Seroprecipitación de Kahn: xxx..

Traítamiento de quinina a dosis de 1 gramo ochenta centigramos diarios por espacio de ocho días y luego un gramo diario por diez días más, regresando después de este tratamiento a 'hacerse los exámenes de sangre de Kahn y malaria los que resultaron negativos.

Obs. Nº 3: Francisco Lanza de 12 años de edad, vecino de Comayaguela, viene a pedir medicina para fríos y calenturas, que desde hace dos meses está sufriendo de ellas, el día 25 de agosto de 1933. Antecedentes hereditarios: Su padre dice murió de fiebre; tiene madre viva con buena salud. Examen: Por tratarse de un niño investigamos e insistimos en el examen de los órganos principalmente afectados por la heredosífilis, resultando negativos. Bazo e hígado hipertrofiado y doloroso a la palpación, trastornos digestivos, tinte ; ictérico pronunciado. Temperatra axilar 36.8, pulso 80. Examen por malaria: positivo Plasmodiun Vivax. Por Sero-precipitación de Kahn positivo xxx. Tratamiento intensivo de quini-

na, regresando a los 22 días y repetimos examen por malaria y Kahn resultando negativo.

Ob. N? 4; Pedro Flores, vecino de Comayagüela, de 10 años de edad, se queja de padecer desde hace más de un mes de fríos y calenturas, sin haber tomado ningún medicamento. Siendo un niño, insistimos lo mismo que en el anterior en investigar la heredosífilis, no encontrando ningún trastorno visual auditivo, bucal y nasal que hiciera sospechar una lesión específico-hereditaria; ninguna adenitis. Baso Hipertrofiado. Temperatura axilar 37. Pulso 80. Examen por malaria positiva Plasmodiun Falciparun. Sero-precipitación de Kahn positivo más xxx . Tratamiento intensivo de quinina, regresando a los 28 días y repetimos los exámenes por malaria y Kahn resultando negativos.

Ob. N? 5: Gil Antonio Lanza de 18 años, vecino de Azacualpa, departamento de Tegucigalpa, viene padeciendo hace dos meses de fríos y calenturas. Antecedentes hereditarios sin importancia; colaterales lo mismo. Personales: ha padecido de gripe y calenturas. Al interrogatorio específico, dice no haber padecido de Chancro, ulceraciones en el pene, manchas en el . cuerpo, caída de pelo, ulceraciones en la garganta. Al examen no encontramos cicatrices ni ganglios hipertrofiados, ninguna roseóla ni placas mucosas. Ningún trastorno en los órganos de los sentilos. Examen por malaria positivo Plasmodiun Vivax. Examen por Kahn positivo más xxx. .Le dimos un tratamiento de quinina durante dos semanas al término de las cuales, volvimos a hacer los exámenes de sangre resultando ambos negativos. Al presentaros estas observaciones, lo mismo que las que tengo preparadas para publicar no he iniciado algo nuevo, puesto que ya habían trabajos a este respeto, pero sí creo haber aportado mi pequeño contingente en el seno de esta Asociación Médica.

Manuel Cáceres Vigil.

Tegucigalpa, enero de 1934.

Al través de la historia de la puericultura. La distribución de aire puro en las ciudades

El Congreso internacional de Protección de la Infancia acaba de celebrarse con un éxito rotundo. A este propósito he tenido ocasión de repasar someramente la historia de la puericultura, arte que se cree es muy moderno, pero que, en realidad, es muy antiguo. Esa revisión me ha mostrado que si bien los antiguos, en relación con su»s recién nacidos, no pueden ser considerados como libres de reproche, la condición de los pequeñuelos hacíase, sin ningún género de duda, menos favorable a medida que la humanidad iba creciendo.

Bien miradas las cosas, es indudable que la puericultura consiste esencialmente en el capítulo de la alimentación de los infantes. Los restantes cuidados resultan secundarios, y poco *han* variado en el transcurso de los siglos. En cambio, por lo que a la aumentación se refiere, las faltas han ido probándose cada. día más.

En todo tiempo las mujeres han tenido una tendencia perniciosa en prescindir de lo que se ha llamado el más santo de los deberes. No insistiré en las razones de todo orden que les han inducido, siempre que han podido. a no criar a su hijo; cada uno puede enumerarlas. Pero durante mucho tiempo sólo les quedó un recurso, el de confiar su pequeño a una extraña, una nodriza mercenaria que la dispensaba de los cuidados que no quería asumir. Es por lo que los antiguos puericultores, ya fuesen cronistas como AULIN GELLE, naturalistas como PLINTO, médicos como CELSO y más tarde también los primeros pediatras como Simón DE VALLEMBERT. los cirujanos como Ambrosio PARE, los poetas como SCEVOLA DE SAINTE MARTHE o Claudio QUILLET, han tenido que destinar todos un capítulo importante a la elección de nodrizas y a los defectos que pueden hacerlas indeseables. De paso no dejaban de atacar enérgicamen-

te esa costumbre que se implantaba cada vez más de entregar los niños a una mujer que no *es* **su** madre y mostraban, pero envano, los peligros a que los exponían tratándolos de esta manera.

Esta práctica constituía un peligro que podía llegar a ser grave: pero que encontramos hoy muy aceptable. Si el niño estaba privado del alimento que podemos calificar de ex profeso para él, admirablemente adoptado., desde las primeras horas, para su destino, el que le ofrecían era el mejor succedáneo que podía ha - ber. Las cosas se agravaron muchísimo durante el siglo XVIII cuando pensóse en emplear la leche de animales. A decir verdad, no debe creerse que las fantasías de VAN HELMONT o \a¿ paradojas de LASCAZES DE COMPAYRE hayan contribuido mucho en este cambio tan importante. Las mujeres fueron llevadas a él por la facilidad mucho mayor que les ofrecía y por la economía que representaba. Pero, en realidad, fue un desastre, porque la técnica de esta lactancia era a todas luces insuficientemente codificada por falta de estudios suficientes. Desastre o no, lo cierto es que la costumbre *no* tardó en tomar incremento, a pesar de las protestas elocuentes de ROUSSEAU, y poco a poco llegóse a algo tolerable con esta alimentación detestable.

No creo que este epíteto necesite justificación. Aun en **nuestros** días, con las precauciones que hemos llegado a considerar como naturales, la lactancia con leche de vaca dista mucho de dar buenos resultados en todos los niños, pudiendo afirmarse, conforme lo he hecho ya — y otros antes que yo —. que criar así a los niños es un verdadero *tour de forcé.* El que lo hayamos conseguido muchas veces no significa que sea siempre así.

Pero entre los perfeccionamientos que hemos introducido en esta alimentación anormal hay uno que ha agravado aún más las cosas: me refiero a la necesidad que hemos creído **necesaria** de esterilizar la leche de vaca. Con ello hemos **convertido** esta leche en menos -asimilable aún para el niño, al que **le** era ya difícil asimilar un alimento que no está hecho para ellos, sino para las terneras. La leche así tratada — y con tanto mayor motivo cuanto mejor ha sido esterilizada — es **un alimento** muerto y que sólo de un modo muy imperfecto desempeña el papel que le corresponde. Conocidas son las modificaciones que ha sido preciso introducir en la técnica de la lactancia para obviar este nuevo peligro. Pese a todos los cuidados y precauciones, distamos mucho de la lactancia natural, tal como la encuentran en la naturaleza los animales, aun los más pequeños. Por lo dicho vemos que, por el contrario, a medida que ha ido transcurriendo el tiempo, hemos dado cada vez más preferencia a lo artificial en contra de lo natural.

Pero DO nos hagamos grandes ilusiones, porque no es fácil que consigamos gran cosa. El hábito ha sido adquirido y poco *lo* modificaremos. De aquí que sean de alabar los esfuerzos realizados por los puericultores para hacer lo menos grave posible el

peligro. En todo tiempo, ésta ha sido su tarea: reducir las nocívas consecuencias de hábitos contra los que todos los raciocinios se estrellan.

Esta lucha del puericultor contra la negligencia de las madres — y también de los padres — ha ido dirigida siempre en el mismo sentido, hasta el punto que, leyendo varios de ellos, parece que siempre leemos el mismo. Son invariablemente los mismos argumentos que exponen, idénticos principios que defienden o escriben antes de nuestra era o más tarde, de los siglos XVI al XIX. A este respecto. algunos han acusado a ROUSSEAU de haber copiado a DES ESSARTS. De la propia manera .habrían podido acusar a éste de plagio con respecto a sus predecesores. Son siempre las mismas equivocaciones que unos y otros, sucesivamente, han tenido que corregir, las mismas ideas sanas que han tenido que divulgar. En nuestros días, su tarea se ha complicado, pero, prescindiendo de los detalles, se ha mantenido invariable, y cambiando una palabra podríamos repetir aquí la frase de PASCAL: "Toda la serie de puericultores debe ser considerada como un mismo puericultor que subsiste siempre."

El vulgo gusta mofarse de los hombres que tienen ideas nuevas. Estas, por su misma novedad, van en contra de las costumbres y parecen más o menos paradójicas, o hasta absurdas, Pero todos los conceptos originales han pasado por esta fase de incomprensión antes que su realización haya mostrado que podían ser perfectamente aceptables, habiendo después entrado en la masa de cosas admitidas, y nos olvidamos después de que pareciera inverosímil al principio.

La idea que ROSENTHAL acaba de exponer a la Sociedad de Patología comparada pasará, sin duda alguna, por una fase de incomprensión y de burla. ¿Será

llevada a la práctica? Esto ya es otra cosa. Me parece que algunos de los obstáculos que tiene este proyecto no son suficientemente tenidos en cuenta. ROSENTHAL pretende distribuir aire puro en las ciudades, de la misma manera que se distribuye agua pura. De razón es decir, como él, que si el agua impura produce la fiebre tifoidea, la disentería y otras enfermedades, el aire viciado es, asimismo, nocivo, y estamos en lo cierto cuando decimos que el aire de nuestras ciudades es extraordinariamente sucio.

Siendo así, dice, hagamos con el aire lo que hemos hecho ya con el agua, vayamos en busca de aire puro donde abunda, en las costas bretonas o en los ventisqueros de los Alpes, llevémoslo a las ciudades mal olientes, despojemos este aire en el camino del polvo que lleva, de la misma manera que limpiamos el agua de sus impurezas, y proyectémoslo en los almacenes, talleres, oficinas. Que sea suficiente abrir un grifo para aprovisionarse de este aire puro.

A primera vista, la idea pare ? razonable y hasta tentadora. Pero, a poco que reflexionemos, parece, pese a la sagacidad de los ingenieros, más difícil de llevar a la práctica. En efecto, el autor de este proyecto nos dice que el aire de París, por ejemplo, ísta tan contaminado en el vértice de la torre Eiffel como el de la calle Montmartre. Siendo así, imagínense la extraordinaria cantidad de aire que se necesitaría llevar a la capital, y con qué fuerza sería necesario proyectarlo para que pudiera exulsar el aire impuro cuyo espacio debería ocupar. No es precisamente en a i local industrial, escolar o comercial en el que se trata de introducir aire respirable, como se ha ce con el agua potable, sino que es toda la atmósfera de una ciudad, y sobre todo de las formidables ciudades "tentáculos," de lo que se trata en este caso. Ello cambia de un modo extraordinario los términos del problema.

Ello tanto más cuanto que sabemos hoy limpiar bastante bien el aire de sus impurezas, a condición que se trate de espacios limitados. Hace pocos años que un gran industrial, el señor Menier, presentó a la Academia de Ciencias un dispositivo muy sencillo, susceptible de purgar el aire de un taller o de una fábrica del polvo, de los microbios y de los gases nocivos. Podríamos quizá empezar por aplicar, si no este proceder, por lo menos métodos análogos para la purificación í los locales en los que se trabaja. Obtener el mismo resultado en L calle, parece mucho más difícil

Hace unos veinte años, un higienista alemán presentó un aparato para fabricar aire de montaña artificial. ¡Cuánto más atractivo es el proyecto de ROSENTHAL! Trabajar tranquilamente en la atmósfera de las alturasó dormir mecido por el aire de alta mar, es digno de seducir, no solamente a los partidarios de la higiene, sino también a los enamorados de los horizontes dilatados. Tan sólo el número extraordinario de tubos y el de fábricas o talleres que se necesitaría malogra algo tan luminosa perspectiva.

Enrique BOUQUET.

REVISTA DE REVISTAS

—Por el Dr. S. PAREDES P.

Empleo de clavos ligeros en el tratamiento de las fracturas con diastasis

Merle d'Aubigné en la Revista de Ortopedia y Cirugía del Aparato locomotor de París, precisa el término de fracturas con diastasis a las fracturas maleolares con diastasis tibio-peroneal y ciertas fracturas epifisarias a sección paralela al eje del miembro donde los fragmentos se han separado transversalmente; diastasis interfragmentaria en lugar de diastasis interósea; ejemplo: factura intercondilea del fémur y algunas fracturas de las tuberosidades tibiales.

Por la dificultad de corregir manualmente estas desviaciones transversalmente a falta de punto de apoyo suficiente los aparatos externos no siendo eficaces debe apelarse a la intervención sangrienta.

Para el autor el clavo es ideal en estos casos. Los puntos- fijos son la cabeza de un lado y tuerca del otro. El cuerpo un delgado tallo. Todo de metal inoxidable. En caso que la cabeza o la tuerca no adaptaran bien a la superficie ósea se pondrá una róndela que salvará la dificultad La colocación del clavo se hace por dos pequeñas incisiones a la anestesia local. El clavo es tolerado perfectamente, sin embargo, en caso de molestia o sistemáticamente si se quiere, puede quitarse a los 30 o 40 días.

Elementos de diagnóstico entre el cáncer ulceriforme y la úlcera verdadera

Gutman en Boletines y Memorias de la Sociedad Médica de ¡os Hospitales de París, hace la comunicación esquemática de un caso tratado por úlcera ele la curbatara menor cuando en realidad era un cáncer ulceriforme con imagen radiológica de nicho.

El autor piensa que Ja úlcera cancerizada es más rara que el cáncer ulceriforme y señala pa-

ra hacer el diagnóstico los- signos siguientes: dolores gástricos nuevos en una edad avanzada; no" agrupados por períodos cortos separados de largos intervalos como en la úlcera. A la radiografía el nicho muy grande de contornos irregulares y no se acompaña de retracción del estómago. Terapéutica nula tanto médica como quirúrgica en el cáncer ulceriforme. El examen del quimismo gástrico de escaso valor, pues a veces esta conservado. La gastrofotografía como método que empieza no reviste mayor importancia.

Durante la operación es difícil saber si trata, úlcera en mano, de cáncer o no, de allí la necesidad de los análisis clínicos y radiológicos antes de efectuarla.

Prueba déla eserina en la oclusión intestinal. ,

M. Jeanneney en Gaceta Semanal de Ciencias Médicas de **Bruxelas,** distingue: . -

1º—Síndromes dinámicos susceptibles de ceder al tratamiento médico como los observados en viejos esclerosos con arteritis abdominal, en constipados crónicos con atonía, en cólicos nefríticos u oclusiones post-operatorias.

2º—Síndromes mecánicos por estrangúlamiento neoplasmas o volvulus. A veces ambos sindromes están combinados y entonces cabe nacer primero un tratamiento médico.

Si bien la raqui-anestecia es capaz de resolver los dinámicos no es sin inconvenientes que no tiene la eserina, medicamento del sistema simpático, a condición de. utilizar, productos sinté-. ticos como la geneserina y la prostígmina.

Media hora después *de* la. inyección y poniendo un lavado sa-. lado hipertónico sobreviene una gran defecación.

No se oculta el interés de "esta prueba, sea por vía de diagnóstico o como tiempo previo para intervenir sobre un intestino" va-" cío, amén de la rapidez con que. se sientan las indicaciones.

Gravedad de las intervenciones sobre las vías biliares en el sexo masculino

L. Tixier, Ch. Clavel, H. Chabannes de Lyon, en los Archivos Franco-Belgas de Cirugía, presentan la estadística del Servicio del Profesor Tixier y exceptuando las operaciones por neoplasmas ' del hígado, vías biliares y páncreas, han constatado la gravedad de las mismas en el hombre.

De 1914 a 19.30 en 149 operaciones en mujeres la mortalidad fue de 15.43 por 100.

11 en el hombre 36.36 por 100.

La de Villard da en 399 mujeres 23 por 100 y en 87, hombres 36.36 por 100.

El promedio de una serie de estadísticas da 17.29 por[1]100 de .mortalidad-, en la mujer y 36.73 .por/100 en el hombre. Las causas' más frecuentes de muerte son: peritonitis, complicaciones pulmonares y hemorragia.

La peritonitis más frecuente en el hombre que en la mujer 35 por 13.5 por 100. De las investigaciones de **los** autores, seguidos de examenes cadavéricos, se desprende una de las razones más poderosas de .fracaso es la configuración ana-

tómica de la región diferente en ambos sexos.

En el hombre el hígado está escondido bajo las costillas, más fijo, la vesícula más profunda; tórax más rígido, musculoso defiende la región e impide la exteriorización del hígado y vías biliares.

El raquis menos flexible que en la mujer no permite una fuerte lordosis.

Las vías biliares más profundas 7.5 cm. de la pared en decubito dorsal en la mujer y 11.2 cm. en el hombre.

Por esas razones la operación se verifica con mayores dificultades en el hombre.

Además el hígado está más atacado en el hombre que en la mujer: Coeficiente de Maillard (6 a 7) en la mujer 8.82 y en el hombre 10.

El alcoholismo más frecuente en el hombre influye notablemente.

Parece que la mujer resiste mejor el Shock operatorio y las hemorragias.

En conclusión los autores recomiendan en el hombre incisiones más largas y un drenaje perfecto.

Diagnóstico radiográfico de la hipertrofia prostética

N. Ross en The Lancet, reconociendo la dificultad presentada a veces para hacer el diagnóstico entre hipertrofia prostática verdadera y prostatismo sin próstata, aun con el cistoscopio por la imposibilidad de introducirlo o hemorragias molestas, prefiere el recurso de la aerocistografía. Consiste: Vejiga completamente' vacía, introducir una sonda por la uretra e inyectar aire con una jeringa hasta que el enfermo acuse sensación de tensión VJsical. Esto hecho sobre la mesa de radiografías.

La interpretación es fácil. La vejiga normal aparece regular circular, de una capacidad de 300 centímetros cúbicos.

En la hipertrofia la capacidad es aumentada y los contornos irregulares, la sombra prostát'ca generalmente, visible, más opaca y más ancha que normalmente, se proyecta a la parte inferior del círculo claro vesical.

El autor recurre al mismo procedimiento en los cálculos, neoplasmas, cuerpos extraños, diverticulos, y compresiones de la vejiga.

Tratamiento precoz de la lujación congenital de la cadera.

Putti (de Bolonia) en el Journal of Bone and Joint Surgery, presenta una estadística de 119 casos de lujación congenital de la cadera tratados por su método precoz de abducción.

El más joven tenía 31 días, el mayor 16 meses y el más gran número 4 meses.

En 113 casos, 94 por 100 resultados excelentes.

Los 6 fracazos fueron: 1 por maletudo de la madre y 5 lujación bilateral de los que 3 fueron tratados por el método habitual de reducción, y 2 exigieron un tratamiento complicado por malformaciones asociadas de los pies, rodillas y codos.

Putti dice que su método debe ser aplicado precozmente desde que el diagnóstico se hace y éste es posible por una radiografía también precoz.

Localización de embolias arteriales por la arteriografía.

Abbeloos en Journal de Chirurgie et Anales de Societé Belge de Chirurgie, refiere esta observación: Síndrome embólico en el miembro inferior en mujer de 49 años padeciendo de endocarditis con una hemiplegia derecha transitoria ocho años antes.

Arteriografía por inyección de Abrodyl al 20 % en la femoral, detenimiento en la poplítea.

A la intervención embolectomía, el coágulo se encuentra justamente en el sitio marcado por la radiografía. La enferma muere 15 días después a consecuencia de una embolia cerebral.

A la autopsia, estrechez mitral. Numerosos infartos renales, antiguos y recientes. En los vasos poplíteos: trombosis arterial y venosa, sin lesión de la íntima, lesiones inflamatorias crónicas de La adventicia y principio de calcificación de la túnica media.

La ventriculografía. Técnica. Resultados. Indicaciones

T. de Martel, J. Guillaume y J. Panet Raymond, publican en la Prensa Médica de París un detallado artículo sobre los éxitos obtenidos actualmente en las operaciones por tumores del cerebro, debidos al perfeccionamiento de la técnica operatoria, a la precocidad del diagnóstico y a la localización exacta del tumor.

Muchas veces a pesar del estudio detenido de los signos clínicos y oftalmológicos el diagnóstico y sitio del tumor son imposibles, de allí la necesidad de recurrir a otros medios de investigación y en particular la ventriculografía.

Procedimiento ahora de uso corriente, benigno si es hecho correctamente, no causa jamás la muerte, ni accidentes serios salvo cuando la enfermedad ha llegado al término.

En 3 años han practicado 300 ventriculografías con 4 muertos: dos, que la técnica no era precisa; y los otros dos recientes en enfermos de tan mal estado que es imposible afirmar que la exploración radiológica fuera la causa.

Jamás un accidente en individuos que no tenían tumor cerebral.

Todas las ventriculografías han mostrado lo que se esperaba permitiendo la exacta localización de los tumores. En los casos menos satisfactorios permitió diferenciar un tumor cerebral de un tumor cerebeloso. Señalar el hemisferio y por último descartar un tumor cerebral y con ello evitar una trepanación innecesaria.

Utilización de injertos costales para las operaciones de anquilosis vertebral

J. Devay y Bikgarb de Chicago, en Archives of Surgery publican sus ideas divididas en 2 partes.

1?—-Investigación experimental sobre el uso de costillas en 15 animales operados con dos injertos a la vez, uno costal y otro tibial. En ambos se notó la reabsorción de-los injertos con formación alrededor de hueso nuevo.

Los injertos no evolucionaron del mismo modo: al principio el injerto costal se reabsorve más rápidamente y la formación de hueso nuevo sigue el mismo ritmo y es más considerable. Al final los dos injertos equilibran su papel. La costilla, hueso poroso, se reabsorve mejor y da más luego el hueso nuevo sin lugar a formación de secuestros. . 2º—Parte clínica. 12 operados por el método de Albee con injerto costal. 4 tuberculosis y 8 escoliosis, todos con buen resultado.

Las ventajas, de este método, son: facilidad de extraer una costilla, se regenera fácilmente y el material más abundante; la forma se adapta mejor a las curbaduras vertebrales; la operación se practica en la misma región y en un solo tiempo.

Complicaciones post-operatorias en la apendicitis

D. S. Couley de Columbia, Ma., en el Journal of the Misouri State Medical Asociation, presenta la estadística siguiente en 349 casos de apendicitis operados *de* 1920 a 1931 con 3 muertas, 2 por peritonitis y uno por ileus: Com-

plicaciones en 73 operados o sea 20.92 por 100 en su mayoría peritonitis; 3 ileus precoces por aglutinación de ansas intestinales; infección subfrénica 4 veces, no necesitando punción ni reintervención.

6 casos con abcesos secundarios sobrevenidos todos en enfermos drenados.

Desde hace 6 años la mortalidad por apendicitis ha aumentado en el estado debido a negligencia de los parientes, al desconocimiento de la afección por e! médico (en 36 casos 19 por 100 fueron purgados por orden del médico, en uno que vomitó 4 veces el aceite de ricino, se lo administró por quinta vez y el apéndice se perforó) a la falta de cuidados preoperatorios, operatorios y post-operatorios de donde concluye en la necesidad de educar enfermos, parientes, médicos y cirujanos.

fiteatro de la clase de Medicina Operatoria, fuimos sorprendidos por un encuentro insospechado, ya que estábamos en presencia de un individuo muerto de fiebre palúdica y sin ningún signo físico de la lesión hallada.

Se trata de varias **invaginaciones** intestinales en el delgado. La primera nos sirvió para hacer la operación clásica destinada a remediar el mal. Era una invaginación del delgado en **una** longitud de dos pulgadas.

Las siguientes, en número -de tres, fueron extirpadas íntegras para el museo de Anatomía Patológica de la Facultad de **Medicina.**

RUGE (KIEL),DEL TRATA MIENTO DE LOS ECZEMAS DE ENTRE LOS DEDOS DE LOS PIES EN LOS PAÍSES CALIDOS Y DEL LLAMADO LIQUEN TRÓPICO

Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1932, tomo 36, págs. 33 a 35.

Los eczemas de entre los dedos de los pies son frecuentes y muy desagradables en los países cálidos, por lo que necesitan un tratamiento esmerado. En los casos recientes parecen dar resultados casi específicos las pincelaciones con solución de alcohol salicílico al 1 por ciento. Pero si hay ya zonas húmedas es necesario emplear los vendajes húmedos corrientes, hasta que *cese* la secreción. Entonces se enuplea una mixtura o tintura, como por ej.:

1. Oxido de zinc
   Talco

Agua dest.
Alcohol aa 25.00
Tumenol
Glicerina aa 3—5.00

2. Tint. Arning:
Antrarobina 2.0
Tumenol 8,0
Éter sulf. 20.0
Tinto. Henz.30.00
Tint. benz. 30.0

3. Polvo Desitín 60
Glicerina
Alcohol dil. aa 30.0
Mentol 0.25

Más adelante dan muy buenos resultados la pomada de Desitina y la pasta de Fissán, Para la profilaxis se recomienda una higiene esmerada de los pies, p. ej. con Vasenol. Se evitarán en lo posible larga permanencia en el agua y otros factores dañinos.— El liquen trópico o ecsema solar, que se debe considerar como una dermatitis producida por sudor, sal y polvo, merece más atención de la que se le ha prestado hasta ahora. El tratamiento corresponde al de una dermatitis aguda. El alcohol se debe evitar en absoluto. El mejor tratamiento consiste aquí también en la profilaxis, p. ej. por lavados con alcohol. En los casos muy graves dan buenos resultados las inyecciones de sangre propia. En estos casos suelen añadirse pió y estreptodermias con furunculosis rebeldes. A veces el liquen trópico sólo se cura en el clima moderado.

Autorrelato.

Revista Germano
Ibero Americana.

El Centenario de Finlay [1833-1915]

Prócer Sanitario y Benefactor de la Raza

Por ARISTIDES A. MOLL
Redactor científico,
Oficina Sanitaria Panamericana

En típica ciudad cubana, el viajo Puerto Príncipe, hoy Camagüey, nació hace 100 años Juan Carlos (1) Fmlay Barres en un día inscrito con letras de oro en los anales de la medicina americana: el 3 de diciembre de 1833. En días realmente aciagos meciérase su cuna, pues del Oriente había llegado a Europa y América por aquellos mismos años, uno de los más fatídicos azotes de la humanidad: el cólera, sin que respetara a las Antillas más que a otras partes del Nuevo Mundo en su marcha asoladora. Sin embargo, el flagelo procedente del Ganges era ave exótica, mientras que los trópicos americanos de viejo habían alimentado otra dolencia, igualmente temible, la fiebre amarilla, que país tras país y generación tras generación vieran devorar espacio y gente. Ya aceptemos la interpretación del mismo Finlay al efecto de que *él* mal existiera en América desde antes del Descubrimiento, o la corrección de Cárter que no lo deja remontar a más allá del si - glo XVII, y con justicia poética lo considera corolario de la trata de negros (la viruela también fue introducida en México por un esclavo africano) el hecho es que cerníase sobre todos los países colombinos como una espada di Dámocles.

Vale la pena detenerse algo en la carrera, o sea la formación, de estos hombres que hacen época analizando el terreno en que nutrieran sus raíces. En la infancia de Finlay, una tía maestra venía ex-profeso de Edimburgo a inculcarle los primeros rudimen-

- (1) *Desde cierta edad la firma aparece siempre como Cario? Finlay, que cambia a Carlos J. Finlay cuando su hijo Carlos 'E., el actual Secretario de Sanidad y Benificencia de Cuba, comenzara a ejercer la profesión.*

tos del saber; a los 11 años (1844) el pequeño era enviado al Havre, donde permanecía hasta 1846, en que una corea lo obligaba a retornar a su tierra natal, después de producir una premiosidad del habla que no abandonó a su víctima el resto de su vida. Para Europa volvía a estudiar en 1848, visitando a Inglaterra y Alemania y matriculándose en el Liceo de Ruán hasta 1851, en que otra dolencia, esta vez tifoidea, imponía nuevo regreso a Cuba. De allí partía para Filadelfia, donde, cursados los estudios de rigor, recibíase de médico en 1855 en el Jefferson Medical College, la famosa escuela del cirujano Sims, del opoterapeuta Brow-Sécquard, y de los dos Mitchel, ambos maestros de Finlay: John **Kearsley,** de los primeros en sostener el origen microbiano de las enfermedades, y el hijo, S. Weir, el neurólogo y novelista.

Hombre de esos que pasan por la vida ejercitando sus sentidos y sus facultades, a Finlay no .o encontraron ni insensible ni indiferente los problemas de su época, como lo demuestra la bibliografía tan meritoriamente preparada por el Dr. Lerov y Cussá, en la cual pueden verse sus elucubraciones acerca del clima de Cuba, la aclimatación de los; europeos, la transmisibilidad de la tuberculosis, y en fecha posterior sus estudios precursores relativos a la filaría, sus excursiones en la filología y en las mate - máticas, sus disquisiciones sobre cosmogenia, y por fin, sus útiles consejos acerca de la profilaxia del tétano neonatal. Los empujes del cólera en 1865-68 habían mostrado su espíritu abierto a las nuevas verdades al explicar la transmisión hídrica del mal y hablar de gérmenes preexistente ya en 1865.

En 1898, cuando la épica lucha por la independencia cubana llegaba a su apogeo, el anciano patriota, ávido por colaborar, brindaba sus servicios, y atendiendo a sus insistentes **súplicas,** a Santiago de Cuba era enviado **con** las tropas estadounidenses por su viejo amigo el Dr. Sternberg, Director por aquel entonces del Servicio de Sanidad Militar de los Estados Unidos.

Casi con su debut profesional, comienza la fase más interesante, quijotesca, cuasi-épica de **la** vida de Finlay. A todo el que **residía** por entonces en medio **tropical** americano, el vómito negro era una pesadilla que no podía olvidar, ni siquiera evitar. Un médico cualquiera se hubiera contentado con tratar **empíricamente** a sus enfermos lo mejor que pudiera, dando, como otros, la partida por casi perdida desde el principio ante el enigma que lo confrontara. Finlay era de otro temple. Hacia fines de 1858, es decir a los 25 años de edad y apenas salido del colegio, abordaba la investigación de la fiebre amarilla, y para ello poníase a estudiar la alcalinidad del aire con los resultados naturalmente poco satisfactorios que reflejan sus memorias de 1863. 1872, 1873 y 1879. En este último año llegaba a la tierra de Martí una comisión de los Estados Unidos encargada de investigar la causa de la temida plaga tropical, y uno de los primeros en ofrecer sus servicios y datos era, ya puede adivinarse, el facultativo cubano que desde hacía años

forcejaba con el mismo problema. La comisión- tuvo que darse por derrotada, mas fruto inesperado de sus esfuerzos y de su agudo análisis de las varías teorías reinantes quizás fuera el encarrilamiento de Finlay por otros rumbos. Además, contribuyó a orientar sus ideas desde 1830 hacia la intervención del mosquito, el haber leído en la botánica de van Tieghem el papel intermediario que desempeña el agracejo en la transmisión de la *Puccinia graminis,* agente causante de la roya del trigo. Hasta qué punto habían madurado sus ideas puede verse por su declaración ante la Conferencia de Washington en 1881: "... tres condiciones so i, en efecto, necesarias para que la fiebre amarilla se propague: 1. la existencia previa de un caso de fiebre amarilla, comprendido; dentro de ciertos límites de tiempo; 2, la presencia de un sujeto apto para contraer la enfermedad; 3, la presencia de un agen te cuya existencia sea completamente independiente de la enfermedad y del enfermo, pero necesaria para transmitir la enfermedad del individuo enfermo al hombre sano." Es característico del autor la mesura y falta cío alarde con que proclamó sus convicciones. En 1882 asombraba con su acusación explícita contra el mosquito a la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, la cual colocaba el trabajo sobre la mesa sin discutirlo, quizás si por creerlo obra de un chiflado.

Tras un choque histórico, la suerte reservaba a otros el llevar a cabo mucho más tarde la comprobación definitiva, demostrándose entonces para siempre que las ideas de Finlay eran ciertas en su esencia; que sus experimentos, bellamente ideados, sólo fracasaron en detalle, que e¡ insecto que señaló y cuyos huevos entregara para sus estudios a la comisión de 1900 eran los transmisores de la fiebre amarilla; que la labor antimosquito puesta magistralmente en efecto por el gran Gorgas fue por él esbozada y anticipada, y que Finlay fue el primero en señalar precisamente a un mosquito dado, de entre centenares de esos insectos, como vector de una enfermedad específica, convirtiéndose así en precursor en la magna concepción que complementó con el factor entomológico la doctrina bacteriana de Pasteur.

Es en verdad lamentable que Finlay, en gran parte por culpa del medio y de ¡os tiempos, no pudiera llevar a su lógica terminación la empresa tan brillantemente acometida. Mucho, muchísimo de lo hecho después por otros ya lo había probado él desde el mismo principio, incluso picadas experimentales de mosquito tratando de transmitir la fiebre amarilla hasta en sí propio, y aun la seroterapia. Si no pudo dar cima a la empresa, cúlpese en gran parte a la falta de recursos, **a** un medio hostil a la investigación y a la novedad, y también a faltarle dos recursos preciosísimos con que contara la Comisión de 1900, aparte de la protección oficial: el conocimiento de la metaxinia (el curioso fenómeno descubierto por Abilaard en 1790 y ampliado por Küchenmeister en 1851 de! cambio de huésped por los **parásitos)**, **y** la doctrina (1898) de la incubación extrínseca del insigne Cárter (ya apuntado en 1839 en. el África Occidental por Ferguson, y desatendida entonces, observacón esta que nuestro biografiado, quizás por hallarse en un medio endémico, no pudiera hacer), recursos esos que redondeaban las observaciones de Fin**lay** e indicaban cuál era el mejor momento para tomar la sangre de un enfermo, y para hacer picar a un mosquito con proba--bilidades de que resultara infeccioso.

Tan positivo se mostraba Finlay acerca de su doctrina, que trataba, más bien que de confundirla, de realizar inoculaciones preventivas, y para 1900 su serie ya sumaba 102 casos. Su fracaso experimental, por lo menos en parte, procedió de su caballerosidad, pues habiendo prometido a los sujetos de experimentación que las inoculaciones serían esencialmente inofensivas, no pudo determinarse a llevar a cabo experiencias más decisivas Plenamente convencido de que la comisión de 1900 tenía por misión comprobar su teoría, entregó a sus miembros cuanta nota y dato tenía, y fue con los mosquitos procedentes de su propio laboratorio que pudo aquélla llevar a cabo sus experimentos, éstos, por azar de la suerte, fueron ejecutados en Los Quemados, la aldea donde Finlay efectuara sus estudios 20 añas antes.

Hay hombres cuya desaparición recuerdan sus semejantes al año, los 5 años. los 10 años; otros aun conmemorados a los 50 años; un grupo selecto reclama centenarios, y bien pequeñísimo en verdad, el número que, trazando **estelas** luminosas en los cielos de la gloria, tienen milenarios. Poca duda cabe de que 10 siglos después del nacimiento de Finaly, todavía le rendirán pleito homenaje las raciones *L e* América, si conmemorar saben, junto con sus héroes, a sus SJ-bios. o sea a todos aquellos *de* sus hijos que más bien les hiñeran.

Su gloria radiosa, sin embarco, es inclusive, pues comprende por igual en sus detalles a sus precursores y continuadores, primero entre ellos el desinteresado Beauperthuy, eme, estudiando la lepra v su curación, falleciera en la Penitenciaría de Demerara; a Delgado, el colaborador ideal: a Reed, cuyo mérito sólo al de Finlay cede; a Lazear, que pagara con su vida por la estupenda vi-

toria; a Carroll, que también contrajera el mal; a Agramónte; y con ellos a Guiteras, el fiel discípulo; a Cárter, patriarca en la lucha contra las enfermedades transmitidas por mosquitos; Utiguanssú, que sin saber de Finlay, expusiera opiniones semejantes poco después, y a todos aquéllos —legión benemérita del progreso— que tan bien supieron dar aplicación práctica a las doctrinas finlaístas: Gorgas, líder del saneamiento en gran escala; las dos lumbreras brasileñas, Ribas y Cruz; al veterano Liceaga, y a los muchos que aun persiguen incansables la campiña que un día libertará al mundo de uno de sus más horrendos azotes.

No hay profeta en su tierra, dice el refrán. Finlay lo fue en la suya, y los honores nacionales y extranjeros vinieron a ornar su¿ canas hasta su fallecimiento el 20 de agosto de 1915, y lo han seguido póstumamente: jefe de sanidad de su país; presidente de la Asociación Americana de Salud Pública; doctor *ad honorem* de dos facultades médicas de Filadelfia; oficial de la Legión de Honor; medallista Mary Kingsley de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool; y el generoso y repetido tributo de las Repúblicas americanas, culminando en el votoaprobado por el IV Congreso Médico Panamericano en Dallas en 1933, declarando el natalicio de Finlay Día de la Medicina Americana.

Ya antes, la Sexta Conferencia Internacional Americana se había expresado así en la Habana en febrero de 1928: "Que corno un homenaje de admiración, se reconozca el descubrimiento realizado por el Dr. Carlos J. Finlay, de la Habana, sobre el medio de transmisión de la fiebre amarilla, y se proclame el mérito que le corresponde por ese genial des cubrimiento; por haber sentado las bases para la profilaxis de la fiebre amarilla, y haber sido el primero en anunciar, apoyado en pruebas experimentales, la doctrina científica de la transmisión de enfermedades de hombre a hombre, a través de un agente intermediario."

Otra actuación de Finlay que no cabe olvidar es su activa participación en la primera Conferencia Sanitaria Panamericana. en Washington en 1902, y por ende en la creación de la Oficina. Sanitaria Panamericana. La Oficina Sanitaria Panamericana, que más de una vez ha rendido tributo al distinguido investigador cubano, (2) se honra, pues, al aprovechar este aniversario para consignar su homenaje a uno de sus fundadores, eme es a la vez una de las más puras glorias de América y de la higiene, precursor en poner de relieve la importancia de los insectos como vectores de enfermedad, trazando así nuevos rumbos a '.H medicina tropical y contribuyendo poderosamente al adelanto de la sanidad y al bienestar de lahumanidad.

Del Boletín Sanitario Panamericano

2() *Véase, por ejemplo, el BOLETÍN de agosto* 1928, *p.* 991.

Las falsas Apendicitis

Uno de los problemas más importantes de la caridad abdominal, se halla en la fosa ilíaca derecha, y durante muchos año¿„ salvando buenamente el clínico la imprecisión sindrómica de sus cuadros patológicas, concretaba toda su actuación en un so'.o diagnóstico: apendicitis, que llevaba de la mano, una sola también e inapelable terapéutica: la intervención inmediata.

No puede negarse, .que en la patología del cuadrante abdominal inferior derecho, el apéndice juega un gran papel, pero no lo es todo. Creyendo en la existencia de la apendicitis crónica, he de mantener también firmemente, que se abusa de una manera extraordinaria de este diagnóstico en la práctica diaria, y recordemos que tal diagnóstico lleva consigo aparejada la intervención. Cualquier error cometido en el mismo, motivará pues, una apendicectomía innecesaria y expondrá al enfermo a las consecuencias de toda laparotomía.

Ésta precipitación de diagnosticar la apendicitis y en operar sus pretendidas lesiones, es un mal que tiene raíces muy antiguas y arraigadas. Desde que Dieulafoy describió la apendicitis aguda, insistiendo sobre los. contratiempos a que podía dar lugar el diagnóstico no precoz de la afección, el pronóstico de la misma se ensombreció por el ansia intervencionista, antes casi de presentar el enfermo el menor síntoma sospechoso. La apendicitis aguda, se decía que era una consecuencia y resultado de la crónica, y la atención de loe hombres de ciencia se dedicó per completo a despistar ésta y n tratarla al menor indicio, más c menos' cierto, de su existencia, rea!. Así las cosas, fueron extirpados tan gran cantidad de apéndices sanos, que se impuro una revisión cuidadosa de la sintomatología y tratamiento del proceso en cuestión, y mientras cada autor opinaba de un modo distinto y exponía su criterio más o menos aproximado a la verdad, la apendicitis crónica, con un síndrome autónomo, sentaba plaza en todos los tratados de patología médica.

SI niño que sin haber aquejado nunca absolutamente nada en fosa ilíaca derecha, se desarrollaba lentamente, presentaba alternancias de estreñimiento la diarrea, mientras su lengua sucia y su estado general se mantenían mediocres, era considerado como un verdadero caso de apendicitis crónica. Al lado I»: las autores que afirmaban tal diagnóstico debía basarse en uno de estos cuadros generales, aseguraban los de más allá, que eran los síntomas esencialmente locales, los que debían imponer el criterio acertado, y ante todo enfermo que presentase dolor a la presión en fosa ilíaca derecha, la apendicectomía se consideraba indicada y se practicaba *de* una manera sistemática.

El fracaso que bien a las claras testimoniaban los apéndicos sanos extirpados, hizo que perdieran en valor los clásicos puntos de dolor apendicular y mientras el de MacBurney a punta de dedo, se transformaba en una

amplia zona dolorosa, el de Lanz, Monro, y otros, se desvirtuaban por completo al comprobarse de una manera cierta, que el apéndice no era un órgano que se mantenía siempre en tales circunscripciones, sino que antes al contrario, se le podía hallar tan pronto en la fosa ilíaca izquierda, por debajo del hígado en las posiciones posteriores, etc. Sólo ha quedado a estos puntos típicos, un resto de valor clínica cuando la presión dolorosa en ellos, coincide efectivamente con el punto apendicular comprobado radioscópicamente.

El signo de Rowsing, compresión de colon izquierdo con dolor en región apendicular por rechazamiento de gases hasta ciego, con distensión del mismo, perdió igualmente su carácter de especifidad en el diagnóstico de la apendicitis, al verse de una manera clara, que en los casos de éxtasis intestinales y otras afecciones del ciego, el síntoma era positivo también. En las pericolitis, y en algunos operados de apéndice, el dolor se presentaba de la misma manera, mientras en casos de apendicitis clara, el síntoma citado, se mantenía en absoluto negativo. Su valor -s pues relativo, aunque en los libros se describa todavía.

Si la apendicitis crónica era fácil de diagnosticar, después de haber asistido, o por lo menos haber constatado en la historia clínica del enfermo algún episodio agudo anterior, tal facilidad convertíase en la apendicitis crónica primitiva, "d'emblée" tan frecuente, para muchos cirujanos y tan poco para los clínicos.

¿Sobre qué datos hemos de fundamentar el diagnóstico de la apendicitis crónica? Sobre todo y por encima de todo, en los datos que la clínica pueda suministrarnos y que serán los de más valor para orientar el diagnóstico. Veamos ahora cuáles son estos datos clínicos, estos síntomas que la apendicitis crónica nos proporciona.

El primero de todos es el dolor, pero no el dolor provocado que se encuentra a la exploración manual a punta de dedo, sino el dolor espontáneo, por crisis, que se presenta localizado en ep igastrio o en fosa ilíaca derecha, que dura media hora, tres cuartos o hasta un día y que se acompaña casi siempre de náuseas o vómitos. Es el niño que interrumpe sus juegos sobrecogido por un dolor que le obliga a llevarse las manos al vientre, mientras sus facciones palidecen ligeramente y que después de unos momentos continúan jugando como si nada hubiera ocurrido. Otras veces el dolor persiste obligando a guardar cama; se le purga creyéndole indigestado y queda bien o no, hasta que a los tres o cuatro 'meses repíte-la crisis también de una manera inopinada. El período intercalar puede durar más o menos tiempo, hasta años, durante los cuales el enfermo se encuentra completamente normal, hasta que un día, de pronto, su fisiologismo se altera por un nuevo dolor acompañado como el anterior de ligera reacción peritoneal, con vómitos o náuseas que pasan nuevamente sin dejar rastro, o que señalan un plastrón en sus primeros estadios. ¡Sí durante la crisis se pone el termómetro al enfermo, se apreciarán pequeñas elevaciones térmicas, que casi

nunca sobrepasan de 38º y que duran tan sólo unas horas. La fórmula leucocitaria, que correspondiendo a un proceso inflamatorio, acusa a veces, en las calmas intercalares una leucocitosis discreta con mononucleosis, convierte esta en polinucleosis durante las fases de agudización del proceso. Es frecuente que después de repetirse varias veces el ataque, no quede el enfermó completamente bien los períodos intermedios, y algunas molestias que aqueja en ellos, son testimonio de la perivisceritis que comienza a bloquear el proceso inflamatorio apendicular.

Este es el cuadro de la apendicitis crónica, cuyos síntomas no son sino un esbozo de los dramáticos de la forma aguda. El dolor en puñalada, la fiebre alta, la perforación que conduce a la muerte en la apendicitis aguda, aparecen en pequeño en la apendicitis crónica. Podemos decir con razón que la diferencia entre una forma y otra de apendicitis es, pues, una mera cuestión de cantidad.

No sentar nunca el diagnóstico de apendicitis crónica, sin haber comprobado anteriormente estas crisis típicas de dolor con reacción peritoneal, náuseas o vómitos, fiebre y alteraciones hemáticas. Desconfiar de todo cuadro que no sea el descripto y esta duda nos llevará de la mano al diagnóstico de las falsas apendicitis, que despistaremos, recurriendo si es preciso a todas las exploraciones clínicas, de laboratorio y radiológicas que se juzguen necesarias.

Los cirujanos no quisieron rendirse ante La evidencia que los apéndices sanos extirpados demostraban, y recurriendo al criterio histológico, probaron que la mayor parte de los que aparentaban a simple vista una perfecta normalidad, eran responsables de lesiones que aparecían a las claras en los cortes histológicos, como pronuncia Dieulafoy, "los encargados de absolver los errores médicos y cirujanos." ¿Que de particular tiene que se encuentren pequeñas lesiones histológicas en una viscera que se ha manipulado, pinzado, estirado, etc., durante el acto operatorio?

Lo esencial se resume en el cuadro clínico que hemos descripto. Ante un enfermo que lo presente, hay que pensar en la apendicitis crónica como forma atenuada de la aguda. La mayor parte de ellos proporcionan durante sus fases de reposo una exploración abdominal completamente negativa. Otros, por el contrario, de una manera inconsciente, mientras se logra distraer su atención acertadamente de la exploración manual que ″? está llevando a cabo, dan a conocer una defensa más o menos manifiesta en fosa ilíaca derecha y que constituye para nosotros un dato más a favor de la apendicitis crónica. En otros, por fin, encontraremos la defensa muscular acompañada de dolor a la presión, que completa de una manera definitiva el cuadro sindrómico.

Para pronunciarse a favor de una indicación terapéutica determinada es imprescindible haber sentado un diagnóstico rigurosamente exacto. A completar la eficaz ayuda que para el mismo supone el cuadro clínico des-

cripto anteriormente, nos brinde hoy radiología los datos "valiosas que derivan de la exploración del apéndice por métodos hoy día muy perfectos. Aparte los síntomas radiológicos indirectos, retención ileal, etc., que podemos recoger con una exploración vulgar a rayos X, el método de visualización apendicular de Czepa, es de un valor extraordinario. Gracias a él podemos apreciar que un tanto por ciento crecidísimo de los enfermos que presentan el cuadro clínico antes anotado, ofrecen un apéndice no visible a la exploración radiológica realizada durante cuatro días consecutivos con todo rigor, al par que los que no lo poseen son los que muestran apéndices que se rellenan en toda su extensión y cuya movilidad y con • tornos son absolutamente normales. Conviene tener en cuenta que en un 8-10 por 100 de individuos perfectamente sanos el apéndice no se hace visible por el procedimiento citado.

Con estos datos clínicos y radiológicos combinados estaremos en el camino más seguro que nos conducirá a un diagnóstico cierto de la apendicitis crónica. Si el enfermo presenta el cuadro clínico de la misma y su apéndice no ha podido hacerse visible, con toda tranquilidad y una seguridad casi absoluta puede llevársele a la sala de operaciones. Si la sintomatología clínica tan sólo se parece en algo a aquélla y el apéndice por otra parte es visible, desplazarle y no doloroso, buscar otra lesión, la pseudo-apendicitis, que motiva el cuadro.

Cuando se trata de uno de estos casos no podemos hallar las crisis típicas descriptas, tan precisas, formas atenuadas de la apendicitis aguda. El enfermo tiene sensación de peso, de malestar después de las comidas, de ligeras molestias dolorosas en el abdomen, cuadro que se presenta irregularmente y de una manera inconstante y que no traduce sino la falsa apendicitis.

Ahora bien; ¿cuáles son las entidades nosológicas cuyo síndrome puede ser origen de confusión y error en el diagnóstico de í-a apendicitis crónica? De entre las congénitas, las malposiciones y malformaciones del ciego, sobre todo ciego móvil, falta de rotación cecal, vólvulus, etc. De entre las adquiridas, la tuberculosis peritoneal localizada en lado derecho, pero sin afectar para nada el apéndice que queda sano y a menudo englobado en el magma inflamatoria específico; la litiasis renal derecha; ¡cuan fácil es de encontrar el enfermo que sufre las consecuencias, resultado de una operación apendicular, cuando a *los* pocos días de la misma expulsó un calculito renal! El dolor sin temperatura, las crisis más alargadas con dolor irradiado a testículo, con trastornos de la micción y hallazgo de hematíes en el sedimento urinario, la no alteración de la fórmula leucocitaria en el sentido apuntado, servirán si n>á fijamos, para descartar esta causa de error. La neoplasia **intes**tinal que comienza a formarse en el colón derecho, es otra de las causas de pseudo-apendicitis. ¿Y qué diremos de los enfermos de éxtasis intestinales crónicos derechos, que en un gran número llevan indeleble marca en su cicatriz abdominal del error diag-

nóstico cometido. al diagnosticarles la apendicitis? Ocupémonos finalmente de la colecistocos y de la anexitis. La primera es enfermedad engañosa doblemente: primero, porque por ella *mis*ma puede simular el cuadro apendicular; segundo, porque a menudo coexisten lesiones **apen**diculares y vesiculares a un tiempo. Si el enfermo que se nos pre senta actualmente con una crisis apendicular tuvo anteriormente ictericia o alguna otra **alteración** hepática, no pensar en que todo correspondía al apéndice; es mas posible que se extirpe éste y al cabo de muy poco, quizás transcurridas tan sólo una cuantas horas, la crisis de cólico hepático quite del espíritu del clínico *l*<\ satisfacción de -haber llevado .i cabo una terapéutica **acertada.** Por el contrario, puede suceder también que después de una resección laboriosa de la vesícula biliar, una **apendicitis** súbita, gangrenosa, se lleve al enfermo de una manera inopinada. Pensar, pues, en la posible **asociación** apendicitis-colecistitis y ¿\$^{n}$

desechar las enseñanzas que de su consideración derivan.

La anexitis es otro proceso que puede confundirse con la apendicitis crónica. Los trastornos menstruales, las crisis, coincicidiendo con las reglas, o sus alrededores y la exploración genital detenida junto con los rayos X, nos orientarán al diagnóstico.

En resumen: la **apendicitis** crónica es una enfermedad clínicamente aislable, individualizada y autónoma, **que** cursa con una sintomatología precisa y cuyo diagnóstico nos ayuda valiosamente la exploración radiológica. Todo lo que no sea 1 cuadro clínico descripto, los datos radioscópicos anotados, hay que descartarlo para pasar a **for**mar con ello el grupo de las **falsas** apendicitis. Ante una de ellas, agotar todo género de exploraciones, hasta lograr un diagnóstico exacto de la causa, que motivó la duda que **con** nuestro criterio supimos **aclarar.**

(Acta Médica Latina';.

Nuevo tratamiento del Coriza Hipertrófico

Por el Dr. Andrés M. Suáres. Montevideo (R. O. del U.)

A los tratamientos clásicos del coriza hipertrófico, la galvanocauterización o la extirpación con el ansa fría o las tijeras, se añadió hace poco la diatermocoagulación, habiendo Lemoine (1) ideado su pinza especial de cuatro electrodos que delimitan muy bien entre *sí* la superficie a destruir (evitando así, hacer es caras óseas) obteniendo con ese método interesantes resultados.

En febrero de 1930, Richier (2) preconiza un nuevo procedimiento que consiste en la retracción permanente por inyecciones esclerosantes, usando después de variadas experiencias y con el mejor de los resultados, el clorhidrato doble de quinina y urea, vale decir, el mismo medicamento ya preconizado por Bensaude y muy usado actualmente en el tratamiento de las hemorroides.

La estructura histológica de la mucosa pituitaria y su analogia anátomo-patológica con la estructura de los cuerpos cavernosos, con sus capas profundas encerrando verdaderos senos vasculares, fueron la base de sus experiencias, de las que obtuvo espléndidos resultados.

Este nuevo tratamiento es indicado por Richier sobre todo en la forma congestiva pura (o vasomotora) de la rinitis hipertrófica, obrando con buenos resulta dos en las formas parenquimatosas y poliposas que sin embargo y en general, benefician de este procedimiento.

La técnica y el proceder de Richier es sencilla. Dos cosas son para él esenciales: 1?, inyectar unas fosas nasales limpias, y 2?, saber esperar para inyectar el liquido esclerosante, que el cornete esté perfectamente retraído, haciéndolo así el medicamento obra sobre los lagos venosos vacíos o exangües y con sus paredes acoladas. Una semana antes de la intervención hace desinfección de las fosas nasales con instilaciones con sales de plata, silvol, collargol o protargol.

Anestesia de imbibición. Solución acuosa de clorhidrato d2 cocaína al 10 % y adrenalina al 1 %? en *partes iguales,* durante 10 minutos. Si la retracción de la mucosa no es perfecta y no es modelada sobre la estructura del cornete, nueva mecha.

El líquido a inyectar es, cómelo dijimos, el clorhidrato doble de quinina y úrea al 5 %. Esta mezcla es anestésica por sí misma. no tóxica, bien tolerada siempre y tiene la gran ventaja de no producir embolias.

Richier usa la jeringa de Aubin (forma bayoneta) que no perturba la visión en profundidad y da cinco pinchazos que responden a las regiones en *que* el tejido eréctil está 'más hipertrofiado.

Pincha cabeza, parte media y cola del cornete inferior y luego* en borde inferior el cornete in-

---

(1) La diathermie en QRL (París, 1927).

(2) Sosiété Laringologique des Hopitaux (febrero **1830,pág.** 624}

ferior, un pinchazo en la parte anterior y otro para la parte posterior. La picadura debe ser profunda, hasta el esqueleto óseo, para que el líquido quede en pleno tejido eréctil. Richier inyecta de 1 y_2 a 2 ce. en cada fosa nasal, habiendo notado en algunos enfermos que después de la inyección quedan algo ensordecidos o sienten zumbidos de oído; son causados por la quinina, son fenómenos pasajeros y se desvanecen en pocas horas.

Después de inyectado el cornete aumenta de volumen desde las 24 horas hasta 4 o 5 días, llegando a veces a obstruir la fosa inyectada. En esos casos se pueden dar gotas con adrenalina y cocaína o pulverizaciones con efedrina para descongestionar.

Después de una semana el enfermo respira ya mejor y en 15 días a 3 semanas al máximo la permeabilidad nasal es perfecta, pues el cornete queda reducido a la mitad de su volumen y la mucosa es de color rosado brillante y húmeda.

Richier recomienda inyectar un lado y el otro a los 8 días. En su estadística sólo un 15 % necesitaron una 2^ inyección, pues casi siempre basta una sola.

Nosotros hemos procedido en esta forma: estando las fosas nasales en condiciones. colocamos un algodón humedecido con la mezcla de solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 10 % y clorhidrato de adrenalina al 1 %º. La anestesia es casi siempre perfecta a los 5 minutos. *Con un* espéculo de Palmer dilatamos la fosa nasal a inyectar. Usamos una jeringa común de vidrio de 2 ce. y una aguja de 5 centímetros de largo (de las usadas corrientemente para inyecciones intramusculares).

Pinchamos la cabeza del cornete inferior y una vez que llegamos al piano óseo empezamos recién entonces a inyectar lentamente, progresando con la aguja hacia el fondo, llegando hasta la parte media del cornete. En este primer recorrido gastamos entre % o 1 ce. de la solución doble al 5 % de clorhidrato de quinina y úrea.

Cambiamos después la aguja intramuscular por otra aguja. más larga (de unos 10 cm., de las usadas para punciones lumbares). Pinchamos ahora la parte media del cornete inferior inyectando lentamente y progresando en dirección a la cola del mismo cornete, gastando en esta trayectoria la misma cantidad de inyectable. En la forma que procedemos no es perturbada la visibilidad. Podría también hacerse un solo pinchazo con la **aguja** larga (10 cm.) y según inyectamos hasta la cola del cornete, pero existe el **peligro** de abandonar la vecindad del plano esquelético del cornete e inyectar muy superficialmente el líquido (lo que podría provocar una escara de la mucosa).

La 'misma estructura anatómica de la mucosa de revestimiento del cornete inferior nos demuestra que ella está más desarrollada a nivel de la cabeza y cola del cornete inferior, siendo en su parte media más delgado su espesor. Es ésta una razón de importancia por la que juzgamos conveniente proceder así: la primera inyección penetra con la aguja intramuscular en la cabeza del cornete inferior (lugar donde la mucosa se halla espe-

sada) y termina en la parte media (donde la mucosa es más débil). La segunda inyección (con la aguja de punción lumbar) penetra en la parte 'media del cornete inferior', donde la mucosa se halla casi acolada al plano esquelético y sobre el que deslizamos la aguja que al avanzar va también profundizándose hasta la misma cola del cornete.

Llama la atención que los puntos donde es pinchada la mucosa nasal después de inyectada ésta, sangran en abundancia. Esta hemorragia se cohibe sin embargo rápidamente y fácilmente, bastando un taponamiento durante unos 5 a 10 minutos con una torunda de algodón embebida en solución de clorhidrato de adrenalina al 1 %?.

El zumbido de oídos, provocado por la quinina, y que Richier dice haber aparecido en algunos délos casos por él tratados, no ha sido constatado en ninguno de los enfermos sometidos por nosotros a este tratamiento.

La intervención no es nunca dolorosa. Algunos enfermos sienten, sin embargo, fugaces dolores en la región maxilar superior del lado inyectado, dolores que aparecen a las 3 o 4 horas de la inyección, que no son nunca intensos y desaparecen casi siempre dentro de las primeras 24 horas. Otras veces un poco de ardor de garganta o molestias provocadas por algunas gotas del medicamento que pueden caer en riño faringe (siendo el gusto amargo del remedio muy desagradable).

El cornete inyectado en algunos casos (los menos) se pone rojo, tumefacto y como aframbuesado. A los 2 o 3 días está en su período álgido y comienza a ceder hacia el 4º o 5º día en que el enfermo respira ya bastante bien del lado tratado.

Nuestra experiencia pasa en Ja actualidad de más de cien casos-tratados, constando en todos-ellos beneficios con este tratamiento. No podemos hablar de resultados alejados, pues los primeros enfermos fueron tratados en Junio de 1931, pero algunos caso s son demostrativos de las ventajas del método. Uno de ellos es el caso de un paciente (padre de un colega) de 55 años de edad, que desde hace 7 años sufría de un coriza hidrorreico con crisis diarias de secreción y estornudos. Cauterizado con gálvano mejoró por 2 o 3 meses y después siguió igual. Con tratamiento de instilaciones nasales

con atropina y neopanearpina por boca se aliviaba bastante. En julio de 1931 se le. hace inyección de quinina y úrea del lado izquierdo y mejoró casi enseguida (era el lado que más le molestaba) . Al tiempo repetí la inyección del lado derecho y desde entonces ha quedado curado, suprimiendo todo tratamiento. Su mucosa nasal es ahora de color más pálido y la amplitud nasal perfecta, habiendo desaparecido las crisis molestas.

Otro caso interesante es el *de* un enfermo con una coriza hipertrófico que la inyección mejoró y reapareció el sentido del olfato adormecido hacía unos *ñ* meses.

Otro caso digno de mención es el de un enfermo con coriza a báscula desde tres años antes y catarro tubo timpánico del lado izquierdo, que con el tratamiento mejoró su coriza y la audición.

Richier asegura que el efecto de las inyecciones es mucho más eficaz y duradero que el de las cauterizaciones y que sólo excepcionalmente los enfermos requieren renovar la inyección primitiva.

En resumen, en nuestra modesta opinión, la intervención en el coriza hipertrófico, por las inyecciones de clorhidrato doble de quinina y úrea al 5 %, la creemos superior a la cauterización ígnea, cuyos resultados son más inconstantes en sus efectos; la acción es menos rápida en la cauterización, teniendo en muchos casos que ser renovada.

El tratamiento por inyecciones no produce sinequias nunca, las que no son raro ver aparecer en las cauterizaciones ígneas, ya por. haber sido tocado involuntariamente un punto del tabique con el cauterio.

La cauterización, aun en 1©3 casos más favorables, vale decir cuando su resultado es bueno, tiene generalmente un gra e inconveniente: el resultado no es durable y vemos con relativa frecuencia que esos mismos enfermos vuelven después de un plazo más o menos largo a presentar los mismos o parecidos síntomas de obstrucción nasal.

Las ventajas de las inyecciones esclerosantes sobre la intervención sangrienta son aun mayores. Son en la actualidad muchos los especialistas contrarios en absoluto a ella por los posibles resultados post-operatorios. En efecto; el peligro de la destrucción esquelética de los cornetes es el de ver sobrevenir después de una intervención de esta naturaleza en el enfermo, ya' un coriza atrófico, a veces mismo un ozena, otras un rebelde catarro naso-faríngeo, otras, laringitis a repetición, etc.$_T$ etc.

En los profesionales de la voz (y .sobre todo en los cantantes las intervenciones mutilantes sobre los cornetes son también muy peligrosas, pues pueden ellas modificar el timbre o el tono de la voz al hacer demasiado amplias sus fosas nasales, las q te desempeñan un rol importante (el de caja de resonancia) en la fonética.

(Revista Médica Latino Amen - cana).

Tratamiento de las quemaduras producidas por el trío y por el calor por medio de la Parafina. tratamiento de las escaras y de las úlceras

(Concluye)

ceras directamente con una cuchara, con un pincel o con un pulverizador de parafina. La acción que tiene es la de una piel artificial, porque forma en la herida una capa aisladora del ambiente exterior, calmando de inmediato el dolor y permitiendo que entre la capa de parafina y la herida circulen los glóbulos blancos que fagocitan las partes necrosadas y además regeneran la piel.

Además, la parafina es un cuerpo inerte que no irrita las heridas, por consiguiente se cicatrizan más fácilmente.

Desde hace seis años hemos usado la parafina en el tratamiento de las quemaduras, en el de las escaras y de las úlceras, combinada con el suero normal de caballo y estamos satisfechos con el resultado que han obtenido en corto plazo todos nuestros enfermos, con las ventajas sobre los otros tratamientos, de ser rápido, no dejar cicatrices y caímar el dolor.

Conclusiones

1º El tratamiento ideal de las quemaduras, ya sean de primer grado, segundo grado, y tercer grado, es por medio de la parafina.

2º El tratamiento ideal de **las** escaras y de las úlceras variosas es la aplicación local de suero normal de caballo y parafina.

3º El papel de la parafina en todos estos casos es el de una piel artificial, porque protege la herida del ambiente exterior, calmando el dolor.

4º Entre la capa de parafina y la herida circuían los glóbulos blancos (fagocitos) que limpian las partes necrosadas y regeneran la piel al disponerse como baldosas.

5º Por todas estas razones, las quemaduras sometidas a este tratamiento cicatrizan por primera intención, sin dejar rastros

6º Las heridas y quemaduras no supuran nunca con este procedimiento.

7º Con *parafina radioactiva se* obtienen resultados más rápidos y eficientes que con la parafina común.

(Revista Médica
Latino Americana.)

De cómo hacer para evitar el contagio venéreo

Por el Dr. Leónidas Rebaudi.

He aquí una pregunta que todo padre se hace angustiado cuando presiente que su hijo se inicia en la vida sexual y es esta - la pregunta que el Estado debe hacerse para allegar medios evitando el contagio de sus ciudanos, como verdadero padre 'e nuestra patria.

Es natural que contrayéndose las enfermedades venéreas especialmente por el contagio sexual la infección se reducirá a un minimun despreciable, si se suspende aquél, o por lo menos si la primera relación sexual se hace lo más tarde posible y he aquí los dos medios principales: uno que compete al padre, y ello es la educación de sus hijos, y la otra al Estado, dando las mayores facilidades para el desarrollo del ejercicio físico y de allí la necesidad de educar a los padres y la necesidad de la creación de so ciedades de cultura física de concurrencia obligatoria, donde el joven ocuparía sus ratos de ocio. mal consejero, beneficiándose a la par de múltiples maneras.

La otra sería crear una situación financiera fácil a los matrimonios jóvenes (exención de impuestos, preferencia en la provisión de vacantes, etc.), gravando en forma a los solteros, de manera de provocar la realización de los mismos.

Es naturalmente el matrimonio entre gente sana la que da el máximun de garantías en la prevención del contagio venéreo. De esta manera la iniciación de la vida sexual y el matrimonio deben coincidir. Naturalmente por razones raciales y del medio en que vivimos esto lo tengo por imposible, pero una cosa es cierta, y es la siguiente: que cuanto menos años transcurran entre una fecha y la otra, tanto menor será el peligro de contagio.

Iniciada la vida sexual del joven, es necesario que éste se prevenga contra el contagio, y para prevenirse contra un peligro -.3 necesario que se le conozca, de allí la necesidad de instruir al padre y al hijo, para que de todas maneras se evite la enferme' dad; esto implica la enseñanza sexual, racional, a los alumnos de las escuelas secundarias, indicando las maneras de evitar el contagio.

Se debe tener en cuenta que

esta enseñanza se hace a jovenes no contaminados aún y a los cuales se les previene contra el contagio, luego las conferencia, deben ser diferentes a aquellas que uno da a los enfermos; en éste la enseñanza preventiva debe ocupar la mayor importancia, mostrando a la par las desgracias de los enfermos. Esta es quizá la enseñanza más difícil, por el tino que hay que poner-en la demostración de las cosas, porque así como el organismo fisico está en crecimiento así también lo está el psíquico y cualquier traumatismo puede traer trastornos graves en la esfera psíquica, trastornos la más de las veces de aparición, tardía y difícilmente reparables.

Aquí hay que inculcar al joven la desconfianza eliminando el carácter quijotesco de los mismos, cuya tendencia a creer lo que la mujer dice es innato. Ninguno de ellos pone en duda las aseveraciones de la mujer que aa poseído respecto a su estado cío salud, aunque ésta sea una que haga negocio de su carne, y ya hombre, olvidando aquel famosa proverbio "No creas en lágrimas de mujer ni en la renguera del perro," .aceptan a los primeros lagrimeos la virginidad de sus conquistas, siendo innmerables las víctimas que causan estas llamadas "voladas," y si el hombre acepta que su -conquista no sea virgen, no se le pasa ni siquiera un minuto por la imaginación que otro pueda a la par de él tener contacto con su mujer. (Esto está ligado a-~ la naturaleza-psíquica del hombre en lo que a la esfera sexual se refiere).

En las clases acomodadas son las sirvientas las que causan mayor número de estragos, siendo éstas mayores que los recién iniciados, no es posible creer en que el que aparece como conquistador realmente lo sea. La mujer casada es, para los ingenuos conquistadores, la que mayores garantías reúnen, y es por ello que éstas pesan considerablemente en las estadísticas de causas de contagio.

La enseñanza de la prevención del hombre durante el contacto sexual y antes de él, deberá ocupar un sitio preponderante en las conferencias dictadas a los escolares. Se pasarán revista a todos los medios preventivos de uso común y se recalcarán las

ventajas insuperables del preservativo de goma y de la higiene post-coitum. Es necesario que vi hombre sepa que el preservativo debe ser comprado en una farmacia y no en lenocinio, pues allá le suelen vender usados; es necesario que sepa que éste puede ser viejo y estar en malas condiciones., y es por ello que el mismo interesado deberá probarlos pocos días antes de su relación sexual, para lo cual los estirar, comprobando la elasticidad de la goma y los inflará verificardo si no tienen orificios. Es necesario que sepa la buena manera de colocar el preservativo, descorriendo el prepucio lo más posible y envaselinando el preservativo por fuera una *vez* colocado.

Hay que enseñar la posibilidad inminente de la infección en los contactos anormales y aquí podría referir el caso de un paciente que concurría a las conferencías sobre profilaxis y que corvo en ellas no se prevenía contra el contagio de los coitos bucales adquirió un blenorragia, de la cual está actualmente en cura

Hay que prevenir a los hombres contra las maniobras que realizan las mujeres para acelerar las erecciones y las eyaculaciones; hay que prevenirlo contra los besos y sobre todo los bucales.

Refiriendo estas cosas' fría mente, el joven pierde el entusiasmo excitado, por los cuentos, lujuriosos de sus amigos más o menos anormales o de revistos pornográficas. . ...

He aquí reunidos los puntos que deberán tenerse en cuenta en las conferencias dadas a *los* escolares.

La organización de conferencias dadas por el Estado en los talleres fábricas y en los clubs de empleados teniendo en cuenta los puntos ya anotados debería constituir un-a preocupación constante de todo buen gobierno.

Esto es lo que se refiere a la enseñanza del hombre preventivamente pero el Estado tiene la obligación de cuidarlo, vigilando los lugares donde él legaliza el acto sexual en los hombres no casados y aquí las inspecciones deberían ser muy rigurosas no sólo en cuento a lo que a la mujer se refiere sino al estado higiénico del local.

Todos los lenocinios debieran estar munidos de un local con irrigadores, para lavajes, con cánulas esterilizadas, y de una canilla colocada en forma de poder hacerse la limpieza de la región sexual, sin tener que recurrir a las palanganas o bidets: las toallas deberán ser de papel.

, Siempre .he aconsejado a mis enfermos. no concurrir los días sábados o víspera de fiestas a los prostíbulos, porque la aglomera ción de los concurrentes es tal que la higienización de las prostitutas se hace imposible y he aquí el punto importante que tendría que ser tomado en cuenta, para buscar *una* posible so lución, la de limitar el número de visitas que pueda recibir una mujer por día..... _____:.

En los coitos fuera de los lugares habituales y en aquellos efectuados en jóvenes a quienes no se las puede tomar como prostitutas, es necesario que el hombre sepa que el preservativo de goma es el que reúne mayores seguridades tanto en lo que se refiere a él como a la mujer, y de esta manera se evitarían muchos abortos que dejan a las pobres en condiciones precarias poniendo muchas veces en peligro sus vidas y dejándolas inútiles para madres a otras.

Los lugares clandestinos deberán ser castigados severamente, sobre todo en forma pecuniaria y a la mujer que recoge sus clientes por la calle se les debe imponer penas severísimas, penas que sólo podrán ser más atenuadas siempre que la susodicha compruebe que se mantiene bajo una inspección médica diaria.

Esto es en lo que se refiere a la prevención. En cuanto a la curación, el Estado deberá dar la mayor importancia a los dispensarios mejorando los ya existentes, cuya necesidad ya el Dr. Manuel Carbonell, como concejal, ha dado pruebas de sentirla, presentando un proyecto que está en vías de ejecución y creando otros locales.

Las conferencias en los dispensarios deberán tener en cuenta tres puntos principales: 19 Aconsejar al enfermo dé a su enfermedad toda la importancia que ella tiene, para procurar su curación. 2__ Aconsejar la abstención sexual como medio de no contagiar a otros. 39 Enseñar los medios preventivos para que una vez curado no vuelva a enfermarse.

El estado, por otra parte, debiera vigilar a estos enfermos, estableciendo penas severísimas al que tuviese relaciones sexuales y en los prostíbulos, gratificando a la mujer que denunciase al enfermo que pretenda realizar el acto sexual.

Lista de los individuos de la Facultad de Medicina y Cirugía

Abarca Justo	16	agosto	1933	8	162
Acosta Isidoro	4	octubre	1927	6	65
Aguilar Juan P.	24	noviembre	1921	5	126
Aguilar Reginaldo	6	enero	1926	5	274
Aguilar Manuel	6	„	1926	5	274
Aguilar Ricardo	24	noviembre	1921	5	126
Alduvín Ricardo D.	5	„	1929	7	94
Alegría C. Guillermo	5	„	1929	7	94
Alfaro Jacinto	29	julio	1931	7	241
Alvarado Guillermo	1	enero	1918	4	282
Argüello Benjamín	22	noviembre	1903	4	63
Argueta Ernesto	1	enero	1918	4	282
Ariza Vicente Alfredo	1	„	1918	4	282
Azpuru España Julio	1	„	1918	4	282
Ayes Pablo E.	22	noviembre	1903	4	63
Belluci Alberto	24	noviembre	1921	5	126
Bernhard José	22	septiembre	1933	8	178
Bográn Antonio	4	octubre	1927	6	65
Bográn Román	19	diciembre	1919	5	68
Bonilla Contreras Adán	3	abril	1919	5	42
Boquín Gustavo	1	enero	1918	4	282
Bueso Francisco	22	noviembre	1903	4	63
Cáceres Vijil Manuel	15	marzo	1929	7	35
Callejas José Jorge	22	noviembre	1903	4	63
Callejas Salvador	16	agosto	1933		
Callejas Venancio	1	enero	1918	4	282
Carrasco José	22	noviembre	1903	4	63
Casco J. J.	5	„	1929	7	94
Castañeda Tulio	3	abril	1919	5	42
Castillo Barahona Manuel	24	noviembre	1921	5	126
Centeno Presentación	3	abril	1919	5	42
Coello Eduardo R.	1	junio	1927	6	56
Córdova Salvador	22	noviembre	1903	4	63
Corrales Manuel	5	noviembre	1929	7	94
Dávila J. Manuel	5	noviembre	1929	7	93
Debayle Luis H.	24	„	1921	5	126
Díaz Humberto	29	julio	1931	7	241
Durón Guillermo E.	24	noviembre	1921	5	126
Durón José R.	1	junio	1927	6	57
Durón Membreño Raúl	4	octubre	1927	6	65

Echeverría Jesús	29	julio	1931	7	241
Erazo Abelardo	1	enero	1918	4	282
Espinoza Rodolfo	24	noviembre	1921	5	126
Figueroa Camilo	15	marzo	1929	7	35
Figueroa Francisco P.	4	octubre	1927	6	65
Funes José Cecilio	22	noviembre	1903	4	63
Gálvez Carlos M.	29	julio	1931	7	241
Gallegos de Mejía Carmen	5	noviembre	1929	7	94
Girón Camilo	1	enero	1918	4	282
Girón Aguilar Arístides	6	enero	1926	6	1
Guerrero Benjamín	1	„	1918	4	282
Guillén Aguilar Francisco	1	„	1918	4	282
Gómez Pastor	4	„	1927	6	46
Gómez Rovelo Emilio	16	agosto	1933	8	162
Gómez Rovelo Roberto	16	„	1933	8	162
Guilbert Enrique	16	„	1933	8	162
Hernández Eduardo	22	noviembre	1903	4	63
Hernández Francisco	5	„	1929	7	94
Herrera Magín	5	„	1929	7	93
Irías Romualdo	6	enero	1926	5	274
Izaguirre Gabriel	4	octubre	1927	6	65
Laínez José Lázaro	1	enero	1918	4	282
Lardizábal Carlos	24	noviembre	1921	5	126
Larios Córdova Manuel	6	marzo	1928	7	33
Lobo Gregorio A.	3	abril	1919	5	42
López Juan F.	22	noviembre	1903	4	63
López Cobos Ramón	24	„	1921	5	126
López Pineda Tito	7	„	1927	6	69
López Villa Antonio	1	enero	1918	4	282
Mairena Juan F.	5	noviembre	1929	7	94
Marichal Bartolomé	5	„	1929	7	93
Marichal Fernando	17	agosto	1932	8	59
Martínez José	29	julio	1931	7	271
Martínez Valenzuela Rafael	5	noviembre	1929	7	94
Mejía Isidoro h.	1	enero	1918	4	282
Mejía Colindres Vicente	22	noviembre	1903	4	63
Mendoza Trinidad E.	22	„	1903	4	63
Midence Alfredo	5	„	1929	7	94
Milla Cisneros Luciano	6	enero	1929	5	274
Milla Galeano Horacio	4	octubre	1927	6	65
Moncada C. Cornelio	29	julio	1931	7	241
Moncada Juan V.	6	enero	1926	5	274
Moncada Pablo	29	julio	1931	7	241

Morales Manuel	1	enero	1918	4	282
Muñoz Carlos P.	3	abril	1919	5	42
Muñoz Cabañas Rafael	22	noviembre	1903	4	63
Muñoz Hernández Genaro	22	„	1903	4	63
Núñez Hércules Jacobo	5	„	1929	7	94
Ochoa Velásquez José Mª	22	noviembre	1903	4	63
Ordóñez Juan José	22	„	1903	4	63
Ortez Enrique	5	„	1929	7	93
Paredes Salvador	6	enero	1926	5	274
Paz Baraona Miguel	1	„	1918	4	282
Peraza J. Antonio	5	noviembre	1929	7	94
Pineda U. Abelardo	29	julio	1931	7	241
Pineda Guillermo	1	enero	1918	4	282
Pinel Carlos J.	22	noviembre	1903	4	63
Pinel Max	29	julio	1931	7	241
Pounds T. C.	5	noviembre	1929	7	94
Rápalo J. Inés	12	enero	1926	6	3
Reyes Guadalupe	29	julio	1931	7	241
Reyes Ramírez Ramón	19	diciembre	1919	5	68
Rivas M. Noé	5	noviembre	1929	7	94
Rivera Jesús M.	29	julio	1931	7	241
Rodezno Virgilio	6	enero	1926	5	274
Rodríguez Jesús E.	22	noviembre	1903	4	63
Rodríguez Luciano	15	diciembre	1933	9	
Rodríguez Marco A.	5	noviembre	1929	7	94
Romero Carlos	1	enero	1918	4	282
Romero Mónico	5	noviembre	1919	7	94
Romero Pompilio	22	„	1903	4	63
Rosa Domingo	12	enero	126	6	3
Salinas Rafael	15	marzo	1929	7	35
Sandoval José M.	16	agosto	1933	8	162
Sánchez U. Francisco	15	marzo	1929	7	35
Sánchez Miguel A.	5	enero	1918	5	274
Silva Constantino	29	julio	1931	7	241
Smith Federico	1	enero	1918	4	202
Soriano Nazario	1	„	1918	4	282
Suárez Angel	12	„	1926	6	3
Suárez Pío	22	noviembre	1903	4	63
Suazo Alonso	22	septiembre	1933	8	178
Trejo Castillo Rafael	15	marzo	1929	7	35

NOTAS

Desde el 19 de este mes se encuentran entre nosotros los consocios y amigos Doctores Adán Bonilla Contreras, Rafael Muñoz, Cabañas y Gabriel Izaguirre Diputados al Congreso Nacional.

Fue aceptado corno socio activo de la Asociación Médica el Dr Juan A. Mejía, actual Diputado al Congreso Nacional.

Procedente de Italia Suiza, Francia y Estados Unidos ingresó el 6 del presente el Dr. Ricardo D. Alduvín, Decano de la Facultad de Medicina.

Para el puerto de La Ceiba partió el 19 del presente el Dr. Emilio Gómez Rovelo, Administrador de esta Revista, a radicarse con su señora y ejercer 1 profesión.

Presentó renuncia del cargo de Secretario de la Facultad de Medicina el Dr. Julio Azpuru España.

Para sustituir al Dr. Gómez Rovelo, que renunció, fue electo Administrador de la Revista Médica el Dr. Ricardo D. Alduvin.

El autor del artículo paludisbo del número anterior es el D. Manuel Cáceres Vijil.

Uclés Durón Pío	5	noviembre	1929	7	93
Valenzuela Calixto	2	noviembre	1903	4	63
Valenzuela Héctor	1	enero	1918	4	282
Valladares Ramón	1	enero	1918	4	282
Valle Francisco	12	„	1926	6	3
Valle Zoilo M.	29	julio	1931	7	241
Velásquez Víctor Manuel	27	„	1931	7	240
Vidal Antonio	6	enero	1926	5	274
Vives Monjil Enrique	1	„	1918	4	282
Waller S. M.	12	enero	1926	6	3
Wunderlich Mario J.	22	noviembre	1903	4	63
Zacapa Miguel	7	noviembre	1927	6	69
Zepeda José Santos	19	diciembre	1919	5	69
Zepeda Romualdo	1	enero	1918	4	282
Zelaya Arturo	1	„	1918	4	282
Zúniga Manuel G.	22	noviembre	1903	4	63

Se ruega a los señores Profesionales que sean Individuos de la Facultad de Medicina y que no aparezcan en esta lista se sirvan comunicarlo a la mayor brevedad posible 'a la Secretaría.