

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña

Año IV | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Febrero de 1934 | Núm. 40

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Manuel Cáceres Vigil

Dr. Antonio Vidal

SECRETARIO DE REDACCION:

Dr. Julio Azpuru España

Dr. Guillermo E. Durón

ADMINISTRADOR:

Dr. Ricardo D. Alduvin

SUMARIO

	Pág.
Página de la Dirección	193
Las verdaderas apendicitis, por el Dr. S. Paredes P.	195
Memorandum referente a una campaña de malaria	199
Examen Clínico de un prostático	204
Los yodicos en el período pre-serológico de la lues	205
Algunas observaciones sobre índice esplénico, por el Dr. Antonio Vidal	207
Tratamiento de las fracturas de la extremidad inferior del radio, por el Dr. P. Moulonguet.	210
Gastroscopia, por el Dr. Julio Piñeiro Sorondo	216
Aforística neurosifilográfica, por el Dr. Horacio Abascal	226
Continuación de las observaciones de paludismo y sero-reacción de Kahn, por el Dr. Manuel Cáceres Vigil	228
Dr. Victor Pauchet	231
Higiene rural. La inspección de alimentos	231
Revista de Revistas, por el Dr. Paredes P.	234
Una nota de la Asociación Médica Hondureña	241
Notas	242
Índice de tres tomos de la Revista Médica Hondureña por orden alfabética de autores	242

Miembros de la Asociación Médica Hondureña

SOCIOS HONORARIOS

1 Dr. V. Mejía Colindres	Puerto Cortés
2 Dr. Miguel Paz Baraona	Washington
3 Dr. José María Ochoa V.	Comayagua

SOCIOS ACTIVOS "EN TEGUCIGALPA"

4 Dr. Camilo Figueroa	23 Dr. Ricardo D. Alduvin
5 Dr. Salvador Paredes	24 Dr. José Jorge Callejas
6 Dr. Ramón Valladares	25 Dr. Samuel Molina Gómez
7 Dr. Antonio Vidal	26 Dr. Ernesto Argueta
8 Dr. Héctor Valenzuela	† 27 Dr. Rubén Andino Aguilar
9 Dr. Tito López Pineda	28 Dr. Humberto Díaz
† 10 Dr. Alfredo Sagastume	29 Dr. Miguel A. Sánchez
11 Dr. Marco D. Morales	30 Dr. Rafael Rivera L.
12 Dr. Trinidad E. Mendoza	31 Dr. Gabriel R. Aguilar
13 Dr. Manuel Larios C.	32 Dr. Víctor Manuel Velásquez
14 Dr. Julio Azpuru España	33 Dr. Francisco Sánchez U.
15 Dr. M. Castillo Barahona	34 Dr. Eduardo R. Coello
16 Dr. Magín Herrera A.	35 Dr. Juan A. Mejía.
17 Dr. José Manuel Dávila	36 Dr. Justo Abarca h.
18 Dr. Manuel G. Zúñiga	37 Dr. Manuel Cáceres Vijil
19 Dr. Romualdo B. Zepeda	38 Dr. Guillermo E. Durón.
20 Dr. Abelardo Pineda U.	39 Dr. Fernando Marichal S.
21 Dr. Pastor Gómez h.	40 Dr. Henry D. Guilbert
22 Dr. Isidoro Mejía h.	

"Fuera de Tegucigalpa"

1 Dr. Isidro Acosta,	Progreso
2 Dr. Pío Suárez,	Yoro
3 Dr. Pompilio Romero,	Olanchito
4 Dr. Guadalupe Reyes,	San Pedro Sula
5 Dr. José Martínez O.,	San Pedro Sula
6 Dr. Presentación Centeno,	San Pedro Sula
7 Dr. Román Bográn,	Nueva York
8 Dr. Manuel Morales,	San Pedro Sula
9 Dr. Cornelio Moncada C.,	" " "
10 Dr. Rafael Martínez V.,	La Lima
11 Dr. Juan V. Moncada,	La Ceiba
† 12 Dr. Francisco A. Matute,	" "

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

13	Dr. Tulio Castañeda,	La Ceiba
14	Dr. Gregorio A. Lobo,	Catacamas
15	Dr. Juan F. Mairena,	Danlí
16	Dr. Carlos J. Pinel,	Choluteca
17	Dr. Manuel Corrales,	San Marcos de Colón
18	Dr. Francisco Guillén Aguilar,	" " " "
19	Dr. Gustavo Boquin,	Comayagua
20	Dr. Dr. Lorenzo Cervantes,	La Paz
21	Dr. J. Miguel Zacapa,	" "
22	Dr. Adán Bonilla Contreras,	Santa Rosa de Copán
23	Dr. Rafael Muñoz Cabañas,	Matallaca (Gracias)
24	Dr. Luciano Milla Cisneros,	Guatemala
25	Dr. Ramón López Cobos,	Santa Rosa de Copán
26	Dr. Marco Antonio Rodríguez,	" " " "
27	Dr. Domingo Rosa,	Amapala
28	Dr. Virgilio Rodezno,	Ocotepeque
29	Dr. Emigdio Mena,	Santa Bárbara
30	Dr. Guillermo Pineda,	Trinidad (Sta Bárbara)
31	Dr. Ricardo Aguilar,	Quiriguá (Rep. de Guatemala)
32	Dr. Arturo Zelaya Z.,	Tela
33	Dr. J. Jesús Casco,	"
34	Dr. Gabriel A. Izaguirre,	La Ceiba
35	Dr. Manuel L. Aguilar,	Choluteca
36	Dr. José Leonardo Godoy,	San Pedro Sula
37	Dr. J. Antonio Peraza,	" " "
38	Dr. L. E. Fletcher,	Puerto Castilla
39	Dr. Aristides Girón Aguilar,	Paris
40	Dr. Francisco Valle M.,	Ocotepeque
41	Dr. Guillermo Bustillo Oliva,	Baltimore
42	Dr. Carlos Pinel h.,	Tela
43	Dr. Ramón Reyes Ramírez,	Trujillo
44	Dr. Emilio Gómez Rovelo,	La Ceiba.
45	Dr. Roberto Gómez R.,	Trujillo.
46	Dr. E. A. Maure,	Tela

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Manuel Catares Vijil

Dr. Antonio Vidal

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Julio Azpuru España

Dr. Guillermo E. Durón

ADMINISTRADOR:

Dr. Ricardo D. Alduvín

Año IV | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Febrero de 1934 | N° 40

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Con pesar nos hemos enterado por la prensa local de la solicitud de algunos Diputados en el Congreso Nacional, pidiendo la derogación del decreto 95 del Congreso Nacional, que en marzo de 1932 fue emitido, creando un gravamen sobre Especialidades Farmacéuticas para la construcción del edificio de la Escuela de Medicina Cirugía y Farmacia.

Decimos con pesar porque un gran paso se había dado hacia la realización de un ideal que venía a satisfacer grandes necesidades nacionales. Después de un año de vigencia del decreto, el Soberano Congreso lo reformó rebajando a la mitad el impuesto acordado. Ahora, haciendo eco de los informes de la Cámara de Comercio, se pretende abolir el mencionado decreto.

Si existieran, como erradamente se asegura, poderosas razones para fundamentar esa solicitud, seríamos nosotros los primeros en acuerparla. Pero los datos exactos suministrados por la Dirección General de Rentas, nos muestran que si alguna disminución ha causado al Fisco la entrada al país de especialidades farmacéuticas, no ha sido por causa del Decreto 95, sino por las mismas que han afectado las importaciones en general. Los números van a demostrar la justicia de nuestro acierto: el año económico de 1930 a 31 cajo la importación de especialidades farmacéuticas de \$403.000.00 oro americano, que había sido del 29 al 30 a \$ 305.000.00 oro americano; a \$ 253.272.00 en 31 a 32 oro americano, antes por consecuencia de entrar en vigor el decreto 95.

Durante el año 32 a 33 primero de vigencia del decreto bajó en \$ 48.000.00 oro americano, suma mucho menor a las de los dos años anteriores.

Han ingresado a las Áreas Nacionales -por impuesto de registro más de L16.000.00 lempiras, de los cuales L 6.00 y pico sirvieron para dotar a la Facultad con magníficos laboratorios y L 9.000.00 lempiras, ha usado el estado por las incautaciones.

Dichos impuestos no han influenciado el precio de venta de las especialidades, por consiguiente el público no ha recibido ningún perjuicio y sí beneficios la Facultad y el Estado.

Con motivo de los impuestos ha despertado la iniciativa particular en la industria farmacéutica.. Dos especialidades del país existían solamente. Ahora la Farmacia "San Rafael," prepara tres, la Farmacia "Coello," tres, Los Laboratorios "Unión" de San Pedro Sula, diez, la Farmacia del Dr. Zoilo M. Valle, está preparando diez, y Laboratorios de La Ceiba, otros tantos.

Casi todas las especialidades de uso frecuente han sido registradas, solamente la Casa Doborow, representante de la casa Bayer en la República, ha registrado 79 productos con un costo de cerca de cuatro mil lempiras. 29 casas francesas han registrado 52 productos; lo mismo casas inglesas, francesas, italianas, húngaras, han acatado la majestad de la Ley.

Grave perjuicio se causaría a los productores que se han colocado al-amparo de la Ley, derogando ésta en favor de quienes nunca quisieron cumplirla. Grave perjuicio también -para las instituciones nacionales que en vez de proseguir en la norma justa de proteger los intereses de la- República proceden elásticamente adaptándose a las conveniencias de comerciantes que antes buscan el oro que el bienestar de las clases necesitadas.*

Se ha querido halagar la ilusión hermosa que un día forjara el Congreso en favor de la Facultad de Medicina, proponiendo la sustitución del Decreto N° 95, por una partida en el Presupuesto General de Gastos, para construcción del edificio. En el remoto caso de hacerse efectiva esa casilla cargaría aún más nuestro ya tan martirizado y exiguo Presupuesto.

Estas son las razones del orden, numérico, pero existen las de carácter científico y moral. Cuántas especialidades que de tales no tienen sino el nombre, seguido de un cúmulo de indicaciones imposibles, llenas de farza y de engaño, se encuentran en ciudades y villorrios explotando la ignorancia de nuestro pueblo e impidiendo, si no agravando las dolencias de que sufren!

El excesivo costo de ellas es otro argumento en su contra; individuos que pudieran curarse con un solo régimen dietético gastan sus miserables ganancias en la adquisición de esos productos. No

Las verdaderas Apendicitis

Con el determinado propósito de comentarlo, publicamos en el anterior número de esta Revista, el artículo Las falsas Apendicitis, aparecido en el Día Médico de Buenos Aires en número reciente, cuyo autor desconocemos porque al pie dice solamente Acta Médica Latina.

Respetando la mayor o menor autoridad de su autor, debo mostrar mi absoluto desacuerdo con la tesis sustentada, no sólo porque una larga experiencia me proporciona los elementos suficientes para demostrar lo contrario, sino también, y sobre todo, por el enorme perjuicio causado a pacientes y médicos que comulgan con las mismas ideas.

Yo pienso completamente diferente: no se investiga jamás el apéndice como se debiera. Quiero decir que existen mucho más apendicitis de las que imaginamos.

El autor increpa a los cirujanos de encontrar en todo síndrome abdominal, desprovisto del cuadro clínico clásico de una enfermedad determinada, médica o

quirúrgica, una apendicitis. Ojalá así fuera, cuantos padecimientos y cuantas vidas se salvarían. Más aún, parece presa de un pánico espantoso por la intervención, como si se tratara de una resección del colón, del recto o del esófago y no de una simple extirpación del apéndice, operación tan benigna como una amputación de dedo y aun más.

Censura la precipitación del diagnóstico de apendicitis y muy de acuerdo estamos. Si previamente han sido descartadas las otras afecciones abdominales entonces la precipitación no existió y natural es pensar que quizás diagnóstica no es un ignorante en la clínica y patología abdominal.

Cierto es y también muy frecuente encontrar asociaciones de enfermedades agudas y **crónicas** del abdomen y es precisamente en estos casos donde más justificada está la intervención que tendría el carácter de explorador, seguida de la definitiva sobre uno o varios órganos, según su estado.

significa esto que todas las especialidades farmacéuticas sean detestables, muchas hay de excelentes resultados terapéuticos, que merecen el elogio y empleo frecuente de los médicos. Son éstas precisamente las que la Facultad autoriza.

Y es allí justamente a donde vamos: permitir el libre comercio de productos excelentes e inofensivos para la salud bajo el control científico y honrado.

Tarde o temprano cosecharemos los frutos de esta noble tarea encomendada por el Congreso a la Facultad de Medicina Cirugía y Farmacia, que no descansa un instante por cumplir con el sagrado deber de velar por la salud del pueblo.

De acuerdo y mucho sobre la inexistencia de puntos dolorosos determinados: Mac Burney, Morris, Lanz, etc. El dolor apendicular abarca algo más que la fosa iliaca derecha; área central, flanco derecho, hipocondrio derecho, epigastrio, fosa iliaca izquierda e hipogastrio. Esa enorme variedad de puntos dolorosos complica indudablemente la cuestión, pero están en favor de la apendicitis la ausencia de síntomas que pudieran incitarnos a pensar en otra-afección.

Trascribo íntegros los párrafos más peligrosos para quienes los crean.

"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 el epigastrio o fosa iliaca derecha, que dura media hora, tres cuartos de hora o ¡hasta un día y que -e 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 indigesto y queda bien o no, hasta que a los tres o cuatro meses le repite la crisis también "o 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 nue-

vo 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. Si durante la crisis se pone el termómetro al enfermo, se apreciarán pequeñas elevaciones térmicas, que casi nunca sobrepasan 38° y a./, duran tan solo unas horas. La fórmula leucocitaria, que correspondiendo a un proceso inflamatorio, acusa a veces en las calmas intercalares una leucocitosis discreta con mononucleosis, convierte ésta en polinucleosis durante las fases de agudización del proceso. Es frecuente que después de repetirse varias veces el ataque, no quede el enfermo completamente bien los períodos intermedios y algunas molestias que aquejan en ellos son testimonio de la perivisceritis que empieza 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 la otra de apendicitis es una mera cuestión de cantidad.

"No sentar nunca el diagnóstico de apendicitis crónica, sin haber comprobado anteriormente estas crisis típicas de dolor en reacción peritoneal, náuseas o vómitos, fiebre y alteraciones hemáticas. Desconfiar de todo cuadro que no sea el descrito 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 jueguen necesarias."

Qué bella sería la apendicitis crónica si siempre se presentara en la forma clarísima con que el autor la dibuja! Qué diagnóstico más perfecto y qué terapéuticas

Por desventura esa imagen es un mito. En el enorme número de casos no pasan las cosas así tan sencillamente.

La apendicitis crónica reviste todos los matices capaces de engañar al más astuto y concienzudo clínico.

Algunos casos tomados al azar probarán mi acerto: un individuo viene quejándose de una pes-tinaz y fuerte cefalalgia que da ta de meses; ningún trastorno digestivo, ninguna enfermedad capaz de producir dolor de cabeza, a la exploración abdominal: dolor fuerte, a la presión, en la fosa iliaca derecha: Apendicitis. extirpación, curación.

Otro padece de anorexia, pesantéz de estómago a la menor comida, erutos, acideces, agruras, a veces náuseas, raros vómitos, enflaquecimiento.

Ningún otro trastorno; fórmula hemática normal; dolor en fosa iliaca a la presión. Extirpación del apéndice, curación.

Este llega por jaqueca. A la exploración cuidadosa sólo se encuentra dolor provocado en fosa, iliaca derecha. Operación. Curación.

Aquél se queja de asma y lije-ros trastornos digestivos. Un dolor provocado en la región apen-dicular nos induce a quitarlo y

la enferma cura de su asma.

Uno que sufre de dolores espontáneos en el epigastrio durante o después de las **comidas**, acompañado de náuseas y vómitos, presenta un dolor en esa región pero menos intenso a la presión que en la fosa iliaca derecha. Apendicectomía, curación.

Viene el siguiente por dolores en el muslo y pierna derechos al marchar, nada en reposo. Ningún dolor en los trayectos nerviosos anterior y posterior, ni en los músculos. Dolor vivo a la presión en el apéndice. Operación. Curación.

Llega esta señorita a consultar por manchas en la cara; **función** genital y endocrinas buena. Constipación. Dolor apendicular franco a la presión; Operación y curación.

Un colega es violentamente atacado una noche de dolor en el epigastrio, vómitos alimenticios por dos veces y uno con sangre. Sin temperatura, pulso 60. A las 17 horas es operado y se encuentra una peritonitis **apendicular**. Curación.

Es lo admirable que en todos estos casos y otros cientos el dolor espontáneo en la región apendicular no existió jamás, la temperatura nunca, sin vómitos, sin náuseas, sin fenómenos que hicieran sospechar otra enfermedad. La clínica, el laboratorio, la radiología no dijeron más.

Es entendido que se **buscaron** úlceras del estómago, colecistitis, litiasis, tuberculosis, sífilis, cáncer, disentería, tan frecuente e i tre nosotros, litiasis renal, pro-sis renales, atonías intestinales en neurasténicos, anexitis, tumores genitales, malformaciones intestinales, raras.

Si bien radiólogos de nota -e esfuerzan por conseguir signos definidos para el diagnóstico de la apendicitis crónica, hasta la fecha no podemos fiarnos de una afirmativa o negativa para sustentar un diagnóstico.

Lo mismo sucede con el laboratorio; ni leucocitosis, ni prinucleosis son constantes y menos particulares al apéndice.

Imitando al autor yo resumo estos comentarios en la forma siguiente: la apendicitis crónica en una enfermedad extremadamente frecuente, a manifestaciones múltiples, con una pobreza a veces de síntomas que a no ser el dolor que nunca falta en cualquiera de todas las regiones abdominales, dolor provocado por la presión, los demás síntomas pueden perfectamente no existir.

El grupo de las falsas apendicitis debe desaparecer de la conciencia médica: es un grupo de

engaño y de ignorancia.

La apendicectomía en frío es una operación admirable, benigna, eficaz, profiláctica, curadora 100 por 100 de éxito. No temer!"

En cambio, cuánto muerto por su abstinencia: 18.000 en Estados Unidos en un solo año: 1930.

Caso de equivocarnos en el diagnóstico, ningún perjuicio hemos causado al enfermo operándolo.

Los datos anatomo patológicos son variables: lesiones francas, lesiones dudosas y normalidad.

La mejor prueba es la curación de un individuo después de la operación.

Una ocasión oí decir a Víctor Pauchet en París" Cuando un enfermo del abdomen no os muestre ningún síntoma claro de tal o cual enfermedad pensad u el apéndice y extirpadlo.

S. Paredes P.

Memorándum referente a una campaña de Malaria

Al hablar del control de la malaria o de una campaña anti-malárica uno piensa inmediatamente en:

- 1) Drenaje por canales o tubos subterráneos.
- 2) Verde de París.
- 3) Tratamiento con quinina o plasmoguina.
- 4) Aplicación de aceite.
- 5) Limpieza de ríos, lagunas, etc.
- 6) Aplicación de un sistema de riego de tal modo que no constituya un peligro para la crianza de anofeles.
- 7) Utilización de peces larvicidas.
- 8) Uso de tela metálica en las casas.

Verdaderamente que éstas son medidas para el control de la enfermedad de la malaria, y son muy variadas en su aplicación. Pero antes del control de la malaria, tenemos por fuerza, saber cuál es el problema que se presenta no solamente en un lugar aislado sino también el problema en general en todo el país. Sin conocer los detalles de un lugar no se puede controlar la situación adecuadamente y sin conocer el problema en todo el país no se puede dirigir la campaña a los lugares donde más se necesita, ni se puede hacer una buena distribución de los fondos para llevar a cabo un programa definido para acabar, al fin, con la enfermedad.

Primero necesitamos saber:

- 1) Qué extensión tiene la malaria en el país.
- 2) Qué diferentes tipos de pro-

blemas se presentan, por ejemplo, ríos, pantanos, potreros, lagunas, etc., y la manera de controlar cada uno y si se puede hacer el control a un costo razonable.

La única manera como se pueden conseguir estos datos es por un estudio de las localidades indicadas y para eso se necesita un personal enseñado particularmente en la materia.

El estudio es necesario para saber el tipo de problema que existe y para determinar la manera mejor de atacarlo. Aunque hay principios generales en el método de control de la malaria, sin embargo cada localidad tiene sus propios problemas. Algunas veces es solamente la necesidad de canales hechos para drenar un pantano, otras veces es la manera de regar un potrero y secarlo después para prevenir la crianza de larvas. En otras situaciones tenemos que limpiar las orillas de un río que pasa por el centro de una población, o poner tubos subterráneos para vaciar el agua restante en el río durante el estado seco. Si nosotros tratáramos de controlar estos lugares sin conocer los datos fracasaríamos en el trabajo o gastaríamos mucho más de lo necesario por no saber dónde debemos aplicar los métodos de control. Por ejemplo no sería económico seguir echando el Verde de París todas las semanas en un lugar grande donde podríamos drenar el lugar por un trabajo sencillo de canales. Tampoco sería lógico seguir como medidas permanentes sola-

mente tratando a las personas con quinina y dejar a los lugares donde se crían los zancudos sin hacer nada para desecarlos. En este caso al fin del año encontraríamos las condiciones favorables para el desarrollo de la malaria más o menos iguales, habiendo conseguido solamente reducir el porcentaje de la infección restante en los individuos, pero dejando en el mismo estado los lugares donde se crían los anofeles. Después del estudio se pueden hacer las combinaciones mejores de las medidas de control para aplicarlas en cada circunstancia, lo cual puede ser algunas veces sencillo y otras complicado.

Por ejemplo, en cada localidad debemos conocer:

1) La cantidad de malaria existente y su distribución. Esto es, determinado por el examen de la sangre y bazos en los niños de las escuelas.

2) Si la intensidad de la enfermedad amerita controlarse, es necesario hacer:

A) Estudios de la enfermedad.

a) Condiciones endémicas.

b) Condiciones epidémicas.

B) Conocer las condiciones generales de la localidad:

a) Geográficas.

b) Económicas.

c) Meteorológicas.

d) Tipo de viviendas, costumbres en manera de vivir, etc.

C) Estudiar los anofeles del lugar:

a) Para determinar especies presentes.

b) Densidad de las especies.

c) Preferencia de cada especie para sangre de seres humanos o animales.

d) Para determinar cuáles especies son los responsables de portar la malaria.

e) Para determinar el tipo de agua en que cada especie se cría.

f) Las costumbres de los adultos, si prefieren casas o establos, etc.

g) La diferencia de la densidad en las diferentes épocas del año, si hay variación en los diferentes estados del año, o si hay relación con casos de malaria.

h) Factores en la crianza de larvas, tales como temperatura del agua, etc., para asistir en el trabajo de control.

D) En el trabajo del control:

a) Estudiar con mapas de cada lugar donde hay agua para la crianza de anofeles.

b) Determinar la manera de controlar éstos.

c) Según los datos de endemicidad y epidemicidad, determinar el uso de medicamentos y, si están indicados, precisar cuál es el tiempo más oportuno para aplicarlos.

Para recoger estos datos necesariamente tenemos que tener un personal bien enseñado en la materia.

El personal debe saber lo siguiente:

1) Manera de hacer frotos de sangre, delgado y grueso, colorearlos, e identificación de los parásitos.

2) Experiencia en la manera de palpar los bazos.

3) Colección, identificación y disección de mosquitos.

4) Colección, identificación y crianza de las larvas.

5) Las indicaciones y la manera de tratar con quinina y plasmoquina.

6) Conocimientos generales suficientes para dar conferencias explicativas sobre la materia a la gente.

7) Llevar notas de los casos existentes de la malaria debidamente diagnosticados microscópicamente.

8) La manera de hacer mapas y colocar los datos importantes.

9) Manera de inspeccionar aguas para encontrar larvas.

I) Indicaciones y manera de aplicar Verde de París, aceite y otros larvicidas.

II) Crianza de peces y manera de transportarlos.

12) Conocimientos generales de la manera de hacer desagües.

El personal se puede dividir entre Inspectores y Técnicos: y entonces como un Director Medio que tenga conocimientos de la malaria y de su control y de entomología acompañado por un ingeniero, el Departamento estaría listo para recoger los datos esenciales y hacer su proyecto general para todo el país y también los proyectos detallados para el dominio de la enfermedad en los Distritos especiales.

Así, pues, según mi criterio se podría llevar a cabo una campaña buena contra la malaria de la manera siguiente:

1) Estableciendo una Oficina para el primer paso de enseñanza del personal.

2) Reuniendo todos los datos de la malaria en un solo servicio para después dirigir todas las actividades.

3) Al mismo tiempo del establecimiento del Servicio para los fines de los números anteriores se podría también hacer trabajos de emergencia si esto fuere necesario.

EL USO DEL VERDE DE PARÍS

Refiriéndome a la consulta del Ministerio con respecto al uso del Verde de París, puedo manifestar lo siguiente:

El Verde de París se ha reportado en el uso como uno de los mejores larvicidas. Mezclado con varias sustancias en proporciones diferentes (la más común 1 %) se riega sobre la superficie del agua por bomba o a mano, y siendo de poco peso el polvo de Verde de París, queda flotando en dicha superficie, y las larvas de anofeles, que se alimentan en la superficie del agua, tragan el veneno y se mueren. Por eso se puede ver que el Verde de París, para ser eficiente, tiene que llegar a la superficie del agua donde las larvas de anofeles lo toman junto con la alimentación.

Además de que tiene que cubrir la superficie del agua, hay que aplicarlo también con intervalos, de modo que ningún grupo de anofeles pueda criarse y salir entre los tiempos de la aplicación. Por eso, en países tropicales, debe aplicarse todas las semanas en cada lugar donde esté indicado. También es necesario inspeccionar siempre estos lugares de 3 a 24 horas después, de la aplicación del polvo, para determinar el resultado de la cantidad que debe emplearse de acuerdo con el efecto que se note por ausencia de las larvas.

Aunque el Verde de París se ha caracterizado como un larvicida potente y eficaz, resulta ser costoso si se tiene en cuenta lo que hay que pagar por él, por la labor de su aplicación cada semana y por la labor de inspecciones en los diferentes lugares indica-

dos, para determinar, por la ausencia de larvas, si -se ha aplicado en la debida forma.

Debido a esta circunstancia, se ha demostrado que el drenaje permanente es, en toda probabilidad, la medida más adecuada para establecer el control de la crianza de larvas de anofeles. Esta medida de drenaje, sin embargo, debe usarse en lugares donde pueda ser empleada, y el Verde de París en otros, en donde el drenaje no fuese práctico ni económico, y también en condiciones de emergencia.

Por supuesto, hay que hacer un estudio minucioso del lugar en que vaya a efectuarse el trabajo de drenaje, y rara es la vez que no sea posible emplear este sistema de drenaje para controlar la crianza de anofeles, aun tra-

tándose de aguas estancadas y formadas por las acequias de riego. La situación puede controlarse sin interrumpir el riego y para ello se estudiaría la manera más apropiada para efectuar el drenaje una vez que haya terminado la necesidad de dicho riego.

Usando el Verde de París como larvicida hay varios principios que hay que mencionar:

1) Diluentes:

a) Para cubrir áreas grandes hay que usar un diluyente de poco peso, de modo que el aire y el viento puedan llevar lejos el polvo antes de caer a la superficie del agua.

b) Para zanjas, canales de riego, etc., se necesitaría un diluyente más pesado, que caiga de una vez en el lugar indicado.

c) El diluyente debe pasarse por un cedazo de tipo adecuado, para que se ¡haga uniforme.

2) Porcentaje de la mezcla:

El porcentaje más común es 1 % de Verde de París, y esta dilución se usa para canales de riego; ríos pequeños, lagunetas pequeñas, etc. Para usarse sobre áreas grandes se usa 2 y₂ a 5 %, pues se ha encontrado más efectiva esta dilución para estas áreas grandes.

Referente al uso del Verde de París en Maracay las condiciones son especiales. Cuando el propósito es, en su gran parte, controlar la crianza de larvas de anofeles por la aplicación de Verde de París, hay que usar el polvo con liberalidad. Como he dicho en otro memorándum enviado al Ministerio, 1 1/4 Kilos aproximadamente, según las diferentes condiciones, basta para una área de 10.000 metros cuadrados de superficie. Con esta cantidad como base normal, la manera científica de aplicarlo es la siguiente:

1) Elegir en la localidad los lugares donde el Verde de París puede aplicarse efectivamente.

2) Determinar el número de peones necesarios para cubrir todos estos lugares en una semana (así cada localidad corresponde a un día fijo en la semana).

3) Nombrar un caporal para vigilar su trabajo todos los días.

4) Dentro del intervalo de 3 a 24 horas después de aplicar el Verde de París, el caporal debe inspeccionar el lugar para determinar si las larvas de anofeles se han muerto después de la aplicación; en esta forma se determina la eficacia del control. Hay

que recordar que el Verde de París no mata usualmente las larvas de culex, y en tiempos fríos surte efecto mucho más despacio, debido a que las larvas no comen mucho a temperaturas bajas.

5) Llevar un libro y hacer un mapa en que todos los Distritos tengan su propio número y anotar en este libro después del trabajo de cada día los distritos tratados, los peones necesarios para cada distrito y la cantidad de Verde de París-usado, y anotar también el resultado de la aplicación.

Así, cualquier persona entendida en el asunto puede inspeccionar el lugar y determinar:

1) Si la cantidad de Verde de París es suficiente, insuficiente o demasiada;

2) Si la aplicación se ha hecho eficazmente.

Así, pues, tenemos en esta forma la manera de determinar la cantidad exacta que se debe usar; no teóricamente sino bajo condiciones de uso práctico.

1) Hemos escogido los lugares donde debemos aplicar y vamos a aplicar.

2) Sabemos la cantidad más o menos que debemos usar para 10.000 metros cuadrados.

3) Del libro (página de resumen de la semana) puede determinarse la cantidad usada y *m* efecto.

Después de un mes se puede decir exactamente la cantidad necesaria, recordando al mismo tiempo que hay diferencias según la cantidad del agua en **diferentes** épocas del año.

(De Gaceta Médica de Caracas).

Examen clínico de un prostático

El doctor P. Bordas pasa revista (*Archives Hospitalaires*, septiembre de 1933) a los signos funcionales en relación con los diferentes motivos que inducen al enfermo prostático a consultar un médico.

Durante la fase congestiva, la disuria es el signo más constante (chorro retardado, después, enérgico, y tanto menos fuerte cuanto más esfuerzos hace el enfermo). Micción lenta, con algunos paros, necesidad de orinar imperiosa, ¡muchas veces difícil de contener, que aumenta al despertar, después del coito, en período de estreñimiento, después de un purgante salino. Poliuria y polaquiuria nocturnas. Erecciones nocturnas, frecuente sensación de peso perineal después de un esfuerzo.

En caso de retención aguda, imposibilidad absoluta de expulsar una sola gota de orina, a pesar de los esfuerzos. Contracciones involuntarias dolorosas, agitación, ansiedad, sudores. Tan sólo de un 'modo excepcional la crisis se resuelve espontáneamente. Baños calmantes, introducción de la sonda con evacuación progresiva de la vejiga. Durante algunos días debe vigilarse la evacuación y medir el residuo.

En un período más adelantado, de retención crónica con distensión, el enfermo acude al médico, sobre todo por trastornos digestivos y estado general defectuoso. Estos individuos orinan en cantidad extraordinaria y de un modo casi continuo; la poliuria puede ser superior a 2 li-

tros y, a pesar de ella, continúan con la vejiga llena. Cefalea persistente, lengua saburral, seca, inapetencia. Estado grave, la menor falta de asepsia, un cateeterismo mal practicado pueden producir desastres.

Puede también presentarse el caso de hacer el diagnóstico de adenoma con motivo de una complicación que en un momento determinado domina el cuadro clínico: crisis de cistitis, presencia de un cálculo vesical, prostático, vesiculitis, pielonefritis, hemorragia.

Manera cómo debemos proceder para hacer el diagnóstico: '

Examinar el hipogastrio y buscar el globo vesical. Hacer orinar al paciente, anotar las anomalías del chorro, los paros, recoger la orina en diferentes vasos, y examinar el contenido de cada uno de ellos con el microscopio. Explorar la uretra con la sonda olivar, previo lavado del meato y de la uretra, medir su calibre, su longitud. Por medio de una sonda acodada del N° 18, medir el residuo y examinarlo. Tacto rectal y palpación del hipogastrio (estado de la glándula, tamaño del adenoma, así como también de su forma). Emplear el explorador metálico, *que* permite reconocer la **eminencia adénomatosa** en la vejiga y utilizar la uretrocistorradiografía. Medir el grado de deformación del cuello. Terminar el examen con una cistografía. Medir la proporción de la urea sanguínea, practicar una constante de Ambard y analizar la orina.

Por lo que se refiere a los con-

sejos terapéuticos, deberemos tratar médicamente y mediante la sonda los cardiacos en estado de descompensación, los insuficientes renales, los individuos afectos de proceso grave. No operar los enfermos con disuria ligera acompañada de residuo transparente inferior a 10cm. Recomendar una higiene severa. Vaciar con regularidad la vejiga, caso de ser importante el residuo y, si está infectado, practicar cada día un lavado.

Podremos operar los retencionistas crónicos que toleran bien

los sondajes; de esta manera evitarán las infecciones secundarias.

Operaremos todos los individuos cuyo residuo sea superior a 200 cc. y que necesitan a diario de la sonda para vaciar la vejiga; operaremos los infectados que toleran mal la sonda permanentemente. En algunos casos podremos destruir una parte del adenoma por vía endoscópica mediante las corrientes de alta frecuencia.

(Le Monde Medical).

-os yódicos en el período pre-serológico de la lúes

Comunicación presentada a la reunión Dermatológica del mes de octubre en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo, Servicio de Dermatología y Sifiliografía, por el Profesor S. Nouguer-Moré.

Nota clínica

La vieja concepción de que el yoduro es el medicamento del período terciario de la sífilis ha sido ya rectificada definitivamente por los más eminentes sifiliógrafos. No ha sucedido así, por desgracia con muchos Médicos generales poco conocedores de los problemas sifiliterapéuticos que todavía siguen influenciados por aquella rutinaria creencia, olvidando que el yodo, a pesar de no ser la medicación específica de la lúes, debe ser administrado sin excepción desde los primeros momentos de la infección sifilítica.

Unas ejemplos prácticos serán más elocuentes que toda amplia disquisición teórica.

Obs. 1.—A. G., afecto de esclerosis inicial fuertemente indurada. Tratamiento inmediato con Neo Salvarsán hasta un total \dot{a} -z 6 gramos: disminución lenta de la induración con persistencia de una ligera infiltración al terminar el tratamiento. A los tres meses siguientes la dicha infiltración es todavía perfectamente palpable. Se le ordenan 2'50 gramos de yoduro potásico diarios, pero el enfermo toma solamente de medio a un gramo. *L.-i* infiltración apenas mejora. A los seis meses, aparición en el mismo lugar de otro chancro (re-dux) más discreto que el anterior. Tratamiento intensivo durante veinte días con 3 gramos de yoduro potásico, desapare-

ciendo completamente el infiltrado sin administrar ningún producto *específico* (*As. Hg. Bi*) Obs. 2.—E. J., induración residual post chancro a los cinco meses de un tratamiento mixto plurimedamentoso. Repetidas veces había intentado el enfermo tomar yoduro, pero el fuerte coriza y las molestias faríngeas que se presentaban a las primeras tomas, se lo impedían. A pesar de nuestra desconfianza en la creencia de que el yoduro potásico era la sola substancia, empleamos un preparado de sal sódica de yodo orgánico, en solución acuosa, conteniendo 44 % de yodo a la dosis de 2 ce. por día en inyección venosa; la infiltración mejora sólo ligeramente. Aumentamos la dosis de 5 c.c. a 10 c.c. en días alternos y a la 6ª inyección (2ª de 10 c.c.) la induración ya no es palpable; el enfermo no ha experimentado la menor intolerancia.

Obs. 3.—A. P., chancro indurado persistente a los dos meses de tratamiento intensivo. Dosis de 3 gramos de yoduro mantenidas durante seis días, disminuyen notablemente la induración. Se suspende el tratamiento por intolerancia, a pesar de administrar al enfermo 2 miligramos de adrenalina y se substituye inmediatamente por la sal sódica de yodo orgánico a dosis fuertes como en el anterior caso y a pesar de haber administrado dicho preparado yódico en pleno coriza, éste desaparece, como también totalmente la infiltración fibrosa del chancro.

Obs. 4.—M. G., esclerosis inicial fuertemente indurada de doce días fecha.

Wassermann negativa. Paralelamente al Neo venoso se le administra un gramo de yoduro potásico en inyección venosa. A la segunda inyección debe abandonarse por presentar La "fase do álcali" con una intensidad alarmante. Se le administran diariamente durante diez días 5 ce. de la solución isotónica de la sal sódica de yodo orgánica sin experimentos la menor molestia, (ligera bradicardia) y la infiltración apergaminada del chancro desaparece súbitamente.

Numerosos casos podríamos citar para demostrar la gran eficacia del yodo en el período preserológico de la sífilis, de cuyo estudio global se infiere:

1? Que el yodo debe emplearse siempre asociado a la medicación antisifilítica en el período inicial, en la fase local de la sífilis (período preserológico). Los chancros se reabsorben y **desaparecen** con mucha mayor rapidez.

2? Que debe ser **administrado** a dosis suficientemente elevadas. De 2 a 4 gramos de yoduro y en los casos excepcionales de intolerancia de 4 a 10 c.c. de una sal sódica de yoduro **orgánico** durante veinte días consecutivos, seguidos de diez de descanso, y así sucesivamente. Las dosis pequeñas de yoduro, salvo contados casos, deben considerarse al igual que las débiles de salvarsán, como mitridizantes y, por consiguiente, inútiles y perjudiciales.

3? Que administrando yódicos antes de la etapa constitucional evitamos las posibilidades de que se produzcan autosuperinfecciones, porque la acción fundente y resolutive del mismo impide la

Algunas consideraciones sobre índice esplénico

Cuando se trata de medir la cantidad de paludismo en un área o zona determinada, se recurre a la investigación del índice esplénico. Como bien sabemos, de los tres signos físicos del paludismo, la esplenomegalía es uno de los más característicos y constantes, siendo los otros dos fiebre y anemia. Sin embargo, no debe incriminarse al paludismo como causa de todo bazo inflamado, pues existen en los trópicos otras enfermedades capaces de producir esplenomegalías. Entre estas enfermedades, las principales son:

- 1.—Septicemias.
- 2.—Tifo exantemático.
- 3.—Tifoidea y paratifoideas.
- 4.—Sarampión.
- 5.—Varicela y viruela.
- 6.—Parotiditis.
- 7.—Erisipelas.
- 8.—Tuberculosis miliar y peritoneal.
- 9.—Meningitis cerebro-espinal.
- 10.—Fiebre recurrente.
- 11.—Peste bubónica.
- 12.—Heredito-sífilis.
- 13.—Schistosomiasis.
- 14.—Ka]azar.

En los niños menores de 2 años un bazo inflamado debe hacer pensar en la heredito-sífilis.

Hochsinger, piensa que el 70 %, de los niños con bazo palpable durante los primeros tres meses de la vida son heredito-sifilíticos.

pululación o persistencia del espiroqueta en las mallas de tejido fibroso post-cicatrizal.

4? Que en los casos de intolerancia — muy frecuentes en la práctica — es muy interesante

En los niños, el bazo es muy sensible y se hincha fácilmente bajo el influjo del paludismo, de aquí que se aconseja siempre o? -ra obtener la medida del paludismo endémico en una zona conocer el índice esplénico de los niños de escuela, donde se supone asisten niños de todas las clases sociales y de diferentes edades. El bazo es un órgano que normalmente no es palpable, pero que hipertrofiándose puede ser palpable desde el reborde *con* tal hasta la fosa ilíaca conforme el tamaño adquirido.

En los trabajos de campo referentes a malaria, se han propuesto diferentes clasificaciones para los bazos hipertrofiados. Actualmente la clasificación mejor aceptada por los malariólogos es la de Boyd y Missiroli, que consiste en dividir los bazos en cinco clases, conforme el esquema siguiente.

Bazos no palpables	N° 0
Bazos palpables del reborde costal a la mitad de la línea que une este reborde con el ombligo	N° 1
Bazos palpables hasta el ombligo	No 2
Bazos palpables hasta la mitad de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca derecha	N° 3
Bazos palpables en la fosa ilíaca	N° 4.

poder contar con preparados de yodo orgánico perfectamente tolerables que reúnan en grado óptimo propiedades resolutivas similares a los yodos inorgánicos de consuno empleados.

Muy útil sería para la medida y conocimiento del paludismo en nuestro país, medir el índice esplénico de cierto número de escuelas ubicadas en diversas zonas de la República. Recuerdo que el año 1930 en compañía del Dr. Daniel M. Molloy, investigamos el índice esplénico de los niños de la Escuela Primaria de Lima Vieja, Departamento de Cortés, obteniendo el 95 % de bazo positivos. Con anterioridad me había sido posible medir el índice esplénico de las Escuelas Primarias de Santa Rosa de Copan y La Esperanza, obteniendo el 80 y 40 % respectivamente, lo que prueba que el paludismo existe en aquellas zonas tanto como en la Costa Norte.

La ciudad de La Esperanza está situada en uno de los lugares más altos del país y donde la malaria según informes que tengo era casi desconocida hasta hace pocos años. Ahora, aquella zona es tan palúdica como cualquiera otra, pues el paludismo ha sido llevado allá por soldados o trabajadores infectados en las costas.

Quiero recordar en este lugar que el sector del paludismo en este lugar, conforme mis estadísticas, es posiblemente el anofeles hectoris, descrito por Giaquinto Mira, como el vector del paludismo en los alrededores de la ciudad de Guatemala.

Deseando conocer el índice esplénico de los niños de 2 a 10 años ingresados al Servicio de Niños del Hospital San Felipe, y después de haber eliminado cuidadosamente las diversas causas que pueden producir la hipertrofia del bazo fuera del palu-

dismo, obtuve en dos medidas practicadas la una en agosto del año pasado, que fue uno de los meses más palúdicos, y la otra en febrero del corriente año, los números siguientes: Para agosto el 80 % y para febrero el 37.5 %. En agosto fueron estudiados 40 niños obteniendo:

Bazos Nº 0	- 8
" Nº 1	- 12
" Nº 2	- 10
" Nº 3	- 6
" Nº 4	- 4
Total	- 40

En febrero, por haber disminuido el número de niños asilados, el estudio se redujo a 24, obteniendo:

Bazos Nº 0	- 15
" Nº 1	- 4
" Nº 2	- 3
" Nº 3	- 2
" Nº 4	- 0
Total	- 24

Los datos anteriores demuestran que durante el año pasado fue el paludismo la enfermedad que produjo el mayor número de entradas al Servicio de Niños. Durante el curso de este año fueron observados varios casos de paludismo agudo, positivos al examen de sangre en niños de muy corta edad, siendo el paciente de menor edad de 22 días.

El paludismo constituye el magno problema de la Pediatría en Honduras.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, febrero de 1931.

Tratamiento de las fracturas de la extremidad inferior del radio

*Por el doctor P. MOULONGUEI,
Profesor agregado de la Facultad
de Medicina de París, Cirujano
de los Hospitales.*

Si hay una fractura que interese a todos los médicos es, sin duda alguna, la de la extremidad inferior del radio. Sumamente frecuente en todas las edades, y en todo tiempo, verdaderamente "epidémica" en las personas de edad, en algunos días de invierno, en que la nieve se congela, son de observación corriente en medicina. Sumamente fáciles de diagnosticar, produciendo una deformación característica de la muñeca, esta fractura baja del radio nunca pasa, por decirlo así, desapercibida, y es siempre diagnosticada.

Pero sorprende ver que es muchas veces pésimamente tratada, y que, por consiguiente, los resultados estéticos y funcionales son muy mediocres. Depende ello, sin duda alguna, de la falta de reglas teóricas universalmente admitidas para la reducción y la contención de esta fractura. La mejor prueba de lo que decimos, es la publicación, nunca interrumpida, de nuevos métodos para su tratamiento, y en los que los autores se apoyan o excusan, según sean buenos o malos los resultados que han obtenido.

Este gran número de procedimientos, tan desfavorable para la obtención de buenos resultados, es debido, ante todo, a que se han seguido dos directrices contradictorias: la perfecta re-

ducción de los fragmentos y la movilización inmediata de las articulaciones próximas a la fractura.

Las enseñanzas de Lucas Championnière son las que han introducido en la práctica la idea de la movilización en las fracturas de la muñeca. Si nos atenemos al funcionalismo ulterior de los dedos, es indudable que los resultados peores son aquellos en los que la mano, después de una larga permanencia en un vendaje de yeso, queda completamente rígida, los dedos inmóviles en extensión, convertidos en torpes e impotentes para siempre. Actualmente, está bien demostrada la conveniencia de no inmovilizar los dedos con el vendaje, sino, por el contrario, ¡moverlos pasiva y activamente, desde los primeros días, lo cual es ya un progreso indiscutible.

Pero sería una práctica deplorable emplear en la muñeca la movilización inmediata, buena para los dedos, y olvidando, por lo que se refiere a la fractura del radio, las reglas imperativas de la reducción y de la contención, preocuparse tan sólo del masaje y de los movimientos.

Sabido es que, en parte alguna, la calidad de los resultados funcionales es tan exactamente proporcional al valor del resultado anatómico como en las frac-

turas articulares. Lo indicado es ya clásico y admitido universalmente para las fracturas del empeine. A mi parecer, esta regla es tan verdadera en la muñeca como en el empeine, en la fractura de la extremidad inferior del radio como en la fractura de Dupuytren. Mano zamba o pie sambo, sinovitis crónica de los tendones flexores de los dedos, o sinovitis crónica del empeine, pérdida de fuerzas y torpeza de los dedos, imposibilidad de andar, tales son los resultados obtenidos en las reducciones defectuosas de las fracturas de las grandes articulaciones radiocarpiana y tibiotarsiana. Tanto en ana como en otra hay que obtener a toda costa una reducción anatómica completa si queremos obtener un resultado funcional perfecto.

Por consiguiente, del método de Championnière sólo conservaremos la movilización inmediata de los dedos; en la fractura de la muñeca sólo pensaremos en la reducción de la fractura del radio. Una muñeca bien reducida, que después de consolidada haya recuperado su forma anatómica, es decir, en la que las piezas del esqueleto están articuladas normalmente entre si, no quedará rígida, no será dolo-rosa. No es la permanencia durante dos o tres semanas en un vendaje de yeso lo que anquilosa una articulación en las inmediaciones de la fractura, sino la dislocación de sus ejes fisiológicos, la torpeza del segmento de miembro a ella consecutiva, la dislocación repetida, consecuencia de los movimientos ejecuta dos en falso. Y ello cualquiera que sea la edad del lesionado. *De*

lo que digo podría citar numerosos ejemplos demostrativos, puesto que, encargado durante dos años de la consulta en el hospital Lariboisière, he tratado, siguiendo las normas que acabo de indicar, todas las fracturas de la extremidad inferior del radio que se presentaron. Las he reducido e inmovilizado hasta la consolidación **completa**, cualquiera que haya sido la edad del lesionado, que en tres casos era de ochenta años y aun más. Las he examinado de nuevo, repetidas veces, después de algunas sesiones de masaje y de reeducación de la mano, que debe sistemáticamente practicarse después de quitado el vendaje de yeso. Los resultados han sido excelentes, no solamente por la calidad de la reducción, sino también por la reaplicación en su forma normal de la muñeca fracturada.

En una palabra, creo poder afirmar, por experiencia, que toda fractura de la extremidad inferior del radio que ha producido un desplazamiento de los fragmentos debe ser reducida por maniobras externas del modo más exacto posible si queremos que quede curada con buen resultado funcional.

Tan sólo deben ser tratadas inmediatamente con él 'masaje la, fracturas que no van acompañadas de ningún desplazamiento de los fragmentos, o haya tan sólo un ligero **acortamiento**, prácticamente incorregible. Es más, no debemos contentarnos con este diagnóstico de fractura de Pouteau sin desplazamiento, sino después de una minuciosa inspección clínica, comprobada con un clisé radiográfico. En efecto, si bien en una fractura re-

ciente es fácil comprobar el estado del esqueleto, ocurre muchas veces que a los pocos días aparece una hinchazón que oculta la forma exacta del miembro, sinovitis que oculta el plano óseo, ocurriendo que una muñeca globulosa, pero de aspecto regular, a las cuarenta y ocho horas de la fractura la encontramos muy deformada la semana siguiente, con una deformación en dorso de tenedor que altera para siempre el funcionalismo de los dedos.

¿Cómo debemos proceder para que la reducción sea lo más completa posible? Sólo hay un medio, emplear la *anestesia general*. No hay ninguna otra anestesia que nos lo permita, y la anatomía patológica de la fractura lo explica fácilmente.

Fractura dentada, con una línea de fractura de forma compleja, muchas veces complicada con quebraduras irradiadas desde la línea principal hasta la epífisis. Es ya ello de por sí una condición difícil para la perfecta coaptación, pero la dificultar! mayor estriba en la pequeñez del segmento inferior, en el que es siempre difícil hacer presa, máxime habiendo de por medio la mano.

Las maniobras de reducción acostumbran bautizarse con nombres propios: Malgaigne, Volkmann, Fischer, lo cual no deja de ser un inconveniente si el lector piensa que, gracias a algún truco, podrá poner de nuevo las cosas en su sitio mediante una simple maniobra.

En el terreno práctico, las cosas ocurren de un modo muy diferente. Lo que debemos hacer aquí no tiene relación alguna con

la reducción de una luxación, ni con la coaptación de la mayor parte de las fracturas, sino que se trata de modelar de nuevo la muñeca. Para conseguirlo hay que separar los fragmentos con pinzas, fracturar de nuevo y después, con nuestros dos dedos pulgares, amasar con las dos manos el miembro roto, devolverle su forma normal por aproximación sucesiva, comprobando con los ojos y con los dedos lo que vamos haciendo, hasta que el resultado sea satisfactorio. Cuando el dorso de tenedor dorsal ha desaparecido, cuando los tendones flexores no quedan ya tirantes como las cuerdas de un violín sobre el puente, cuando la estiloides radial ocupa de nueva su sitio más abajo que la extremidad cubital, podremos considerar terminado nuestro trabajo e inmovilizar la muñeca en su forma reconstruida. Hay que *"moldear el bloque óseo desprendido de la epífisis radial y obtener una adaptación satisfactoria de las superficies articulares"*. Bosquette, tesis de León, 1903.

En el lesionado anestesiado, el modelaje de la muñeca reclama algunos segundos. Ninguna región es más accesible, y para ejecutar este trabajo no precisa emplear brutalidad ni fuerza. Lo esencial es poderlo ejecutar sin que el herido sienta dolor y terminarlo con toda tranquilidad.

La anestesia con cloruro de etilo es aquí la preferida.

El herido estará acostado, tendremos la tarlatana cortada, el yeso desleído, e incluso el vendaje a punto de ser aplicado, con fiando que el yeso no tendrá tiempo de fraguar durante los

segundos que duran las maniobras de reconstrucción de la muñeca. Se hace entonces inhalar al paciente el cloruro de etilo según el modo clásico, o sea una **sola** dosis bastante fuerte, una tercera parte o media ampolla vertida sobre un trozo de algodón, que estará colocado en el fondo de un embudo de tela. Una vez dormido el paciente, se efectúa la reducción, sin preferencia por ningún procedimiento. Empezaremos por desprender los fragmentos, y para ello tiraremos de la mano al mismo tiempo que empujaremos hacia adelante el pequeño fragmento inferior que ha basculado hacia atrás. Ninguna maniobra goza de virtud especial para conseguirlo. Tanto si cogemos la mano lesionada con nuestra mano derecha o con la izquierda, puesto el pulgar por encima o por debajo, lograremos fácilmente nuestro objeto si recordamos la manera cómo los fragmentos están desplazados y que prensa fracturar de nuevo el radio para modelarlo correctamente después, comprobando de paso lo que hacemos. ¿Quién se atrevería a practicar este modelado sin estar anestesiado el paciente? Algunos individuos resisten, bien los instantes de sufrimiento necesarios para reducir una luxación del húmero o los indispensables para dilatar un absceso, pero, ¿quién es capaz de tolerar los retoques sucesivos necesarios para coaptación exacta del radio fracturado?

No es la infiltración mediante la novocaína del periostio o del hematoma perifracturario la que permite efectuar estas maniobras. Considero excelente esta

anestesia local para la reducción de ciertas luxaciones y de algunas fracturas en las que nos limitamos a tirar del miembro para colocarlo de nuevo en su sitio, pero, según mi experiencia, es imposible reducir bien una fractura de la muñeca acompañada de desplazamiento con la sola infiltración según el método de Quénu: suspendemos la maniobra antes de haberla terminado porque el herido sufre; era necesario aún un retoque que por compasión no efectuamos y el resultado es mediocre. Frente a una fractura antigua mal reducida, con la mano desviada, hacia adentro, la muñeca que forma prominencia e impotencia en los dedos, no hay que preguntar las condiciones en que se ha operado la reducción: el enfermo no fue anestesiado. Es imposible reducir esta fractura sin anestesia general.

El vendaje de yeso clásico, que va desde el tercio superior del antebrazo hasta la raíz de los dedos, con una escotadura al nivel del pulgar, será entonces apocado. La mano será colocada en él en la posición que consideremos mejor para mantener la buena reducción **obtenida**. Es conveniente que esta posición no sea forzada, sino lo más aproximada posible a la actitud del reposo, para que al salir del vendaje no tengamos que combatir una actitud viciosa. La adducción, forzada por ejemplo, o la flexión extrema que algunos autores han recomendado, deben ser proscritas. En modo algún J son útiles, y con sobrada frecuencia, cuando han sido **adoptadas**, es de temer oculten una reducción insuficiente o nula del

foco de fractura, habiendo el operador disimulado la desviación persistente del radio con una falsa corrección, demasiado fácilmente obtenida, de la articulación de la muñeca.

Son artificios en los que no caeremos si estamos bien convencidos de la necesidad del modelaje del radio y si mediante la anestesia general nos hemos puesto en condiciones de hacerlo bien.

¿Es para ello necesario emplear la radioscopia? Merle D'Auvigne, en un reciente artículo (*Presse Médicale*, 13 de julio de 1932), así lo afirma aconsejando verificar la reducción delante de la pantalla. Es un suplemento de **información, cómodo** sobre todo en los casos **en que** un gran edema o una reacción **sinovial** muy intensa ocultan los puntos de referencia normales de la región. Pero estas condiciones pocas veces se encuentran en fracturas recientes, y aquellos inconvenientes serán evitados practicando la reducción inmediatamente, lo **ante** posible después del accidente. La fractura del radio reciente puede ser perfectamente reducida sin necesidad de la pantalla radioscópica; no hay región más accesible a la palpación y a la vista, por lo que la transluminación con los rayos X no aporta grandes datos suplementarios.

Hay, incluso, un cierto **modo** de desplazamiento de la fractura del radio perceptible con la vista, y, en cambio, no visible, con los rayos X: la rodadura de la mano sobre el antebrazo. Denomínase así desde Destot, el vicio de posición por el que la

mano permanece en pronación en tanto que el antebrazo está en supinación. Es uno de los desplazamientos más frecuentes en la fractura de que **tratamos**, debido a la rotación de la extremidad inferior del radio (que lleva consigo la mano sobre el eje de la diáfisis, y cuya resultante es una cuña en la articulación radiocubital inferior. Esta rodadura puede ir asociada con un desplazamiento en forma de dorso de tenedor o un aplastamiento simple del radio, con desviación de la mano hacia afuera; pero puede también existir **aisladamente**. Mocquot, después de Bosquette, ha dado una excelente descripción y prevenido **contra** el gran inconveniente funcional resultante de la corrección de este desplazamiento, o sea la pérdida definitiva de la supinación de la mano (*Presse Médicale*, 20 de julio de 1921). Ahora bien, este desplazamiento no es visible en la pantalla radioscópica. Conviene tenerlo presente y, por consiguiente, no olvidar nunca la inspección de la muñeca y la comprobación de su buen funcionalismo aun cuando dispongamos de una instalación que permita la reducción frente a la pantalla.

Como es natural, una vez seco el yeso, un clisé radiográfico bien orientado, mucho más preciso que una inspección radioscópica, nos será de mucha utilidad. Es un control indispensable.

¿Cuánto tiempo conviene dejar aplicado el vendaje de yeso? Todo el necesario para que *la* consolidación esté ya iniciada no haya peligro de desviación al retirarlo. Este plazo **depende ante** todo de la edad del herido.

siendo más largo en las personas de edad. Es por haber comprobado deformaciones secundarias en personas de edad, a las que se había quitado el vendaje a partir del decimosegundo día. que me he percatado de la necesidad de continuar en ellos la inmovilización, y a consejo no quitar el vendaje antes de tres semanas en las personas de más de sesenta años. En los jóvenes bastan dos semanas. Nunca ha tenido ocasión de ver un envaramiento persistente de la muñeca como consecuencia de llevar algún tiempo más del reglamentario el vendaje. Repito una vez más que si la reparación de la fractura es satisfactoria, después de algunos días de movilización y de masaje, el resultado funcional es siempre excelente

He tenido la satisfacción de encontrar expresadas estas directrices, en términos casi idénticos, en un artículo de *British Medical Journal* (2 de marzo de 1929), en el que sus autores, los doctores Grasby y Trick, insisten en la necesidad de una reducción perfecta con anestesia general en las fracturas de Cañes-Pouteau si queremos obtener

resultados funcionales satisfactorios y evitar la artritis deformante de la muñeca. Suponemos que constituye ello una noción práctica de todos admitida, puesto que este consejo figura en varias obras clásicas. "*Las fracturas de la extremidad inferior del radio deferir ser reducidas con anestesia. Un ayudante tirará de la mano, en tanto que el cirujano procurará reducir la deformación mediante manobras de laminado por presión directa sobre los fragmentos* (Des- tot). Por desgracia la observación, con sobrada frecuencia repetida, de resultados deplorables en fracturas de la extremidad inferior mal tratadas, me ha hecho ver la conveniencia de repetir una vez más los consejos prácticos que acabo de exponer.

Las fracturas antiguas de la muñeca no reducidas son causa de una deformación en bayoneta, o de una pérdida de la supinación seguida de gran impotencia funcional. Deben ser operadas cuando el estado general del individuo lo permite.

P. Moulonguet.
(Del Monde Medical)

GASTROSCOPIA

Por el Dr. Julio Piñeiro Sorondo.

Hace pocos meses ha sido inventado y fabricado en Alemania un gastroscopio flexible, hecho llamado a revolucionar el estudio de la patología gástrica. A mi modo de ver es éste un invento de una trascendencia tal, que todavía es imposible decir hasta dónde se extenderán sus beneficios.

Me ha parecido por esto 11111 presentar este pequeño resumen, en el cual trato de poner al día tan interesante cuestión. Los datos aquí consignados son, por una parte, resultado de mi experiencia personal y por otra, fruto de la lectura de las publicaciones alemanas que se ocupan del tema, así como de conversaciones sostenidas con el Dr. Norbert Henning, oberartz de la clínica que el profesor Morawitz dirige en la Universidad de Leipzig. Es el Dr. Henning en su país, uno de los médicos más preparados en clínica del aparato digestivo y endoscopia. A su lado tuve oportunidad de asistir a gran número de gastroscopios y efectuar yo personalmente algunas, pudiendo comprobar la enorme importancia de este método de exploración.

El nuevo aparato fue construido por el ingeniero Wolf bajo indicaciones del profesor Schindler, después de varios años de ensayos infructuosos; su parte terminal es flexible en una longitud de 38 cms. y va provista en su punta de una esponjita de goma para impedir que secreciones esofágicas puedan ensuciar

la óptica, la que está situada inmediatamente detrás de la esponjita. El diámetro del aparato es de 11 milímetros. La parte flexible puede sufrir varias acodaduras para acomodarse a las condiciones anatómicas del esófago, sin perderse por ello el campo visual, permitiéndose desviaciones hasta de 60 grados.

Va provisto de una óptica directa y otra retrógrada y permite no dejar la más mínima porción de cavidad gástrica sin explorar. Su introducción no es más difícil que la de una sonda gástrica. Tiene una sola desventaja frente al gastroscopio rígido, y es la de que con él no pueden tomarse fotografías, pues los treinta lentes que contiene en su interior filtran los rayos capaces de impresionar una placa fotográfica.

Las ventajas principales son las siguientes:

a) Su introducción es tan fácil como la de una sonda gástrica del mismo calibre.

b) Es aplicable en enfermos con grandes desviaciones vertebrales, como ser: escoliosis, cifosis, etc.

c) Permite explorar toda la cavidad gástrica y por lo tanto diagnosticar el 100 % de las úlceras, cánceres y gastritis, con n que la gastrostomía exploradora pasa a ser una operación a emplear solamente en los casos en que la gastroscopia sea imposible. Recordaremos a este respecto que según estadística de Gutzeit (Med. Kl. 1926) el 45 %

de las úlceras quedan sin diagnosticar a rayos Roentgen, lo que se debe a que están rellenas con fibrina o mucus. o tapadas por un pliegue de la mucosa, inversamente, no todas las úlceras diagnosticadas a rayos Roentgen existen en realidad.

d) Permite asegurar la completa curación de una úlcera, es decir, la cicatrización con reepitelización. Sabemos que cuando el epitelio no ha vuelto a cubrir por completo una úlcera, basta una transgresión de régimen para que ésta vuelve a abrirse. Para el clínico es de enorme valor disponer de un síntoma objetivo que le permita decir cuándo un régimen puede ser ampliado. Hasta ahora este síntoma no existía, pues la desaparición radiológica de un nicho no es sinónimo de epitelización total.

e) En cuanto a la gastritis, sabemos hoy que con los rayos X pueden cometerse groseros errores de diagnóstico, mismo con las técnicas perfeccionadas modernas, pues los pliegues gástricos pueden presentar alteradores en su grueso y disposición por efecto de contracciones o atonías de la muscular y musculares o de deshidratación general, hacienda aparecer como gastritis atróficas o hipertróficas mucosas gástricas que una operación o una gastroscopía practicadas a posteriori demuestran ser perfectamente normales. Viceversa, es frecuente encontrar a la gastroscopía gastritis graves en mucosas en las que los rayos Roentgen no demostraron ninguna alteración.

Es tal lo que se estudia y perfecciona este aparato en los laboratorios Wolff, que quizás dentro de algunos meses puedan mo-

dificarse sus lentes y reducirse su calibre, con lo que sería factible sacar con él fotografías y explorar también el duodeno.

Las ventajas del gastroscopio flexible tal cual hoy se le construye, son numerosas frente al antiguo gastroscopio rígido; cor. este último era no solamente el manejo mucho más difícil, sino que existía, aunque infrecuentemente, peligro de perforar la mucosa esofágica, perforación que trae aparejado un riesgo de muerte por mediastinitis. Además quedaban zonas de estómago imposibles de ver, a saber: parte del cardias y pared posterior, la porción antral de la pequeña curva y a menudo el píloro. Por otra parte, bastaba una desviación a rigidez leve de la columna vertebral o una dentadura desfavorablemente colocada, para hacer imposible la aplicación del procedimiento.

Para mayor claridad de la exposición, dividiré este resumen en los siguientes subcapítulos, que están escritos en la forma más sucinta posible:

- 1° Historia de \ gastroscopia.
- 2° Indicaciones.
- 3° Contraindicaciones.
- 4° Preparación del enfermo y técnica de introducción del gastroscopio.
- 5° Aspecto de la superficie interna del estómago normal.
- 6° Gastritis aguda.
- 7° Gastritis crónica.
- 8° Úlcera gástrica.
- 9° Tumores benignos y malignos.

1°—HISTORIA

Hace ya casi un siglo, introduce Kussmaul en un tragador de

sables de un circo un tubo grueso hasta el estómago, pero sin conseguir ver nada. En 1834, Miculicz construye un aparato con el cual consigue ver algunos cánceres. Después de él queda la cuestión estacionaria durante 25 años, -a pesar de esfuerzos aislados de algunos investigadores. En 1907 a 1910, se construyen gastroscopios bastante perfeccionados, que llevan los nombres de Chevalier Jackson, Loening, Stieda, Elsner. A partir del año 1920, aparece una figura sobresaliente: la de Rudolf Schindler, de Múnchen, el cual construye un gastroscopio rígido muy bueno, precisa las indicaciones y clasifica los principales síndromes gástricos, tal cual se revelan con este método de exploración. To-

avía estaba reservado a Schindler el mérito de ser incesante animador en la construcción del gastroscopio flexible, cuyas dificultades ópticas han sido vencidas por Wolf.(1).

29—INDICACIONES

Sólo después de un prolijo examen clínico, roentgenológico y de laboratorio se sabrá si la **gastroscopia** es necesaria. Los **rayos X** le serán siempre superiores para determinar el tamaño, forma, posición, movilidad, tono, adherencias y trastornos evacuatorios del estómago. La **gastroscopia** se realizará cuando con los demás métodos no se consiga establecer en forma indubitable la verdadera naturaleza de los tras-

tornos gástricos que el enfermo aqueja o para establecer la existencia y naturaleza de una gastritis. Los enfermos con molestias gástricas vagas se beneficiarán enormemente con la exploración endoscópica, la que permitirá ya sea afirmar la naturaleza extragástrica del padecimiento, ya sea descubrir una gastritis, úlcera o cáncer latentes, instituyendo el tratamiento adecuado precozmente. Sobre la importancia del diagnóstico precoz del cáncer y de la úlcera antes de que se haga callosa, está todo el mundo de acuerdo. *V-r.* cuanto al diagnóstico precoz de la gastritis permite no sólo aumentar las probabilidades de curación de esta enfermedad, (e por sí tan rebelde, sino hacer medicina profiláctica, ya que hoy es cosa comprobada que la inmensa mayoría de las úlceras y cánceres gástricos se desarrollan sobre un terreno gastrítico.

39—CONTRAINDICACIONES

Ellas son:

- a) Tonsilitis y faringitis agudas por el peligro de fiebre, adnopatía o hemorragia consecutivas.
- b) Rigidez en flexión de la columna cervical, pues la porción del gastroscopio que corresponde a ese segmento no es flexible.
- c) Afecciones broncopulmonares con mucha tos y expectoración.
- d) Cardíacos descompensado;
- e) Aneurisma de aorta.
- f) Úlcera de estómago o duodeno en hemorragia o perforación.
- g) Várices de esófago en hemorragia.

h) Hemofilia.

i) Cauterizaciones gástricas recientes por ingestión de líquidos corrosivos.

En general, debe efectuarse antes de la gastroscopia un buen examen clínico y una radiografía del tórax, y no realizar esta exploración ante auditorio si no se está seguro de los nervios del enfermo.

4P—PREPARACIÓN DEL ENFERMO Y TÉCNICA DE INTRODUCCION DEL GASTROSCOPIO

Enfermo en ayunas. Se hará una inyección de 1 miligramo de atropina y 2 centigramos de pantopon y una hora después se procede a la anestesia por pincelamiento con una mezcla fresca compuesta de un tercio de solución de adrenalina al milésimo y dos tercios de una solución de (2):

Pantocaína	2 grs
Acido clorhídrico al 12.5 %	5 gotas
Agua destilada	100 c. c.

Si no se dispone de solución de Pantocaina, puede emplearse (3) cocaína al 10 %, pero con esta suelen presentarse los fenómenos de excitación conocidos (4)

La anestesia se hace en tres tiempos: primero, sin bajalengua, se pincela el velo del paladar y base de la lengua; segundo, se coloca el bajalengua y se pincela la pared posterior y laterales de la faringe; por último y con la ayuda de un espejo la ríngeo, se anestesia la epiglotis y orificio superior de la laringe.

Hecha la anestesia, se introduce un tubo de lavaje gástrico y se vacía el estómago con la pera de Señorans. No se hará la-

vaje sino cuando los restos sean abundantes (6).

Si el sondaje de estómago ha transcurrido sin náuseas puede hacerse de inmediato la gastroscopia. El enfermo será acostado sobre el lado izquierdo en una mesa de operación, la que es conveniente posea un respaldo para el dorso y otro para el pecho (5). Se harán flexionar las piernas unos 45 grados y se colocarán pequeños cojines bajo la cabeza para evitar una incurvación lateral de la columna cervical. Una enfermera estará colocada detrás del enfermo y abrazará con sus manos ambas mejillas del mismo, poniendo la cabeza en hipé :- extensión.

El operador rechazará la epiglotis y base de la lengua hacia abajo y adelante con los dedos índice y medio de la mano izquierda e introducirá el gastroscopio entre ambos dedos como si fuera una sonda gástrica. Conviene que hable constantemente con el enfermo para distraerlo. La introducción hasta el cardias, se realiza sin mayor dificultad (7). Para franquear el cardias

rotación impresos al aparato (9). Una vez franqueada el cardias (10), hasta encontrar cierta resistencia, lo que indica que se está en la vecindad del píloro (11); entonces se pone la mesa en posición de Trendelenburg, para disminuir la angulación entre las dos ramas del estómago, se insufla algo de aire con la pera y se da luz, comenzando la exploración.

50—ASPECTO DE LA SUPERFÜCIE INTERNA DEL ESTOMAGO NORMAL

Se aprecian generalmente cíe inmediato ondas peristálticas relativamente enérgicas (12). A veces estas ondas son irregulares, de lo cual no debe deducirse que el antro esté enfermo. La mucosa es lisa, brillante y sin depósitos mucosos, su color es verdoso y varía según la distancia que la separa de la óptica, apareciendo tanto más oscura cuanto más lejos de la óptica esté y viceversa. No deben verse ramificaciones vasculares. Dando vuelta al pabellón del gastroscopio podrán ser inspeccionadas

ambas caras y ambas corvaduras del antro, indicando el pequeño botón del ocular la orientación de la óptica en el estomago. A veces se hace necesario variar algo la posición del enfermo para obtener mejor campo, cosa ya conocida de los cistoscopistas. El píloro aparece en el campo cuando el botón apunta hacia la derecha del enfermo, y lo hace en forma de estrella o rejeta que se abre a intervalos regulares.

Manteniendo siempre el botón hacia la derecha y retirando algo el tubo, se recorre la pequeña curva de abajo arriba hasta que se llega al esfínter del antro pilórico, límite anular entre el antro y el fundus, zona que corresponde al angulus y a la zona intermedia de los histólogos. Este esfínter forma en realidad diafragma de gran abertura, cuyo movimiento es de todos conocido radioscópicamente. Pero gastroscópicamente sólo puede verse en el campo un segmento del mismo en forma de luna en creciente y cubierto por una mucosa que, a diferencia de la mucosa del antro, presenta pliegues. Estos pliegues son en realidad en perpendiculares al plano del esfínter, esto es, paralelos al eje mayor del estómago, pero como se ven oblicuamente, dado que el gastroscopio está siempre más cerca de la pared posterior que de la anterior, resulta que dan al esfínter un aspecto de cuerna formada por varios hilos y torcida sobre sí misma.

Retirando más el gastroscopio se penetra en el fundus que se distingue netamente del antro por tres caracteres: su peristáltica escasa, sus pliegues y la pre-

sencia de una que otra vena que se aprecia por transparencia si se distiende fuertemente el órgano con aire insuflado. Haciendo recorrer al botón del pabellón 360 grados, parecen sucesivamente: *la pequeña curva*, de-color claro por estar cerca de la óptica, lisa o más comunmente presentando dos a cuatro pliegues delgados longitudinales formando la calle gástrica; *la pared anterior del fundus*, que tiene pocos pliegues; *la porción media de la gran curvadura*, con pliegues longitudinales; *la pared posterior del fundus*, con pliegues caprichosamente dispuestas y que debido a la inclinación de la óptica aparecen desigualmente gruesos.

Si entonces se orienta el botón hacia la gran curva (izquierda del enfermo) y se retira todavía más el aparato, aparece en el campo el llamado lago mucoso, o sea esa pequeña cantidad de líquido gástrico y mucus que el sondaje llega a evacuar y que en el decúbito lateral izquierdo se deposita en la parte alta de la gran curva.

Retirando luego el tubo un poco y rotando simultáneamente el pabellón hacia el mentón del enfermo, podrán inspeccionarse la mucosa del cardias sin vasos visibles, clara, blanquizca, lisa y situada muy cerca de la óptica.

6°—GASTRITIS AGUDA

Aparece generalmente después de excesos en la comida y bebida y se caracteriza gastroscópicamente por:

- a) Predominio de las lesiones en el antro.
- b). Aspecto turbio de la super-

ficie mucosa.

c) Enrojecimiento difuso o en focos.

d) Depósito de mucus o mucopus de aspecto vitreo o lechoso, que se distinguen del mucus deglutido por la ausencia de burbujas de aire (fig. 1).

e) Manchas hemorrágicas, siendo de mayor valor diagnóstico de color marrón, pues las de color rojo, es decir, recientes, son a veces producidas por el contacto de la punta del gastroscopio sobre la mucosa alterada.

f) Erosiones de tamaño desde una cabeza de alfiler a moneda de 5 centavos y caracterizadas por su fondo deprimido y cubierto generalmente por un exudado amarillento, su forma redondeada u ovalar, su borde rígido, a veces dentado. Las erosiones asientan siempre en una zona enrojecida, a veces levantada en forma de meseta por el edema y la congestión.

Agregaremos que la gastritis aguda muestra, al revés que la crónica, una gran tendencia a la curación espontánea, lo que puede comprobarse practicando gastroscopias cada 5 o 6 días en el mismo enfermo.

7°—GASTRITIS CRÓNICA

Las alteraciones son diversas, según el caso, existiendo así formas catarrales hipertróficas, atróficas y erosivas; cada una de estas alteraciones presenta signos característicos.

a) *Alteraciones del epitelio:*
En un primer tiempo observamos pérdida del brillo y transparencia. La opacidad puede llegar a ser total cuando se ha producido una necrosis por coagulación. Cuando el epitelio cae, deja al descubierto el corion enrojecido; esta caída del epitelio es más frecuente en las crestas de los pliegues, las que por su situación están más expuestas a los insultos mecánicos. El epitelio irritado segrega mucus en mayor cantidad, el que forma copos o se extiende en una capa más o menos delgada, la que se manifiesta por traer aparejado un aumento de los reflejos de luz. Debe recordarse que el exceso de mucus transparente no indica fatalmente gastritis, pudiendo encontrarse también en casos de gastromixorrea de origen nervioso. Las membranas fibrinosas se distinguen del mucus por su opacidad y adherencia a

la mucosa. El fundus muestra ordinariamente más riqueza en depósitos mucosos que el antro, no porque la inflamación sea allí mayor, sino porque el mucus queda retenido entre los pliegues, mientras que en el antro, de mucus liso, es arrastrado hacia el intestino por el peristaltismo y las corrientes de líquidos.

b) *Erosiones*: Hemos dado ya sus caracteres al hablar de gastritis aguda. En el período de curación su fondo se presenta limpio, sin depósito fibrinopurulento y granulante y en la zona vecina aparecen pliegues de disposición radiada, índice de retracción cicatricial a nivel de la erosión. Recordemos que estómago con erosiones es estómago en peligro de hemorragia.

c) *Otras lesiones del cortón*. Debe tenerse en cuenta que no todas son visibles a causa del epitelio que las cubre. De ahí que la histología sea superior a la gastroscopia en estos casos. Sobre las zonas hiperhémicas y hemorrágicas hemos hablado ya. La infiltración y el edema se caracterizan por hinchazón y rigidez de los pliegues, los que no desaparecen aunque se distienda fuertemente el estómago con aire. Este signo de la no desaparición por la insuflación no es patognomónico, pues puede existir también en estómagos con aumento del tono muscular.

d) *Hipertrofias*. Caracterizanse por la presencia de mamezones y mesetas de diversos tamaños, regulares o irregulares, constituyendo la llamada gastritis verrugosa. Estas verrugas asientan en los valles o en los pliegues; cuando lo hacen en estos últimos les dan un aspecto ani-

llado, como de orugas. Si el proceso es muy acentuado, toma el aspecto del "etat mamezoné" o el de la gastritis poliposa.

e) *Atrofia*. Difusa o **localizada** ella determina una colocación blanquecina o gris verdosa de la mucosa, en la cual los vasos son fácilmente apreciables, al revés que en estado normal (fig. 2). La superficie es lisa o finamente granulosa, con zonas deprimidas. Debe recordarse que no existe ninguna relación entre la atrofia y el quimismo gástrico existiendo gastritisatróficas **con** hiperquilia y formas hipertróficas con aquilia.

En el estado actual de nuestros conocimientos debe considerarse a **lagastritis** crónica como una enfermedad incurable. El clínico deberá contentarse con mantenerla dormida, asintomática, evitando así la posibilidad de que ella engendre úlceras.

Una mención especial merece la gastritis crónica de los gastroenterostomizados: en ella pueden encontrarse, además de las lesiones ya descritas, protrusiones y excavaciones producidas por adherencias y tumorcitos inflamatorios en los sitios donde se colocaron las suturas (fig. 3). Dichas protrusiones, excavaciones y tumores inflamatorios no deben confundirse con el cáncer, del que se distinguen por estar cubiertos por mucosa idéntica a la de las zonas vecinas, esto es, no acartonada ni ulcerada. Sobre la frecuencia de las gastritis en los gastroenterostomizados mencionaré que Henning sometió a la gastroscopia 35 operados con molestias y en los cuales no existía ni una úlcera en actividad ni un trastorno evacuatorio;

en todos ellos pudo comprobar la existencia de una gastritis grave.

8°—ULCERA GÁSTRICA

Las pequeñas úlceras no se pueden distinguir gastroscópicamente de las grandes erosiones. Deben buscarse en la pequeña curva y parte vecina del antro, insuflando bien el estómago para evitar pasen desapercibidas. Según el período evolutivo, aparece su fondo cubierto por un depósito amarillento (membrana fibrinoleucocitaria) o limpio y granulante. Los pliegues radiados alrededor de la úlcera no faltan casi nunca. Sobre la vertiente del angulus que mira al fundus se delata a menudo la úlcera por una muesca. Cuando el proceso está en actividad y causando síntomas, se observa a menudo, además del depósito amarillento, que la úlcera asienta sobre una meseta, la que es determinada por la congestión y el edema de los tejidos vecinos. Esta meseta es siempre asiento de lesiones gástricas graves. La úlcera curada se caracteriza por pliegues radiados convergiendo

hacia una pequeña planicie totalmente cubierta de epitelio.

9°—TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

Ambos presentan una forma tuberosa y una base ancha. El tumor benigno se distingue del maligno no ulcerado por estar revestido de una mucosa normal mientras que en este último la mucosa es más clara y con focos hemorrágicos y depósitos necróticos grisáceos. Con todo, el diagnóstico diferencial suele ser a veces muy difícil, cuando el tumor benigno se acompaña de aquilia. La duda no tiene sin embargo gran importancia práctica, ya que en ambos casos existe indicación operatoria.

Cuando el cáncer está ulcerado, el diagnóstico es fácil. En estos casos es frecuente que el lago mucoso de la gran curva se vea reemplazado por un lago color borra de café.

En la linitis plástica no existe a veces ninguna curación: la cavidad gástrica se presenta muy disminuida e imposible de agran-

dar por la insuflación, las paredes son rígidas y los pliegues han desaparecido.

(1) Entre nosotros han trabajado con singular empeño para divulgar las ventajas de la gastroscopía, el Profesor Bonorino Udaondo y el Dr. Orlando P. Curti, trabajando con el gastroscopio rígido. Este último mandó construir hace varios años un "Gastrofotografoscopio" con el cual consiguió sacar algunas fotografías de la mucosa gástrica.

(2) La solución de pantocaína al 2 % viene ya preparada (casa Bayer). De la inyección de Pantopon-atropina puede prescindirse en enfermos tranquilos.

(3) La Percaína, o una solución de Cocaína al 10 %.

(4) Para evitar estos fenómenos de excitación y cuando toda vía no disponía de la Pantocaína, que es lo mejor, usé con buen resultado la solución de cocaína conocida con el nombre de solución de Hirsch, y cuya fórmula es la siguiente:

Clorhidrato de cocaína . . . 3ij
Sol. adrenalina 1 0)00 P.
Davis..... -'. .. 10j|
Sol. sulfato de potasio
al 2 % 20" ce
Sol. ácido fénico 0,50 % 100- f

Usando esta mezcla, se necesitan unos 4 ce. para producir una buena anestesia: en cambio, son suficientes 2 ce. de la sol. de Pantocaína-Adrenalina para producir el mismo o quizás mejor resultado.

(5) Nosotros usamos con resultado excelente el brete que R. Finochietto y H. Aguilar (Prensa

Médica, 1932), hicieron construir para toracoplastia, pero invertido, vale decir, colocamos la pelvis en la parte destinada al tórax y viceversa. Disponiendo del brete no se necesita mesa de operaciones, siendo suficiente atar el brete sobre cualquier camilla que tenga 1.20 mts. o algo más de altura.

(6) Como la faringe y orificio superior de la laringe están anestesiados, es muy fácil que la sonda se introduzca en la laringe en vez de hacerlo en el esófago. Este accidente se reconoce porque el enfermo tose y porque a través de la sonda se establece una corriente de aire (conspiración y expiración), que es fácilmente perceptible si se acerca el extremo de la sonda al oído. Nos ha sucedido varias veces. En este caso se quitará la sonda y se volverá a introducir por el buen camino. Conviene tener siempre presente esta eventualidad para evitar de echar agua en las vías respiratorias al querer lavar el estómago.

(7) A veces se presenta una pequeña resistencia al pasar de la faringe al esófago. En estos casos, cuando la introducción por la línea media me parece difícil, hago rotar el pico 45 grados para penetrar en el esófago por el receso lateral de la faringe.

(8) Manteniendo el pico del gastroscopio dirigido hacia el mentón del enfermo.

(9) Cuando existe un cáncer de estómago que llega cerca del cardias, puede ser imposible introducir el gastroscopio en el estómago; me ha sucedido dos veces.

(10) Se dirige el pico del gas-

troscopio hacia la derecha del enfermo y se sigue avanzando.

(11) Diez a veinte centímetros después de haber franqueado el cardias.

(12) Ante todo deberemos comprobar en qué parte del estómago se halla la óptica. Si no ha llegado al antro, deberemos empujarlo más con prudencia, bajo el control de la vista, insuflando lentamente, siendo -a veces útil

hacer flexionar más las piernas a" enfermo u orientar convenientemente el pico del gastroscopio por medio de la mano, a través de la pared abdominal. Nosotros no hemos podido llegar al antro en dos casos; en uno se trataba de un cáncer de píloro que infiltraba todo el antro, en el otro de una litiasis biliar (¿espasmo mesogástrico?) Del Día Médico, Buenos Aires.

Aforística Neurosifilográfica

Por el doctor Horacio Abascal.

El sistema nervioso es la víctima preferida del terciarismo. *A. Fournier.*

« # *

Las lesiones sifilíticas precoces o tardías del sistema nervioso responden a determinaciones directas del treponema pálido, o son consecuencias de éstas.

Aberastury.

* * #

La meningitis aguda sifilítica es una complicación muchas veces desconocida, pudiendo llegar a confundirse cuando la reacción meníngea es muy intensa, con

otras infecciones meníngeas, muy particularmente con la bacilar y la epidémica.

R. de Montana.

s- « *

Los síntomas de la meningitis crónica están en relación con el asiento principal de la lesión máxima; esta es la causa por la cual la meningitis sifilítica crónica, que tiene una predilección por la base del cerebro, produce signos que denotan un ataque de las raíces de los nervios craneales.

Radovici.

En el período de estado, la meningitis sífilítica secundaria puede presentar el cuadro de otras meningitis agudas; pero no se traduce de ordinario sino por un pequeño número de signos realiza raramente el trípede meningítico clásico y puede ser monosintomática.

Castaigne y Trémolières.

* * *

Está fuera de toda duda que la sífilis puede producir *ciertas mielitis funiculares*, localizadas a un solo haz, generalmente el haz piramidal, o bien atacando simultáneamente varios, realizando el tipo de esclerosis combinada, y no acompañándose de ningún elemento inflamatorio.

Babonneix.

* * #

Las *encefalitis gomosas difusas* son raras en la lúes adquirida, es más fácil que se trate de gomas *circunscritas*, en cuyo caso el cuadro remeda el del tumor cerebral.

J. Peyri.

Todos los desórdenes de la motilidad, sensibilidad y de la inteligencia, y aun las mismas neurasias, pueden reconocer por causa la sífilis.

L. Belhomme y Aimé Martín.

* « *

Una parálisis ocular, es, de cualquier suerte, una firma de la sífilis sobre el ojo de un enfermo.

Ricord.

La cefalalgia es el pródromo más frecuente de la sífilis cerebral, es su sintoma premonitorio por excelencia.

Breda.

* * *

En ningún caso de neuralgia sífilítica faltan los puntos dolorosos a la presión en aquellos sitios en que los nervios atraviesan las aponeurosis para hacerse subcutáneo.

Nonne.

* # *

La parálisis ocular sífilítica por excelencia, es decir, la que ofrece realmente caracteres de especificidad, es la del motor ocular común; el motor ocular externo enferma menos difusamente y menos todavía el patético.

Breda.

* # *

La epilepsia esencial de la infancia no es otra cosa, en la inmensa mayoría de los casos, que una manifestación de sífilis hereditaria, justiciable del tratamiento antisifilítico y felizmente modificable por él.

Fernet.

* * *

El pronóstico de la sífilis cerebro-espinal variará **principalmente** según la situación y la forma de la enfermedad; los procesos que ocurren en la periferia del cerebro, en la substancia cortical, son de curso más favorable que los que afectan el tejido cerebral a una mayor profundidad.

Steiner.

(Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana).

Continuación de las observaciones de Paludismo y Sero-reacción de Kahn

OBSERVACIÓN N° 6.—Isidoro López, de doce años de edad, vecino de Comayagüela, ingresa a la consulta externa de la Dirección General de Sanidad a pedir medicinas para fríos y calenturas que desde hace dos meses viene padeciendo (día 8 a.: septiembre de 1933). Antecedentes hereditarios: tiene padres vivos con buena salud. Antecedentes colaterales: tiene cinco hermanos también con buena salud. Examen: por tratarse de un *niño*, investigamos en el examen los órganos más afectados por la heredosífilis, que constituyen la triada sintomática de Hutchison, resultado negativo. Bazo doloroso e hipertrofiado, trastornos digestivos, tinte icterico pronunciado. Temperatura axilar 36.6 pulso 78. Examen por malaria: positivo Plasmodium Falciparum (gametos). Por Sero-Reacción de Kahn: positivo xx.

Ob. N° 7.—Dionisio Lagos, de 15 años de edad, vecino de Tegucigalpa, estudiante, se queja *de padecer desde hace mes y medí*)

de calenturas diarias, sin haber tomado ningún medicamento. Antecedentes hereditarios: dice que sus padres murieron hace más o menos ocho años, sin saber el motivo de su muerte. Antecedentes personales: ha padecido de grippe y sarampión. Al interrogatorio específico dice no haber padecido de chancro, ulceraciones en el pene, manchas en el cuerpo, caída del pelo, ulceraciones en la garganta. Al examen tampoco encontramos manchas, roseólas ni ganglios hipertrofiados, ninguna placa mucosa, ningún trastorno de los órganos de los sentidos. Examen por malaria: positivo plasmodium **falci**parum (gametos). Examen por Kahn: positivo x.

Ob. N° 8.—**Ana** Rosa Banegas ingresa a la Consulta Externa de la Dirección General de Sanidad el día 13 de diciembre de 1933 como el objeto de pedir medicinas para calenturas que viene padeciendo desde hace tres meses con ligeros intervalos. Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: ha padecido de Varicela, sarampión y gripe, ha tenido solamente un niño de buena salud; no ha tenido abortos. Al examen: tinte icterico, no tiene ninguna roseola ni cicatrices de úlceras, no se encuentran ganglios hipertrofiados, ni hay placas mucosas, no hay ningún trastorno de los órganos de los sentidos, investigamos lesiones primarias, secundarias y terciarias y el resultado fue negativo. Bazo e hígado hipertrofiado y dolorosos a la palpación. Temperatura axilar 36. H, pulso 80. Examen por malaria: positivo plasmodium falciparum (gametos). Examen por Sero-reacción de Kahn xx.

Ob. N° 9. — Raymundo Sánchez, de 16 años, originario de Yauyupe, viene padeciendo desde hace cuarenta días de calenturas. Antecedentes hereditarios y colaterales nulos. Antecedentes personales: ha padecido de frecuentes trastornos gastro-intestinales, gripe y calenturas. Al interrogatorio específico, dice no haber padecido de chancro, ulceraciones en el pene, manchas en el cuerpo, caída del pelo, molestias en la garganta. Al examen: no encontramos cicatrices, manchas ni ganglios hipertrofiados, ninguna roseola, ni placas mucosas, ningún trastorno de los órganos de los sentidos. Examen por malaria: positivo plasmodium vivax. Por Sero-Reacción de Kahn: positivo xxx.

Ob. N° 10.—Martha Díaz, de once años de edad, vecina de Tegucigalpa, viene a la Consulta Externa el día 11 de diciembre de 1933. a pedir medicinas por estar enferma desde hace dos meses de calenturas tercianas,

sin haber tomado hasta la fecha ningún medicamento. Antecedentes hereditarios y colaterales: sin importancia. Antecedentes personales: sin importancia. Interrogamos a la madre sobre antecedentes específicos y resultaron negativos; y en el examen insistimos sobre todo en buscar lesiones de heredo-sífilis, no encontrando ningún trastorno visual, auditivo y bucal. Piel: tinte icterico. Bazo palpable y doloroso. Temperatura axilar 37. Pulso 84. Examen por malaria: positivo plasmodium vivax. Por Sero-Reacción de Kahn: positivo XXX.

Ob. N° 11.—Otilia Jirón de 19 años, vecina de Comayagüela, viene padeciendo de calenturas diarias desde hace más o menos un mes, sin haber tomado ningún medicamento. Antecedentes hereditarios y colaterales: sin importancia. Antecedentes personales: sin importancia. Al examen: no hay ninguna adenitis, manchas en el cuerpo, no hay roseólas, ni cicatrices de úlceras, no hay placas mucosas, ni caída de pelo, ningún trastorno en los órganos de los sentidos. Hígado doloroso a la palpación. Bazo hipertrofiado. Temperatura axilar 38.2. Pulso 90. Examen por malaria: positivo plasmodium falciparum. Por Reacción de Kahn: positivo xx.

Ob. N° 12.—Francisco Pacheco de 11 años de edad, dice padece de calenturas que le dan diariamente desde hace dos meses y que por falta de recursos no ha tomado ningún medicamento. Antecedentes hereditarios, que son en los que más insistimos por tratarse de un niño: la madre tiene buena salud, refiere que no

ha tenido abortos, que ha tenido cuatro niños más, que todos son de tiempo y que gozan también de buena salud. En el examen de la madre no encontramos ningún detalle de origen específico; y en el niño no tiene ningún trastorno en los órganos de los sentidos que pudiera sospecharse una heredosífilis. Tinte icterico pronunciado. Bazo palpable. Examen por malaria: positivo plasmodium falciparun. Sero-Reacción de Kahn: positivo x.

Ob. N° 13.—Pedro Rodríguez, de 14 años, originario de Santa Ana, departamento de Tegucigalpa, hace mes y medio padece de fríos y calenturas. Antecedentes hereditarios: su padre murió de Pneumonía y su madre de calenturas. Antecedentes personales: ha padecido de varicela, sarampión. Examen: no tiene ningún signo de especificismo

hereditario ni contraído. Temperatura axilar 39. Pulso 98. Tinte icterico. Bazo e hígado dolorosos a la palpación. Examen por malaria positivo plasmodium vivax. Por Sero-Reacción de Kahn xxx.

Ob. N° 14.—Victoriano Bú, de catorce años, originario del departamento de Santa Bárbara, hace dos meses padece de calenturas diarias, sin haber tomado ninguna medicina. Antecedentes hereditarios: su padre murió de heridas, su madre de calenturas. Antecedentes personales: sin importancia. Como en el caso anterior no tiene ningún signo de sífilis hereditaria o contraída. Temperatura 37. Pulso 80. Examen por malaria: positivo plasmodium falciparun. Por Sero-Reacción de Kahn: positivo xxx.

Manuel Cáceres Vijil.

Dr. Víctor Pauchet

Higiene rural;

*El diagnóstico precoz del cáncer
del cuello uterino.*

("El Faro Médico de París").

El doctor Víctor Pauchet hace notar en un trabajo sobre el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino, la facilidad que proporciona el "Método de Schiller por el yodo," fórmula de Lugol, cosa que está al alcance de cualquier médico en su gabinete de consulta.

El fundamento de este procedimiento está basado en que el epitelio de la porción vaginal del cuello, contiene mucho glicógeno, el cual, bajo la acción del yodo, se pone color caoba. Si la mucosa está sana, el color es uniforme; pero, si está enferma, las partes dañadas no toman el color moreno y conservan el color rosado habitual de la misma. Este hecho sirve al **clínico** para evidenciar la presencia de un tumor canceroso. La fórmula del Lugol que se emplea es la siguiente:

Yodo: 5 gramos.

Yoduro de potasio: 10 gramos.

Agua destilada: 100 cc.

El doctor Pauchet señala también el hecho de la necesidad del diagnóstico precoz —cosa que hoy día no se discute,— para obtener la curación, estando mucho al tanto de toda pérdida de sangre fuera de la menstruación, así como también de todo dolor sordo en la pelvis, en una persona que anteriormente goce de buena salud.

La inspección de alimentos

En las ciudades y en los centros importantes de población, los servicios de higiene tienen a su cargo la vigilancia de los géneros alimenticios. Se analizan sus muestras en los laboratorios destinados -a este fin y los veterinarios someten a celosa inspección todo el ganado destinado a los mataderos.

Mas en el campo las condiciones son muy distintas. Cada ama de casa ha de ser suficientemente experta para poder distinguir la buena calidad de la mercancía que compra y para conservarla en las mejores condiciones posibles. Porque en las regiones rurales no siempre es posible adquirir al día los -géneros necesarios ni se dispone tampoco de los procedimientos de conservación que son corrientes en las grandes ciudades.

Ha de añadirse, en cambio, que el campo ofrece otras ventajas que bien merecen la, envidia de las gentes de la ciudad. El ama de casa tiene en el campo más a la mano los productos naturales. Muy frecuentemente posee vacas y gallinas y en todo caso le es posible adquirir en la vecindad leche, manteca y huevos absolutamente frescos y donde no hay ningún temor a la contaminación o deterioro que sufren las mercancías a través de los numerosos intermediarios y de su transporte.

La compra de la carne, en cambio, exige en el campo una perspicacia mucho mayor que en la

ciudad donde la inspección veterinaria elimina con toda severidad la carne impropia para el consumo. Allí donde no existen mataderos oficiales vigilados por un veterinario, un animal enfermo puede ser puesto en venta por un carnicero sin escrúpulos o poco advertido.

Entre los procedimientos que permiten conservar los géneros alimenticios en buenas condiciones hay dos que se olvidan frecuentemente y que, sin embargo, son tan simples como eficaces. El azúcar de caña protege con mucha seguridad los frutos en conserva y la leche condensada.

No solamente evita la fermentación, sino que constituye un alimento rico en calorías. La adición de azúcar de caña a la leche reemplaza la esterilización por ebullición y la leche tratada de esta forma es más rica en vitaminas que la leche hervida.

Las especies son igualmente muy útiles para la conservación de los alimentos. Su acción se debe a los aceites que contienen y también, probablemente, a propiedades fisiológicas que les son particulares. El aroma muy pronunciado de las especies y de sus extractos es una salvaguardia contra su empleo excesivo. Es

preciso no perder de vista que este aroma puede neutralizar el gusto y el olor desagradables que desprenden todos los alimentos avenados. No puede, pues, fiarse ciegamente por el gusto y el olor del estado de conservación de los alimentos que siendo absolutamente impropios para el consumo pueden muy bien no ofrecer ni un gusto ni un olor sospechosos.

Los habitantes del campo no pueden ignorar, por ejemplo, que la carne cruda debe tener un fuerte color rojo de sangre y que hay que desconfiar de las carnes con reflejos oscuros o verdosos y en las que la grasa es fofo y gelatinosa en lugar de ser amarilla y consistente. Una carne que, al presionarla entre los dedos, desprende un líquido coloreado, debe igualmente ser rechazada.

Cuando, en ciertas enfermedades, se prescribe la carne cruda, es recomendable cocerla al menos lo necesario para destruir las larvas de parásitos que pueden encontrarse en ella y alterarla incluso después del examen sanitario. La cocción apenas disminuye el valor alimenticio de la carne siempre que se haga sin exceso y que no sea recocida.

Entre todos los alimentos son los huevos los que ofrecen menor peligro de enfermedad. Su grado nutritivo depende de lo que coman las gallinas que los han puesto. Aquellas que andan sueltas y picotean no solamente los granos que constituyen su principal alimentación sino toda suerte de plantas, ponen huevos de una superior calidad a aque-

llas otras que permanecen encerradas en un angosto y desaseado 'gallinero. En el campo no solamente es posible conocer la procedencia de los huevos sino que puede garantizarse su frescura.

Es un error el creer que los habitantes del campo se aprovechan largamente de todos los alimentos que se producen a su alrededor. La moderna organización de los transportes hace absorber por las ciudades y los grandes centros de abastecimiento da mayor parte de los productos de las granjas y de las huertas. Muy frecuentemente el campesino resulta insuficientemente alimentado y su régimen de nutrición es defectuoso. Queda así predispuesto a enfermedades debidas a una alimentación pobre en vitaminas, tal como la pelagra, que ataca a las personas privadas de todo alimento de origen animal. Varias Sociedades nacionales de la Cruz Roja y muy señaladamente la Cruz Roja norteamericana, han debido luchar contra la extensión de la pelagra utilizando, entre otros medios, la distribución de aceite de hígado de bacalao.

Se podrían evitar muchas enfermedades a los habitantes del campo cuidando de que su alimentación fuese más variada y compuesta de productos que, estando a su alcance, van a abastecer las regiones urbanas.

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

REVISTA DE REVISTAS

—Por el Dr. S. PAREDES P.

El diagnóstico del embarazo extra-uterino en el curso de la segunda mitad del embarazo por la radiografía

H. Noelle (de Bielefeld) en el Zentralblatt für Gynäkologie, relata el caso siguiente: a una mujer claramente embarazada, que sufre de dolores semejantes -a las contracciones uterinas, se decide interrumpirle la gestación.

La paciente operada antes por lesiones salpingo-ovarianas fue dilatada por medio de laminarias seguida de inyección intrauterina. Una pelviperitonitis siguió a las maniobras abortivas que no dieron ningún resultado. La enferma se niega a aceptar otras 'maniobras y abandona el hospital. Esto sucedía en el 6º mes de su embarazo. Nuevos dolores le obligan a regresar 15 días después. Entonces se pensó en embarazo extrauterino. Se hace una inyección de iodipina para una radiografía. Esta muestra un útero desviado hacia la derecha por un feto claramente visible con la cabeza deformada en

la trompa izquierda.

Laparotomía: saco fetal adherente; liquido fétido, purulento. Extracción de feto y placenta; taponamiento. Oclusión paralítica al tercer día; Cecostomía. Curación.

Diagnóstico y tratamiento de los embarazos extrauterinos prolongados

A. Kuncs (de Tuiskole, Hungría) en el Zentralblatt für Gynäkologie, presenta 4 casos operados en los últimos meses del embarazo. Histerectomía en todos.

Describe el autor la formación más o menos avanzada de los fetos y deformidades de ellos y las madres, supervivencia y accidentes inmediatos.

Concluye en que el estado general de la madre indica la intervención parcial o total en aplicación del principio general de no arriesgar nunca la vida de la madre por la incierta y casi siempre imposible de un feto mal formado.

32 casos de acortamiento del miembro inferior sano con un fin ortopédico: indicaciones; técnica y resultados

U. Cawera (de Turín) en la *Chirurgia degli Organi di movimento*, publica sus ideas al respecto.

En 1927, con ocasión de una fractura del fémur en un individuo que tenía el otro miembro corto por una luxación congénita de la cadera izquierda, tuvo la idea de mantener la fractura en cabalgamiento, suficiente para compensar la longitud de la otra. Después continuó haciéndolo sistemáticamente a condición que los miembros cortos estuvieran en buena posición para la marcha.

La estadística actual llega a 32 casos: 17 luxación de la cadera, 8 parálisis infantil, 7 coxalgia.

El acortamiento compensador variaba entre 14 y 6 cms., pudiéndose hacer mayores ya que el procedimiento ofrece absoluta seguridad.

Antes de reseca el fragmento diafisario colocar un aparato enyesado desde el pliegue de la ingle hasta el pie, quitando enseguida toda la parte anterior. En ese canal se hace la resección. Incisión antero-externa; primera sección ósea con sierra de Gigli, enseguida con sierra corriente.

En el segmento óseo reseca se talla una clavija que se introduce a la fuerza en el canal medular de los extremos de sección hasta dejar coaptadas las superficies óseas; asegurar más este contacto empujando el pie en su planta por láminas de fieltro

puestas en el vacío dejado por la resección.

La consolidación se realiza en 50 días. A veces 4 y 5 meses. En 4 casos hubo incurvación a convexidad externa sin importancia funcional. Infección en 3 casos, curados al final. 1 muerto por meningitis tuberculosa.

Los resultados obtenidos con el tratamiento, buscando la abolición de trastornos' funciones por desigual longitud se han conseguido.

Supuraciones plantares, anatomía de la planta y sus relaciones con la pantorrilla

H. Liars en su tesis de Alger, lamentándose del injusto olvido de las inflamaciones del pie en favor de las de la mano ha dedicado un trabajo notable al estudio de las supuraciones del pió, al punto de vista anatómico, radiológico, clínico y terapéutico.

Siguiendo la misma descripción de la mano, establece la clasificación de las supuraciones del pie en esta forma:

1° Supuraciones graves que después de una etapa en los espacios celulares profundos de la planta se extienden a la pantorrilla.

2° Supuraciones del espacio subaponeurótico plantar superficial.

3° Supuraciones de las casillas comisurales.

4° Supuraciones subcutáneas plantares.

1° El flemón plantar grave parte del tejido celular profundo, su gravedad obedece a la frecuencia de la difusión hacia la pantorrilla, a la artritis tibio-tarsiana y a los estados septicé-

micos. El tratamiento consiste en incindir ampliamente de una punta a la otra de la planta y un prolongamiento hacia la pierna con sección del ligamento anular. A veces una astragalectomía para drenar la articulación y en casos muy apurados decidir la amputación.

2° Los flemones del espacio sub-aponeurótico plantar son menos graves porque no pueden difundirse, pero pueden serio cuando los gérmenes son de extrema virulencia y se propagan por vía linfática.

3° Las supuraciones comisurales por la misma razón son benignos. Se difunden hacia los dedos y dorso del pie. Incindir el pie en valvas con prolongamientos hacia el dedo o dedos invadidos.

4° Supuraciones de las celdas laterales del pie; benignas porque no se difunden sino hacia el dorso.

5° Supuraciones sub-cutáneas plantares sumamente **benignas**, tratables por incisiones simples.

Resultado tardío de la operación de Taima

Finsterer (de Viena) en el Archiv für Klinische Chirurgie, di-

ce que entre los raros resultados favorables de la operación de Taima cuenta con uno datado de 15 años, operado en muy malas condiciones, aunque la cirrosis hubiera comenzado poco tiempo antes.

Enferma de 51 años, tuvo en mayo de 1916 una ictericia grave desaparecida 2 meses después; sucedió luego una ascitis y edemas de las piernas. Se interviene en agosto, temiendo encontrar un cáncer inoperable. Se constata un hígado pequeño y totalmente cirrótico, con abundante ascitis. Operación de Taima; fijación del epíplón a la pared abdominal. Postoperatorio favorable. Ninguna punción más. Actualmente la enferma tiene 66 años y un estado excelente.

Entre los procedimientos quirúrgicos usados contra la cirrosis **hepática**; fistula de Eck, anastomosis de la vena mesentérica superior y de la vena cava inferior, desviación de la ascitis por un fragmento de safena hacia la vena femoral, drenaje de la cavidad abdominal de la región lumbar, la operación de Taima, es indiscutiblemente el mejor.

La operación debe ser precoz para obtener los resultados durables. A pesar de que los casos llegan tardíamente donde el cirujano, se citan casos operados después de 18 punciones uno y 10 el otro que curaron durante 7 años y medio y 4 años.

Tratamiento de la hipertrofia prostética por la ligadura interepididimo-testicular (operación de Steinach II)

Tant (de Bruxelles) en el Bruxelles Medical, partiendo del conocimiento bien establecido de las relaciones entre las funciones testiculares y la próstata y repitiendo en otra forma las intervenciones tendientes a curar la hipertrofia prostática, no como Launois por castración bilateral, ni Albarran, castración unilateral o inyecciones esclerosantes del testículo, sección de nervios de cordón, Angioneurectomía, sección de los deferentes, etc., sino practicando la operación bien reglada en su técnica por Steinach que consiste en una ligadura de los canales seminíferos entre la cabeza del epididimo y el testículo. Operación simple hecha con anestesia local. Cita 3 observaciones de felices resultados; en 6 semanas no existía residuo vesical.

Notas clínicas y terapéuticas sobre la sacro-coxalgia (a propósito de 36 observaciones personales).

A. Richard y A. Delahaye y J. Calvet (de Berk) publican en la Revue de Orthopedie et de Chirurgie de l'appareil locomoteur, sus ideas respecto a la frecuencia

de la sacrocoxalgia mayor de lo que se piensa.

Rara en el niño; sucede a una osteítis juxta-articular generalmente iliaca. Largo período de latencia.

5 signos de principio caracterizan la aparición en el adulto: 2 signos funcionales, radiculalgias sacras y cojera dolorosa; 2 signos radiográficos; la diastasis sacro-iliaca y el desenganche del pubis; y el dolor a la exploración digital, sobre todo rectal.

Lo mejor es tratar precozmente por inmovilización por una anquilosis operatoria, por artrodesis transarticular si el máximo de lesiones está abajo; por una artrodesis extraarticular si hay alteración de la inter-línea.

Amputación de Krukenberg

Colp y Ransohof en el Journal of Bone and Joint Surgery, relatan 2 observaciones de amputación del antebrazo por el procedimiento de Krukenberg. Consiste en amputar el antebrazo separando el radio del cubito. Cada uno con su envoltura cutáneo muscular propia. El objeto es de obtener una pinza en que el radio móvil pueda ejecutar movimientos de prosupinación.

La intervención es superior por la facilidad y resultados a los métodos de cinematización del moñón.

Traumatismos del cráneo

El Dr. José S. Lastra en la Revista de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Habana, insiste sobre la apreciación a veces errada del pronóstico de los traumatismos craneanos funda-

do en que haya fractura o no. A veces una contusión con fractura es benigna; otra sin fractura es grave. Son otros los elementos que deben apreciarse. Es indispensable el estudio de las condiciones anatómicas y fisiológicas presentes.

El edema cerebral caracterizado por la acumulación de líquido cefaloraquídeo en los espacios perivasculares de Virchow Robin es frecuente y corresponde a cuerdas de hipertensión aguda intracraneana.

Objeto de extrema vigilancia serán los traumatizados del cráneo: pulso, temperatura, respiración, presión arterial, estado de las pupilas, y elementos de diagnóstico suministrados por la punción lombar o suboccipital.

Siguiendo a Dowman de Atlanta el autor divide en grupos estos enfermos para la comodidad terapéutica:

1° Lesiones masivas del encéfalo con agotamiento de los cen-

tros bulbares. Todo tratamiento es inútil.

2° Hemorragia franca de la meníngea media. Trepanación y ligadura.

3° Fractura simple o complicada con o sin depresión de fragmentos y síntomas clínicos de contusión localizada del encéfalo. Operación.

4° Hipertensión intracraneana progresiva, con fase de compensación bulbar en ausencia de fractura. Emplear **soluciones** salinas hipertónicas por las vías bucal, rectal y endovenosa. En último caso trepanación decompresiva.

5° Fractura con hundimiento, la ausencia de síntomas de compresión cerebral. Operar sistemáticamente para evitar secuelas lejanas.

Conmoción y herida de las partes pericraneanas requieren un tratamiento muy simple: Buen purgante salino para la primera, pocas bebidas y reposo en cama. por una o das semanas.

Una nota de la Asociación Médica Hondureña

Tegucigalpa, 6 de febrero de 1934.

*Señor doctor don
Muy distinguido colega:*

La Asociación Médica Hondureña, en su última sesión, acordó por unanimidad de votos aprobar la moción presentada por el Dr. don Salvador Paredes para que se celebren en esta capital en el mes de julio próximo, Jornadas Médicas conmemorativas del 59 aniversario de su fundación.

Inútil nos parece ponderar la trascendencia de dichas Jornadas, que, fuera de dar a conocer el estado actual de la Ciencia Médica en Honduras y de influir en la resolución de nuestros problemas médicos e higiénicos, han de contribuir poderosamente al acercamiento del gremio con beneficio de él mismo y de la sociedad.

Hasta la fecha han sido aceptados los siguientes temas que están aun sujetos a ratificación. ^v „

2Q—principales focos de Paludismo en Honduras y manera de extirparlos.

29—profilaxis de la Sífilis.

39—Diagnóstico precoz de la Tuberculosis,

49—Diagnóstico y tratamiento de la Apendicitis.

50—Proyecto de una organización sanitaria practicable en Honduras.

69—Temas libres.

Mucho agradeceríamos a Ud., que, a la mayor brevedad posible, tuviera la fineza de inscribirse a nuestras Jornadas, indicándonos el tema que desea Ud. tratar y si le sería posible asistir personalmente a ellas.

Esperando su contestación, nos es grato suscribirnos con toda consideración y aprecio, sus muy atentos y Ss. Ss.

*Abelardo Pineda U.,
Srio. 1°*

*Miguel A. Sánchez,
Srio. 2°*

Víctima de un violento ataque de apendicitis aguda, fue operado en la Policlínica el Dr. Manuel Larios, Presidente de la Asociación Médica, en los últimos días de enero. Actualmente está de nuevo al frente de sus trabajos.

La Asolación Médica ha lanzado a consideración del electorado la candidatura del Dr. Guillermo E. Durón para llenar la vacante de Secretario de la Facultad de Medicina, con motivo de la renuncia del Dr. Julio Aspuru España.

Para la ciudad de Danlí partió el Dr. Víctor Manuel Velásquez,

consocio nuestro, a ejercer allá su profesión.

Ha llegado a esta ciudad en asuntos relacionados con el cargo de Síndico Municipal de San Pedro Sula el Dr. J. Antonio Pezaza.

Mucho entusiasmo reina en el gremio médico con motivo de la celebración del 5º aniversario de nuestra Sociedad en julio próximo con Jornadas Médicas. Varios son ya los que han comunicado su adhesión haciéndose inscribir en alguno de los puntos del programa.

ÍNDICE

DE LA REVISTA MEDICA HONDURENA
POR ORDEN ALFABÉTICO DE AUTORES

TOMO I

	Página
Ángel (Luis Felipe). Anomalías en la sintomatología de la úlcera gastro—duodenal. Revista. 2	61
Arión (J. St.) Sobre la importancia de la Eugenesia .Revista 2 .	28
Azpuru (España Julio). El sulfato de magnesia en el tratamiento de algunas enfermedades de la piel. Revista. 3	41
Aldridge (A. H.) Análisis de los resultados operatorios en 1.066 casos de salpingitis. Revista 7.....	10
Astley (Cooper Ashhurst) Cirugía operatoria de la cadera. Revista. 8.....	38
Armenteros (José Alfonso). Dos observaciones de gastro-enteritis mercurial. Revista 11	25
Blumenfeld (Félix). Tratamiento de la ocena. Revista 5	50
Balbini (Rávena). Contribución al cierre completo del abdomen en lo colecistectomía. Revista. 7.....	
S	
Besancon (F). Neumotorax. Revista 7.....	25
Bcrard(León). La abertura temporal de la traquea con sutura in mediata en el bocio y neoplasias tiroideas sofocante» . Revista. 10	19
Babonneix (L). y Levy (Gabriela. La neurología en 1929. Revista 11.....	25
Binaghi (R. A.) El Clínico y el Radiólogo. Revista. 11	59
Broubarta (F). La eclamsia. Revista 12.....	45
Cervide (Manuel Echenique). Las hemoptisis en la hipertensión Revista. 2.	53
Córdova (Larios Manuel). La glándula tiroides en la adolescencia. Revista. 1.....	12
Podría el mundo deshacerse de la malaria. Revista. 2.....	2
Amebiasis. Revista 5	3
A propósito de la etiología del beriberi. Revista 7	39
Daetilitis palúdica. Revista. 8.....	3
Calmette (A). La vacunación contra la tuberculosis por el E. C. G. Revista 6.....	11
Castaño (A. C.) Sífilis uterina y Anexial en la mujer. Revista 11	41
Campos ("Igual Agustín). Anestesia del nervio maxilar inferior al nivel de la espina de Spix. Revista. 11.....	17
Charlin (Carlos). Trastornos visuales del embarazo. Revista 9..	52
Dictor (W). La posición de la cisterna cerebelo medular Revista. 2.....	39

Dicter (W). La posición de la cisterna cerebelo medular Revista. 12.....	57
Echeverría (Jesús M.) Enfermedad de Reclinhausen. Revista. 2.....	9
Even (Roger). La forma común de la angina de pecho. Revista. 5.....	32
Escontria (Manuel) . La Eugenesia y la limitación de la natalidad. Revista- 8.....	41
Figuroa (Camilo). Desinfección. Reviste 1.....	25
Agentes de desinfección. Revista. 2.....	25
Rayos del sol concentrados. Revista 2.....	34
Fodere (M). El signo del edema del parpado inferior en los re- tencionistas. Revista 3.....	7
Finot (Andrés). La malarioterapia. Revista 3.....	50
Forgue (Emilio). El signo del ombligo. Revista. 3.....	54
Finster. El valor de las anestias en las esplenicos. Revista 9..	47
Faure (Jean Louis). Discurso pronunciado en la Academia de Pa- rís el 25 de noviembre de 1930. Revista 10.....	25
Cuarto centenario de Ambrosio Paré. Revista 11.....	7
Gómez (Pastor)-. El tratamiento de la endometritis intersticial debe ser acorde con la anatomía del órgano. Revista 2.....	55
Gougerot. Tratamiento local del lupus tuberculoso. Revista 7... 11	
Govaerts (Alberto). La eugenesia y el certificado médico pre- nupcial. Revista 7.....	58
Gerbasí y Grazioni. Signo de Cattaneo. Revista 7.....	65
Guisel. La pielografía por" vía intravenosa. Revista 9.....	49
Guimbelot. (M). De los análisis del Journal de Cirugía de París Revista. 9.....	46
Hautefort (Luis). Cuidado preoperatorio de la apendicitis. Re- vista 5.....	15
Hevick (A. P.) Progresos en Cirugía durante 1930. Revista 11. 21	
Progresos en Cirugía durante 1930. Revista 12.....	44
Jantzen (Walther). Elefantiasis, informe de un caso. Revista 1 . . 2'¿	
Jutle (M. E). Irrigación transduodenal. Revista 4.....	46
Jaccho (Julios. El uso de la Timofisina en el embarazo. Revista 11.....	33
Kafar. (José Pereira) y Cia (Felipe M.) Meningitis palúdica. Re- vista 9.....	14
Kanmiker. Cómo mejorar los resultados del tratamiento del cán- cer del útero. Revista 9.....	50
López Pineda (Tito) y Guerrero (Benjamín). Informe acerca de los casos de beriberi presentados en Trinidad, Departamento de Santa Bárbara. Revista 2.Página 13 y Revista 3. Página 10 y Revista. 4.....	3
Laret (Burdeos) Indicaciones y resultados de la frenicectomía en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Revista 7. . . 6	

.Loeper (M). Ajo en la hipertensión. Revista 8.....	24
Llusa y (de Aarau). El tratamiento del prolapso genital en la mujer. Revista 9.....	51
Neuhof (H) y Anses (A. H). Las causas de muerte después de una operación. Revista 7.....	5
Morris (Ch) y Betmey (Ch). La trasplatación ovarla, estudio de 31 casos. Revista 7.....	9
Martínez (Alfredo) y Agrelo (Reynaldo). Doce casos de coqueluche y sus complicaciones tratados por enemas de éter. Revista 5.....	61
Molina (Samuel). Un caso de enfermedad de Nicolás Favre. Revista 6.....	5
El tratamiento de las úlceras varicosas por la acetylcolina. Revista S.....	OS
El papel de absceso de fijación cie una inyección de quinina en la región glútea izquierda en un operado de prostatectomía hipogastrica en dos tiempos y alguno» comentarios. Revista 9. ...	3
Indicaciones y comentarios de la prostatectomía. Revista 10.....	57
Un caso de linfo — granulomatosis jingual subaguda. Revista 11.	51
Mateo (José Glixiona). Dificultades diagnósticas del embarazo ectópico. Revista 6	38
Matsuo (N). Investigaciones clínicas y experimentales respecto a la producción de la dilatación aguda del estómago. Revista. 9.....	48
Marión (Prof). Aforismos urológicos. Revista 9.....	65
Oliva (BustilioG.) La amidopirina en el tratamiento del Sarampión. Revista 5.....	44
Oiler (A). Algunas anomalías y afecciones que pueden confundirse con el lumbago traumático. Revista 6.....	25
Ortiz (Pérez J.) y Espinoza (Machado M.) El diagnóstico y tratamiento de la sífilis en las maternidades. Revista 8.....	51
Paredes (Salvador). Tratamiento de la queratitis. Revista 1 ____	22
Endometritis. Revista 2.....	32
Aneurisma de la subclavia. Revista 3.....	35
Desarticulación interesápulo torácica. Revista 4.....	25
Dos <i>casos</i> curiosos. Reviste 5.....	13
Un caso de extraordinaria gravedad. Revista S.....	25
Herida penetrante del cráneo. Revista 8.....	27
Prolapso vesical. Revista 9.....	12
Las sorpresas de la Clínica. Revista 10.....	17
Plielps (B. M.) Pneumonía Lobar. Revista 1.....	18
Parnet (Jean). Las ictericias paraterapeuticas que sobrevienen en Jos sifilíticos tratados por los arsenobenzoles. Revista 3.....	39
Roussy (Gustavo). El papel de la Anatomía patológica en Medicina. Revista 11.....	7
Roemheld (Prof). La terapéutica del complejo sintomático gas-	

	Página
tro cardial. Revista 4..... ,	36 I
Ruge (H. Kiél). Contribución a la clínica de los llamados bubo- nes climáticos. Revista 5	58 I
Robineau. La infección. Revista 7	48 I
Rodríguez (F. Ruiz). Lo que es y lo que no es una enfermedad. Revista 7	54 ' 1
Roger (Even). Las miocardías. Revista 5	28
Rojas (Neno). Concepto médico legal del aborto. Revista. 9 ..	5T
Repetto (Roberto L). Jaqueca. Revista 10.....	9
Robinson (Víctor). Tres descubrimientos de inportancia en fisio- terapia. Revista 12	65
Sharpe (William). Del tratamiento operatorio de la parausas del plexo braquial. Revista 1	32
Stincer (Elpidió). Neurotomía retro — gasseriana. Revista 4. . .	18
Stella (José). El sondaje del corazón. Revista 5	25
Speroni (David). Diagnóstico y tratamiento de la anemia perni- ciosa. Revista 6	45
Sepich (Jorge Marcelino). La malarioterapia en la neurosífilis. Revista 10.....	41
Tixier (León). La fiebre de origen digestivo en los niños de pecho Revista 3.....	24
Torres (Antonio) y Giudicci (Luis). Vómito incoercible en el emba- razo. Revista 8.....	17
Torres (Teinas Eugenio). Ginecología. Revista 4.....	33
Tapia (Manuel). Nuevas adquisiciones en patología infecciosa. Revista 9.....	25
Vidal (Antonio), Zancudos anofeles de Honduras. Revista 1... 3	3
El beri-beri en Honduras. Revista 1	25
Valladares (Ramón). Evolución de un caso de paludismo polimorfo Revista 2	45
Vigil (Cáceres Manuel). -Un síntoma en la fiebre perniciososa. Re- vista 3	i
Trastornos gastro intestinales en los lactantes. Revista 6	36
Las enfermedades tropicales en nuestro país. Revista 9. página 9 y Revista 11.....	4
Vincent (Prof. H.) El papel de 1º toxinfección en ciertas entero- patías crónicas, Revistas 5	48
Victoria (Marcos). Una nueva variedad de apraxia. Revista 4..	51
Whitake (E. J). El carbón de madera en el tratamiento de la disentería bacilar. Revista 1.....	24
Walter (E. Dandy) Diagnóstico y tratamiento de los tumores cere- brales. Revista 2	6
Weill (Mathieu). El reumatismo de origen dentario. Revista 4.....	27
Zepeda (Romualdo B.) Estadística demográfica de la Dilección General de Sanidad. Revista 6	63

TOMO I I

	Página
Aury Pierre y Dodard Paul. Aspecto y tratamiento de la Amebiasis Crónica. Revista 1.....	3
Alarcón Alfonso G. Las fiebres criptogénicas de la primera edad. Revista 16. ...	37
Araoz Alfaro, Gregorio. Iniciación y Evolución de la Tuberculosis Pulmonar. Revista 17.....	38
Agramante Aristides. Ciertos Aspectos de la medicina tropical. Revistáis.....	38
Aschheim — Zondek. Prueba de, y aplicación a la diagnosis de la preñez. Revista 18.....	53
Iturralde Mariano y Sepich Marcelino J. Precosidad y frecuencia de la Neuro sífilis. Revista 19.....	41
Alzchult F. J. Blastomicosis cutánea y pulmonar. Revista 20... ..	17
Binet. Profesor. Fisiopatología de la Oclusión Intestinal. Revista 14.	59
Baranchuk. Obra del médico en campaña. Revista 14.....	57
B. Jerrum. O. Estudio sobre las afecciones oculares de origen dental. Revista 15.	25
Bloch Jaime Carlos. La apendicitis retrocecal. Revista 16.....	59
Bloch Jaime Carlos. La apendicitis retro - cecal. Revista 17 ..	25
Bascompte Lacanal. Bronconeumonías infantiles. Revista 19... ..	25
Bidar Malbran J. C. Tratamiento de la peritonitis tuberculosa por los rayos ultravioletas . Revista 21	56
Boquín T. D. Beri-Beri por el Dr Walter Jantzen del Hospital de la Truxillo Revista 22.....	37
Boquín T. D. Polineuritis Beri Beriforme por el Dr. Walter Jantzen del Hospital de la Truxiilo Railroad Co. Revista 22..	55
Caceres Vijil. Las enfermedades tropicales en nuestro país. Revista 15.	u
Castaño O. A. Prof. Ovaritis escleroquística y Varicocele pelviano. Revista 19.....	35
Calvo R. Pérez. Clínica Pediátrica. La leche de mujer en las infecciones prolongadas broncopulmonares del lactante. Revista 2i.....	y
Casares M. Gil. Estudios fundamentales de cardioclínica. Revista 22.....	17
Cerbía Cabreta., Tomás. Colapsoterapia y lucha antituberculosa. Revista 23.....	9
Derisi José. Clínica Médica. El Clorhidrato de Adrenalina en los estados infecciosos agudos. Revista 13.....	41
Doglioxtti A. M. Concepto moderno sobre biología y técnica de la tiasfusión de sangre. Revista	14

	Página
Dales Pedro. Evacuación extemporánea del Útero. Método Del- mas. Revista AS.....	31
Escomel Edmundo. Tratamiento de la fiebre tifoidea y de las Fa- ratíficas que da un 95% de curaciones. Revista 15.....	57
Echeverría, 11. J. Algunas consideraciones sobre un nuevo síndro- me: La Acrodinia. Revista 1T.....	54
Echeverría M. J. Vómitos Periódicos con acetonemia. Revista 19	3
Etchegaray Mariano. Higiene Pública. La faz científica del Pro- blema de la leche. Revista 21.....	33
Finot Andre. Las grandes cuestiones sobre el tapete. Los resul- tados de la vacunación antidiftérica por la anatoxina de Ramón Revista. 13.....	25
Fernandez "Verano. Eugenesia. La reforma sanitaria del matri- monio. Revista 15.....	21
Fahhemkamp Karl Prof. Algunas consideraciones terapéuticas sobre los hipertensos. Revista 19.....	32
Gendre Pablo Le. La palabra del médico. Ni muy poco ni de masiado sino a propósito. Revista 15.....	23
Goyena. Sobre <i>el</i> tratamiento de la ulcera gástrica y duode- nal por la Insulina. Revista 20.....	10
Gómez li. Pastor. El Dr. Joaquín Llambías. Sífilis Gástrica. Revista 21.....	5
Gonzales Galvan José. La sueroterapia sistemática en la apen- dicitis aguda. Revista 23.....	3
Grote Luis R. Observaciones sobre la Diabetes Infantil. Re- vista 23.....	17
Gracia Moragas Ricardo. Vacunoterapia preventiva y cura- Riva de Is procesos quirúrgicos abdominales. Revista 24.....	59
Gougerot Prof. Lactancia materna en los heredosifilíticos. Revista 17.....	49
Hombria M. La reacción de Muller en el serodiagnóstico' de la sífilis. Revista 13.....	49
Holzbach Ernest. Ferdida y reemplazo de la sangre. Revista 24.	3
Jaquet Pablo. La solaritis en la ptosis y en las apendicitis. Re- vista 15.....	16
Jaquet Pablo. La solaritis en la ptosis y en la apendicitis. Revis- ta 16.....	33
Jaubert A. y P. Godoy. Contribución al estudio de la vacunoterapia de las infecciones de origen gonocócico. Revista 21. ..	7
Kleine F. K. En memoria del descubrimiento del Bacilo Tubercu- loso. Revista 24.....	38
Lapointe Andrés. La cura de las fistulas ester coráceas y ano- contra natura por el cierre directo intra peritoneal. Revista 13.....	17
Larregla Santiago. Nota química sobre Alergia Química. Revis- ta 23.	62
Meyer Osear D. — M, D. Sífilis, La causa principal de las en-	

	Página
fermedades de los órganos de los sentidos. Revista 17.....	7
Molina G. Samuel. Un caso de amibiasis brónquica. Revista 11.....	25
Marañón. Síntomas genitales de las afecciones endocrinas no gonadales. Revista 17.....	45
Marinescu G, Tratamiento de las infecciones urinarias colibacilares. Revista 18.....	45
Mendizabal Pablo. Conceptos sobre el bienestar infantil. Revista 20.....	33
Zeno Lelio. Correspondencias médicas. En la Clínica Bohler. Estado actual del tratamiento de las fracturas. Revista 20 ..	54
Oliva Bustillo G. Anemia de los niños. Revista 22.....	47
Orgaz Jorge. Tensión media dinámica. Revista 23.....	47
Paredes P, Salvador. Las diarias enseñanzas. Revista 13	65
Puchulu Félix. El post — operatorio del bocio exoftálmico. Revista 15.....	44
Peraza J. Antonio. La adenopatía traqueobrónquica como un estado de primoinfección tuberculosa. Revista 18.	3
Paredes P. Salvador. Embarazo extrauterino Revista 23	15
F. P. S. Sección del nervio radial. Hetero. — ingerto por nervio fresco de perro. Resultados tres años y medios después. Revista 23.....	24
Portell Vila Juan. La Higiene mental durante la edad escolar. Revista 23	33
P. P. S. Pancreatitis aguda. Revista 23	30
P. P. S- Técnica de reducción manual de las luxaciones posteriores de la cadera. Revista 23.....	64
Papín E. Desarticulación temporal en las artritis supuradas graves de la rodilla. Revista. 23	66
Peraza J. Antonio. Sobre la fiebre de Malta. Revista 24.	17
Quián Rafael JT. Odontología. La conveniencia de la extracción en la fluxión dentaria. Revista 16.....	52
Robertson. Andrew. M. B. Ch. B. Nota sobre un tripanosoma morfológicamente semejante al Tripanosoma Cruzi (Didelphis Marsupialis) capturado en Tela. Honduras. Revista 14	3
Remlinger P. y Bailly J. Rabia. Revista 23	25
Sedillot Jackes. Como pueden prevenirse las recidivas del reumatismo articular agudo. Revista 16.....	18
Suter de Bale, Reporte sobre 300 prostatectomías Suprapubicas. Revista 22	4
Sarao Armando y Piaggio Blanco. Contribución al estudio de las indicaciones de la frenicectomía. . Revista 22.....	5
Spagnol G. Prof. Constrictores e inhibidoras de la absorción. Revista 24.....	50
Metabolismo Basal. . . . Revista 13.....	14
Las Ciáticas. Formas clínicas y tratamiento de las ciáticas reumáticas. Revista 13	29

	Página
Responsabilidad Médica. Revista 14	39
Elementos del diagnóstico de los exantemas infecciosos. Revista 14	45
La frenicectomía en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar Revista. 14	65
Reumatismo tuberculoso. Revista 15.....	20
El tratamiento de ataque de la sífilis por el Bismuto liposoluble. Revista 15	52
El estado actual del tratamiento del Cáncer. Revista 16.....	15
Las inyecciones de glicerina <i>en</i> el tratamiento de las varices. Revista 16.....	16
El Colerín. Sinonimia. Colera Nostras. Dishidrosis muscular de origen intestinal. Colibacilosis aguda. C ^{olerina} Revista 17.....	3
Fibromatosis salpingitis bilateral crónica y degeneración esclerocística de los ovarios. Revista 17	11
Algunas hipótesis relativas a las contaminaciones inexplicables. El médico en la sociedad moderna y el porvenir de la medicina. Revista 17.....	15
Revista 17	22
Aerofagia. Síndromes circulatorias. Revista 18.....	&
Diagnóstico y operación precoz en la apendicitis aguda. Revista 18.....	15
La enfermedad celiaca. Revista 18.....	17
Bases científicas y empíricas de las asociaciones medicamentosas. Revista. 18	20
Diagnóstico del Ileus . . . Revista 18.....	25
La curabilidad de las supuraciones pútridas del pulmón. Utilidad del Neumotorax artificial precozmente efectuado. Revista 18.....	29
Diagnóstico biológico de la Tuberculosis. Revista 18.....	58
La extraña aventura de una bernia estrangulada en 1751; Revista 19	"■" 19
La autoterapia en el catarro del heno. Revista 19.....	56
Tratamiento de la enterocolitis muco — membranosa. Revista. 19.	47
Diagnóstico químico del embarazo. Revista 19.....	49
Tratamiento de las Litiasis renales. Revista 19	50
Autoterapia. La practica de la autoterapia en los tuberculosos. Trafr ^{1^} - f> *a nefritis del hombre al mono. Revista 20.....	15
Revista 19	56
El Juramento Hipocrático. Revista 20	16
Análisis fisiopatológico de alumnos síndromes dolorosos después de colecistectomía. Revista 20	25
Gran quemada tratada por la simple exposición al aire. Revista 20	27

Página

El lavado clorurado hipertónico en el post — operatorio abdominal. Revista 20.....	28
Patogenia de la dilatación aguda del estómago. Revista.....	29
Nuevo método de tratamiento de las pleuresías purulentas. Revista 20.....	30
Neuroterapia. La práctica de la auroterapia en los tuberculosos Revista. 20.....	39
Tratamiento actual de los cálculos del riñón. Revista 21.....	6
La Vacunoterapia preoperatoria de los fibromas uterinos infectados. Revista 21.....	32
Procedimiento de narcosis por el éter rectal. Revista 21.....	62
Las Flebitis post — operatorias. Revista 21.....	66
Estudio sobre la Toracoplastia. Revista 22.....	3
Paludismo y anofeles. Revista 22.....	25
Revista de medicina legal de Cuba. Revista 22.....	18
La docimasía hepática y su valor diagnóstico en la muerte lenta y en 7a muerte súbita. Revista 22.....	33
El tratamiento de la disentería ambiana por algunos nuevos medicamentos. Revista 22	35
Espiroquetosis apendicular. Prensa Médica Argentina. Revista 23.	12
Un síntoma objetivo de la apendicitis crónica, Presse Medicale. Revista 23.....	14
Tham Daniel Paludismo primitivo. Revista 19.....	12
Tassart J. C. El Oleato de seda en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revista 23.....	55
Torres Torija José. La responsabilidad de los médicos según el Código Penal. Revista 24.....	41
Urdan B. E. Embarazo Ectópico. Múwaukee. Revista 13.....	63
Ugarte Juan de Dios. Medicina Práctica Diarreas del Niño de Pecho. Revista 15.....	36
Urdapilleta Vicente. La Blenorragia Crónica. Su tratamiento por el éter. Revista 1S.....	59
Valenzuela Héctor. Tratamiento del Paludismo Agudo con Electargol y Quinina. Revista 16.....	25
Vidal Antonio. Las nuevas adquisiciones serológicas en el diagnóstico de la sífilis. Revista 20.....	3
Villacian José María. Estado actual del tratamiento médico de la epilepsia esencial. Revista 21.....	11
Vergara Alfonso. Amigdalectomía por Sluder. Revista 21.....	21
Villarejo. La dermatovenereología en el año de 1930. Revista 23.	41
Villacian José María. Estado actual del tratamiento médico en la epilepsia esencial. Revista 24.....	30
Zuviría Luiz Molina. Patología Quirúrgica. Úlcera del Estómago: su tratamiento por la pepsina. Revista 20.....	23
Zepeda Romualdo E. Conferencia leída en la Asociación Médica Hondureña. Revista 24.....	23

TOMO III

	Página
Alduvín, R. D. Lista de especialidades farmacéuticas registradas en la Facultad de Medicina y Farmacia de la República de Honduras, Revista 25	47
Alduvín, R. D. Gangrena gazeosa consecutiva a una inyección hipodérmica. Revista. 31	6
Alduvín, R. D. Paludismo y sero — reacción de Kahn . Revista 32	38
Alduvín R. D. Estudios fisiológicos. Revista 34	39
Arbona, Antonio. Ensayo preliminar con atebriña en el tratamiento de la malaria. Revista 30	52
Areta, Tomás. Dos complicaciones raras de la fiebre tifoidea. Revista 28	44
Azpuru España, Julio. Un caso raro de epistaxis. Revista 32. ...	29
Baer, William Stevenson. El tratamiento de la osteomielitis por las larvas de moscas. Revista 26	15
Barraquer, L. La operación de la catarata senil. Revista 29. ...	57
Berges, C. Alejandro. Los procedimientos quirúrgicos en tuberculosis pulmonar. Revista. 31. Página 42 y Revista 33	57
Bisozern, Roberto C. Consideraciones sobre las formas clínicas de la sífilis hepática terciaria. Revista 35	5
Blanc Fortacín, José. Paradojas quirúrgicas. Revista 25. . . .	5
Blanc Fortacín, José. Paradoja quirúrgicas. Revista 25	5
Bonilla C. Contribución al estudio de la diabetes bronceada. Revista. 30	9
Bosco, Jorge J. y Vega Mariano. Aneurisma de la Arteria espinal. Revista 31	20
Brouha L. Los factores endocrínicos de la vida sexual. Revista 30	42
Bruhl R. Sobre el diagnóstico y la terapéutica de algunas formas de hemorragias internas. Revista 31	24
Cantonet, Pedro. La frenicectomía en la tuberculosis pulmonar del niño. Revista 28	16
Castaña, Pablo. La sero — Flocculación palúdica. Revista 32. ...	S
Casares, Gil M. Estudios fundamentales de Cardiología. Revista	

Página

27.....	41
Casco, Enrique D. Abceso amebiano del riñón eliminado por vías naturales. Revista 30.....	63
Castañó, Carlos Alberto. Complicaciones y accidentes del aborto. Revista 35.....	17
Castex, Mariano R. La estancación biliar primaria funcional. Revista 36.....	50
Clement, Robert. El Paludismo en el niño. Revista 32.....	41
Debenedeti, Emilio. Tratamiento médico del cáncer. Revista 26. .	35
Díaz, Humberto. Un caso de sífilis pulmonar. Revista 33.....	5
Durón, Guillermo E. Hay alguna diferencia entre el Codex francés y la Farmacopea Americana? Revista 25. Página 11 y Revista. 27.....	29
Durón, Guillermo E. Prescripciones. Revista 31.....	9
Durón, Guillermo E. Especialidades farmacéuticas. Revista 33 Página 33: Revista 34. Página 30 y Revista 35.....	23
Durón, Guillermo E. Normas para drogas y medicamentos en Honduras. Revista 36.....	2
Echeverría, M. J. La lucha contra el sarampión usando el suero de convalecientes. Revista 25. Página 27 y Revista 28.....	13
Echeverría, M. J- y Peraza. Sobre una nueva hormona, la corticalina. Revista 25.....	39
Farreras, P. Maestras perennes. Roberto Kch. Revista 26.....	22
Ferradas, Manuel R. La adrenalina como coadyuvante en el tratamiento del paludismo. Revista 32.....	21
Efectos del paludismo y su tratamiento por la quinina en las embarazadas. Revista 32.....	26
Figueroa, Camilo. El Paroxil en algunos casos. Revista 25.....	15
Fishberg, Artur. Insuficiencia cardíaca. Revista 29.....	3
Fletcher, L, Tratamiento del paludismo por la Atebrina. Revista 32.....	4
Fonso, Gandolfo C. La semiología del espacio interescapular, Revista 33.....	25
Gómez, Fernando y Negro JulioC. Resultados obtenidos, en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar por las sales de manganeso. Revista 27.....	10
González Sierra B. El tratamiento de los vómitos gravídicos por la insulina. Revista 33.....	35
Goyena, Juan Raúl. El empleo de la emetina en el tratamiento de la apendicitis aguda, Revista 29.....	41
Goyena, Juan Raúl. Sobre el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal por la insulina. Revista 29.....	4S

Goyena, Juan Raúl. Los derrames pleurales de los cardiacos 36.....	8
Guítarte, Arturo y Melgar Rución. Frigidez femenina y esterilidad. Revista 35.....	39
Guílburt, H. D. Nostros y patentados. Revista 28.	32
Gutman, Renato A. Cólicos hepáticos y Crisis del hígado. Revista 34. Página 47 y Revista 35	26
Halbrón. Pablo. Arteritis pulmonares. Revista 36.....	21
Herrera, Roberto Gandolfo. Sobre interrupción terapéutica del embarazo. Revista 26	39
Hofmán, Herbert. El dolor torácico. Revista 35.....	46
Ibarrbla Suárez, Francisco. Medios indirectos de lucha antituberculosa. Revista 26.....	50
Landabure, Pedro B, Tratamiento médico de] Dolicoicolón. Revista 31.....	39
Larregla, Santiago. Consideraciones sobre el mecanismo intimo de la hiperglicemia por ingestión. Revista 27.....	55 I
Laverán, Alfonso. Revista 32.....	44 I
León, Juan. Elección de la vía para la seroterapia artificial en las hemorragias obstétricas. Utilización terapéutica del reflejo mamatorio uterino. Revista 28	40 j
Leza, Francisco. Nueva posición para la apendicectomía. Revista 25.....	13
Lange, J. Modificaciones del esquema del cuerpo en las enfermedades metasifilíticas. Revista 25.....	17
Liege, R. La estenosis por hipertrofia muscular del píloro del lactante. Revista 36	61 j
López, Lonja Julio. Auto hemoterapia. Tratamiento muy eficaz del alcoholismo inveterado. Revista 26	58 I
Landa, Everardo. Tres nombres ilustres en la historia de la Medicina. Shaudín, Wassermán y Erlich. Revista 26	27
Machín, Ricardo, Impresiones de un becado. Tratamiento de la Osteomielitis por el uno de gusanos. Revista 20	18
Manes, Antonio J. Oftalmología y Odontología. Relaciones patológicas. Revista 2B.....	9
Mazini, F. Oswaldo. Anestesia con novocaína. Vas'opresina. Revista 30	37 j
Méndez, Julio y García Luis. Nuevas experiencias demostrativas de la curación de la difteria en el cobayo por la Haptinogénina (Méndez) y comparación con la obtenida por el suero antidiftérico. Revista 25.....	60 I
Morales, Marco Delio. Historia del tratamiento de las varices por inyecciones de soluciones esclerosantes. Revista 29. Página 26 y Revisto 30.....	28 I
Morales, Julio Manuel, Sobre interrupción terapéutica del embarazo. Revista 30.....	59 I

Páginas

Moreira Da Fonseca Joaquín. El alcoholismo y el sistema endocrino vegetativo. Revista 34.....	33
Mühlens P. Infecciones por filarías en la América Central, y del Sur. Revista 29.....	33
Mühlens P. La lucha contra el Paludismo con los nuevos medicamentos sintéticos. Plasmoquina y Atebrina. Revista 32. Página 60 y Revista 33.....	51
Ortiz Ramírez Teófilo. Una nueva teoría de los soplos anorgánicos. Frotamientos cardíacos — serosos. Revista 33.....	11
Palacios Costa. Nicanor. Tratamiento de las infecciones pirogenas en obstetricia. Revista 27. Página 3. Revista 28. Pagina. 3 y Revista 29.....	17
Paredes P., Salvador Discurso pronunciado en el Paraninfo de la Universidad, el día del Padre Reyes. Revista 25.....	3
Paredes P., Salvador. La esplenectomía en los casos de paludismo crónico. Resultados durables. Revista 26.....	41
Paredes P., Salvador. Las intervenciones en los hemofílicos. Revista 27.....	29
Paredes P., Salvador. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Bassetow. Revista 27.....	45
Paredes P., Salvador. Revista de Revistas. Revista 28.....	5S
Paredes P., Salvador El Paludismo en la práctica quirúrgica. Revista 32.....	24
Paredes P., Salvador. Un caso de embolia de la arteria pulmonar. Revista 33.....	2
Paredes P., Salvador. Revista de Revistas. Revista 33.....	40
Paredes P., Salvador. Revista de Revistas. Revista 34.....	43
Paredes P., Salvador. Revista de Revistas. Revista 35.....	13
Paredes P., Salvador. Revista de Revistas. Revista 36.....	18
Pavlos, Petrides. El tratamiento quirúrgico de la disenteria y sus complicaciones locales. Revista 27.....	39
Peralta Orbeja. El sulfato de magnesia en los vómitos del embarazo. Revista 30.....	3
Peraza J. Antonio. Un caso de cirrosis cardíaca — tuberculosa o Enfermedad de Hütinel. Revista 26.....	3
Pesqueira Manuel. Pielografía intravenosa. Revista 26.....	42
Broubasta, F. Algunos progresos en la Obstetricia actual. Revista 25.....	49
Rabufeti Luis, Bisa Mora y Arnaldo Yodice. Ulcera duodenal y obstrucción coledociana. Revista 35.....	32
Rodríguez, Pérez, J. La Glucosa Insulinoterapia en la insuficiencia cardíaca. Revista 25.....	23
Ruiz Contreras, J. M. Para la profilaxis de la eclampsia puerperal. Revista 27.....	33
Zaiz de A- ^{na} , Enrique. Datos orientadores de que un sujeto es sífilítico. Revista 31.....	12

Sánchez, Miguel A. Casos de paludismo. Ligeros comentarios. Revista 32.....	17
Shoengrum, G. Que cabe esperar de la reflejoterapia en las cefaleas, el asma y el catarro del heno. Revista 27.....	60
Shulmán, W. La síntesis de los remedios contra el paludismo. Revista 32.....	48
Spílzinger, Jaime. Contribución al estudio del linfogranuloma inguinal. Revista 27.....	46
Stincer, Rogelio. La simplificación en la técnica quirúrgica. Revista 26.....	10
Stronringer. A propósito de las relaciones de la colibacilosis con la apendicitis. Revista 28.....	19
Trebino, Ferran Osear. Ocupa el neumotórax el lugar que le corresponde en Terapéutica? Revista 26.....	55
Tronconis Aragón, G. A propósito del tratamiento de la apendicitis aguda. Revista 25.....	43
Vacaraza Raúl. Las hemoptisin. Revista 31.....	32
Valenzuela, Héctor. Infrme detallado de los trabajos efectuados por la Asociación Médica Hondureña. Revista 30.....	15
Valles, Mario. Contribución al trabamiento de la retroversión con cistocele. Revista 33.....	61
Várela, Manuel E. Poliserosits. Revista i?4.....	20
Victoria, Marcos. Impresiones del 1er. Congreso Internacional de Neurología. Revista 28.....	35
Vidal, Antonio. Notas sobre algunas nuevas conquistas en Patología Tropical. Revista.31.....	18
Vidal, Antonio. Contribución al estudio del Paludismo. Revista 32.....	32
Vidal, Antonio. Sobre algunos casos raros de paludismo observados en Tegucigalpa. Revista 32.....	35
Vidal, Antonio. Tratamiento de las rectocolitis graves, no disentericas. Revista 34.....	2
Vidal, Antonio. Dos notas sobre patología del intestino. Revista 35.....	2
Vidal, Antonio. Clave para la clasificación de amibas en el hombre. Revista 3ti.....	40
Vidal, Antonio. Comentarios al margen de la etiología de la A-trepsia. Revista 33.....	21
Villacia, -Tose M-ría. TI estado actual del tratamiento médico de la epilepsia esencial. Revista 25.....	37
"Werngren Else Tyre y Blanchí Andrés. Estudios comparativos de 965 reacciones de Kahn y Wassermán. Revista 29.....	55
Zeno. Leilio A. La Cirugía y FU técnica. Revista 36.....	42
Zordack, Beinhard. La importancia de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis (prolanes) para la función genital, el embarazo y el problema de los tumores. Revista 33.....	4?