

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:
Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal
Dr. Guillermo E. Durón

SECRETARIO DE REDACCION: Dr. Julio Azpuru España
ADMINISTRADOR: Dr. Ricardo D. Alduvín

Tegucigalpa, Honduras, Centro América.—Marzo 30 de 1934

SUMARIO:

	Pág.
Página de la Dirección	257
Los ultravirus y las formas filtrantes de los microbios visibles, por el Dr. Antonio Vidal	259
Progresos recientes en el tratamiento de la gonorrea en el hombre Concepto actual de las enfermedades de la nutrición, por el Pro- fesor Pedro Escudero	263 272
Tratamiento de la lepra, por el Dr. J. Abarca h.	274
Programa para la educación sexual en la escuela secundaria me- xicana, por el Dr. Raúl González Enriquez	278
La anatomía en la edad media	281
Medicinas específicas, por el Dr. Guillermo E. Durón	285
Demencia senil típica	288
Bronquitis crónica	290
Tratamiento endoscópico de las afecciones supuradas de los bron- quios y pulmones, por el Dr. Ghevallier Jackson	293
Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.	302
La obesidad	307
Una página de Calmette	309
Los médicos y la política	310
Una epidemia de amibiasis y sus enseñanzas	311
Estudios fisiológicos después de la extirpación del hemisferio ce- rebral derecho en el hombre	316
Breves consideraciones acerca de las perforaciones de septum na- sal y su tratamiento, por el Dr. P. Torres Luquin	318
Notas	320

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. Alduvín |
| 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 Laríos 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. Guibert |
| 22 Dr. Isidoro Mejía h. | 41 Dr. Roberto Lázarus |

"Fuera de Tegucigalpa"

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1 Dr. Isidoro 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 HONDURENA

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,	Matailaca (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. R. 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 Roveló,	La Ceiba.
45	Dr. Roberto Gómez R.,	Trujillo.
46	Dr. E. A. Maure,	Tela

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Manuel Cáceres 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., Marzo de 1934 N° 41

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Vamos hoy a tratar una cuestión de interés primordial para los médicos que ejercen la medicina general: es la oftalmología.

Los profesionales que tuvieron la fortuna de hacer prácticas de enfermedades de los ojos en su época estudiantil y han continuado ejerciendo con mayor o menor asiduidad pueden sentirse satisfechos de no haber causado graves perjuicios a individuos enfermos de la vista.

No así los otros. Si bien es cierto que en algunas Universidades la práctica Oftalmológica por tres meses- es obligatoria, en otras no. Entre estas últimas está la nuestra.

Para remediar un poco esta deficiencia, me propongo en uní serie de artículos que empezará el mes próximo, señalar a grandes rasgos los caracteres clínicos de las enfermedades de los ojos que debe saber un médico, bien sea para tratarlas correctamente o siquiera para averiguar que la ignora y enviar el paciente, cuanto antes a quien esté en capacidad de diagnosticar.

*Para mi este problema es harto delicado por las razones siguientes, encontradas con gran frecuencia en una práctica continua de doce años: 19—La enfermedad es diagnosticada y tratada correctamente al punto de vista local, pero la causa no fue descubierta y por consiguiente aquélla o no cura o recidiva. 2° —La enfermedad no es diagnosticada y sí tratada sintomáticamente. 39—La enfermedad ni es diagnosticada ni tratada; 49—No es diagnosticada y sí tratada con medicamentos de acción contraria a los indicados. Ejemplos: 19—Conjuntivitis crónica de origen dentario, amigdaliano o sinusal. Colirios antisépticos y nada más. Mejoría o mismo estado, jamás curación. 29—iritis, instilación de atropina y cocaína; mejoría; sin tratamiento del reumatismo, sífilis u otra **infec-***

ción causal, no curará. 3°—Glaucóna, aplicaciones de compresas calientes o colirios sin ningún resultado. 4°—Queratitis, aplicaciones calientes, colirios, etc. Sin éxito, causando por el contrario serios trastornos al paciente.

Para remediar el mal pienso que tós líneas de conducta deben seguirse: Saber los síntomas constantes fácilmente accesibles de las enfermedades frecuentes y su tratamiento más simple o bien proceder honradamente declarando al enfermo que ignora la calidad de su padecimiento, para el que requiere buscar un entendido en la materia.

No me causaría ninguna preocupación la ignorancia llevada por un individuo honrado. Lo grave es que tome en tratamiento a un paciente, un médico que cree saber el mal del consultante y le haga perder un tiempo precioso durante el cual pudo curarse o lo que es peor todavía agravar las lesiones, fuera por la evolución natural del proceso o por efecto de una medicación perniciosa.. Insultar por ejemplo: Atropina a un glaucomatoso, o pilocarpina a una iritis es sencillamente monstruoso; entretener con argirol o sulfato de zinc una queratitis ulcerosa es llevar la córnea a una perforación segura.

Como en los pueblos remotos en donde los prácticos no encuentran el recurso del especialista ni los medios suficientes de los enfermos para buscarlos- en donde estén, no cabe más remedio que aprender las afecciones frecuentes y su tratamiento precoz, absteniéndose de intervenir en aquellas que desconozca.

Serán objeto de mis extractos Oftalmológicos los traumatismos oculares incluyendo los párpados, región orbitaria y base del cráneo; las infecciones en general y en particular la sífilis; el glaucoma y las parálisis.

ha profilaxis de ellas y su terapéutica, completarán los cuadros que procuraré hacer lo más corto posible, a fin de no indigestar y sí gravar en la mente las nociones elementales e importantísimas del médico general.

Igual conducta seguiremos en cuanto a las enfermedades de las vías genito-urinarias para lo que uno de nuestros distinguidos urólogos hará el trabajo de síntesis apropiado.

Tegucigalpa, marzo 7 de 1934.

Los ultravirus y las formas filtrantes de los microbios visibles

En los últimos tres o cuatro años, ninguna cuestión bacteriológica ha revestido un aspecto tan seductor como ésta, a causa de su novedad y por exigir de nuestra parte un abandono de ciertas expresiones científicas corrientes y la obligación de pensar y juzgar en ciertos casos de manera distinta de como estamos

Fue de Herelle con el descubrimiento de bacteriófago y su acción lítica quien primero abro

camino en este fecundo campo. Después de Herelle numerosos bacteriólogos (han publicado trabajos o presentado comunicaciones a las academias de Medicina de sus numerosos descubrimientos, tales como Fontes, Vaudremer, Pajgin etc.

Actualmente los ultravirus pueden colocarse en varios grupos conforme los seres que atacan y las enfermedades que producen de la manera siguiente.

<i>ESPECIES ATACADAS</i>	<i>NOMBRE DE LA INFECCIÓN</i>
I Bacterias	Bacteriófago
II Vegetales	Mosaico
III Peces	
a) Carpa	Viruela de las carpas
b) Barbos	Epitelioma de los barbos
IV Insectos	
a) Abejas	Scabrood de las abejas
b) Gusanos	Enfermedad a poliedros
V Pájaros	Afección diphtero-variólica
	Peste aviaria
	Peste de los mirlos
	Sarcoma y osteocondroma de las gallinas
	Leucocemia de las gallinas
VI Mamíferos	
a) Cobayos	Peste del cobayo
	Poliomielitis del cobayo
	Virus filtrantes del cobayo (Noguchi)
	Virus de las glándulas sub-maxilares
	Enfermedad de Ionesco-Mhiaesti
b) Rata	Enfermedad de la rata (Novy)

c) Conejo	Myxoma Virus filtrante o virus III Conjuntivitis granulosa
d) Perro y gato	Rabia Anemia infecciosa- del perro Peste Gastro-enteritis de los gatos
e) Caballo	Meningo encefalomyelitis Peste Fiebre tifoidea Anemia perniciosa Estomatitis pustulosa
f) Bovideos	Fiebre aftosa Peste Vacuna Estomatitis específica Encefalitis aguda Ultravirus bovino
g) Camello	Viruela del camello
h) Carnero y cabra	Stomatitis pustulosa del carnero Neuroaxitis enzoótica del carnero Anemia perniciosa Viruela de las cabras
i) Puerco	Peste Viruela
j) Mono k) Hombre	Conjuntivitis granulosa Varicela Alastrim Rubéola Sarampión Tracoma Poliomielitis Amiotrofia espinal, tipo Werdnig- (Hoffmann) Encefalitis Herpes Zona Molluscum Contagiosum Verrugas Corea Parotitis Dengue

CLASIFICACIÓN. — Ha sido intentada una clasificación de los ultravirus o inframicrobios, el i-sificación que deja mucho que desear pues actualmente esta es una cuestión en pleno desarrollo, y no se pueden mas que establecer puntos de contacto; sin em-

bargo es posible agrupar éstos ultravirus temporalmente, de la manera siguiente:

1° Enfermedades eruptivas, teniendo naturalmente una afinidad epitelial predominante: Viruela, vacuna, alastrim, herpes, viruela del camello, del cerdo, de la cabra, de las gallinas; estomatitis del carnero, del buey, del caballo, fiebre aftosa.

2° Enfermedades nerviosas preponderantes: Rabia, pliomielitis de los cobaltos, poliomiélitis humana, parálisis bulbar del perro, encefalitis del carnero, del *buey* enfermedades de Borna, corea.

3° Enfermedades pudiendo ser clasificadas bajo el nombre de pestes; peste aviaria, de los mirlos, del cerdo, del perro, de los caballos, bovina del caballo.

4° Enfermedades de trastorno sanguíneos predominantes. Anemia del caballo, leucemia de *las* gallinas.

5° Enfermedades con proliferación celular exagerada: Sarcoma de las gallinas. Esta clasificación como se ve es muy imperfecta. Dónde colocar en ella el virus de los mosaicos, del tabaco, el bacteriófago etc?

Cuál es la naturaleza de los ultravirus? La ciencia ha logrado aislarlos del resto de los seres vivos; ¿pero qué son éstos seres? Qué forma afectan? Son fluidos, son corpúsculos de otra cosa que nuestra imaginación no puede representarse ni concebir? Problema interesante, pero imposible de resolver en el estado actual de nuestros conocimientos. Todo lo que podemos decir al respecto no son mas que cosas basadas en hipótesis, des-

de luego que todas nuestras comparaciones reposan sobre imágenes perceptibles las que no pueden aplicarse a estos seres.

De dónde vienen los ultravirus? Son acaso los seres vivos más inferiores, los simples? Podemos acaso establecer un lazo de unión entre ellos y los seres más inferiores? Hipótesis también; sin embargo digamos finalmente que gracias a lo que sabemos sobre su fisiología no podemos ver en ellos las formas primitivas de la vida.

Las formas filtrantes de los microbios visibles es otra cuestión intimamente unida a la anterior, pero muy distinta. No existe ultravirus de la tuberculosis, pero si una forma filtrante del bacilo de la tuberculosis. Las formas filtrantes del bacilo de las disenterías capaces de atravesar las bugías más **perfectas**, tienen el mismo significado

Se han estudiado hasta el presente las siguientes formas filtrantes: bacilo de la tuberculosis, bacilos tíficos y paratíficos, bacilo coli, estreptococos, estafilococos, bacilo diftérico, vibrión colérico, proteus vulgaris y proteus XI9.

El que primero estudió las formas filtrantes fue Fontes, cuyo descubrimiento fue recibido con risa y sarcasmo; pero poco tiempo después se le dio la razón. Calmette pronto publicó un trabajo interesante confirmando el descubrimiento de Fontes en lo relativo al bacilo de la Tuberculosis. Posteriormente Vaudremer y la señorita Fejgin han confirmado plenamente los descubrimientos de Fontes.

Qué papel juegan éstas formas en el desarrollo de las enfermedades? Parece ser que juegan un papel importantísimo y que vienen a esclarecer muchos misterios como los siguientes:

En un pueblo del sur de los E. U. se presentaron algunos casos de fiebre tifoidea. Los bacteriólogos del departamento de Sanidad acudieron con el objeto de descubrir las causas de ésta epidemia y no encontraron ninguna, no había portadores, la leche que se consumía era pasteurizada y el agua resultó exenta aún de bacterias coli. Después de numerosas investigaciones se encontró un pozo que se supo estuvo contaminado hacía como cincuenta años por el bacilo de Eberth. Se hicieron numerosos exámenes de Laboratorio y no fue posible revelar dicho bacilo.

Uno de los investigadores peno en las formas filtrantes e inmediatamente se hicieron estudio; y cultivos en éste sentido y al cabo de algunos meses se lograron obtener las formas visibles del bacilo de Eberth. El misterio quedó resuelto. En el pozo realmente existía el bacilo de Eberth, bajo su forma filtrante, habiendo ya desaparecido la forma visible.

El profesor Lumiere en Francia acaba de publicar un libro interesantísimo por lo revolucionario. Este señor cree que la tuberculosis no es una enfermedad infecciosa a lo menos para los adultos. El cree y da a la herencia una importancia de primer orden, fundándose en que las formas filtrantes del bacilo de la tuberculosis se encuentran en el 90% de la sangre del cordón de

los niños nacidos de padres tuberculosos. El profesor Lumiere cree que todo niño nacido de tuberculosos aunque sea separado y crezca aparentemente sano lleva en sí la forma filtrante del bacilo de la Tuberculosis, la cual al llegar a cierta edad, 25 años para la mujer, 35 para el hombre, se vuelve visible mediante la influencia de factores múltiples y produce la tuberculosis sin haber «mediado contagio de origen externo.

Además de las formas filtrantes existe otra concepción nueva e interesante en bacteriología, la de los microbios de salida, de la cual el más bello ejemplo, es suministrado por el coco-bacilo de Salmón Preitze que se encuentra siempre en el Hog-cólera (pesteporcina); durante largo tiempo se creyó que éste era el agente de la enfermedad.

pero ahora se sabe que el verdadero agente es un virus y que el coco-bacilo no ocupa sino un lugar secundario. Experimentalmente la enfermedad producida, por el coco-bacilo de Salmón Preitz no es contagiosa, al contrario de la enfermedad natural que lo es eminentemente.

Lo que sucede con esta enfermedad sucede para otras. AL margen de este problema uno se pregunta: ¿por qué el-microbio de salida es siempre el mismo y no otro? Qué destino, qué fatalidad unen al germen visible con el invisible? Misterio. Será la ciencia del futuro quien nos dará razones, por de pronto sólo contamos en este terreno con hipótesis y más hipótesis al lado de algunos hechos experimentales rigurosamente exactos.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, febrero de 1934

Progresos recientes en el tratamiento de la gonorrea en el hombre

ABR. h. WOLBARST, M. D.

New York

A pesar de los años transcurridos desde el notable descubrimiento del gonococo por Neisser en 1879, el tratamiento de la gonorrea en el hombre continúa siendo uno de los serios problemas de la medicina. Por lo general el tratamiento de esta enfermedad ha sido más o menos de carácter empírico; sin embargo, mucho ha sido el progreso alcanzado, particularmente en las últimas dos o tres décadas. Es el propósito de este trabajo dis-

cutir algunos de los principales adelantos que han contribuido a este progreso.

No hace tantos años que la disuria, tenesmus, balanitis y la extrangulación eran consideradas como acompañantes inevitables de la gonorrea aguda; la prostatitis y la vesiculitis se desarrollaban prácticamente en todos los casos, la epidemitis era extremadamente corriente, y la artritis no era rara. La prostatitis crónica y la estenosis ure-

tral sobrevenían en casi todos los casos.

Con una opinión basada en una extensa experiencia personal, los métodos modernos han cambiado todo eso. Si tratamos un caso siguiendo las líneas de conducta que me propongo describir, estas complicaciones y secuelas no deben presentarse. El flujo deberá cesar después de una semana o diez días, la inflamación se extenderá durante un período de seis a ocho semanas, con frecuencia menos, y sin haber producido daños permanentes en los órganos o tejidos. El no obtener estos resultados tan deseables, se debe frecuentemente a que el médico, no se halle al corriente de las ideas modernas en la terapia de la sonorrea. Puedo decir, por mi propia experiencia que la aplicación práctica de estas ideas en nuestros tratamientos harán desaparecer estos desgraciados resultados.

La aparición de complicaciones en un caso agudo tratado desde su principio con la apropiada cooperación del paciente, puede muy bien considerarse como el resultado de una mala técnica. Uno de los errores principales que aun se cometen, y por lo general demasiado frecuente, es la tendencia a precipitar una rápida curación de la infección. Esto nos lleva al sobretratamiento, lo cual predispone al trauma y eventualmente a las complicaciones. Debemos tener siempre presente que las fuerzas naturales constructivas del organismo no pueden precipitarse. Por consiguiente, cualquier método terapéutico para ser efec-

tivo ha de tener un ideal—la eliminación del organismo invasor sin la traumatización del tejido. Esto es fundamental. Si evitamos hacer daño a los tejidos hemos ganado la mitad de la batalla. No es necesario que usemos métodos drásticos; siendo el gonococo una bacteria de baja resistencia, los organismos en la superficie son destruidos fácil y rápidamente por cualquier compuesto químico de propiedades antisépticas. El punto importante estriba en el uso exclusivo de aquellos agentes químicos que no lastimen los tejidos en los cuales se haya implantada la bacteria. La naturaleza sabrá hacerse cargo de los organismos situados más profundamente.

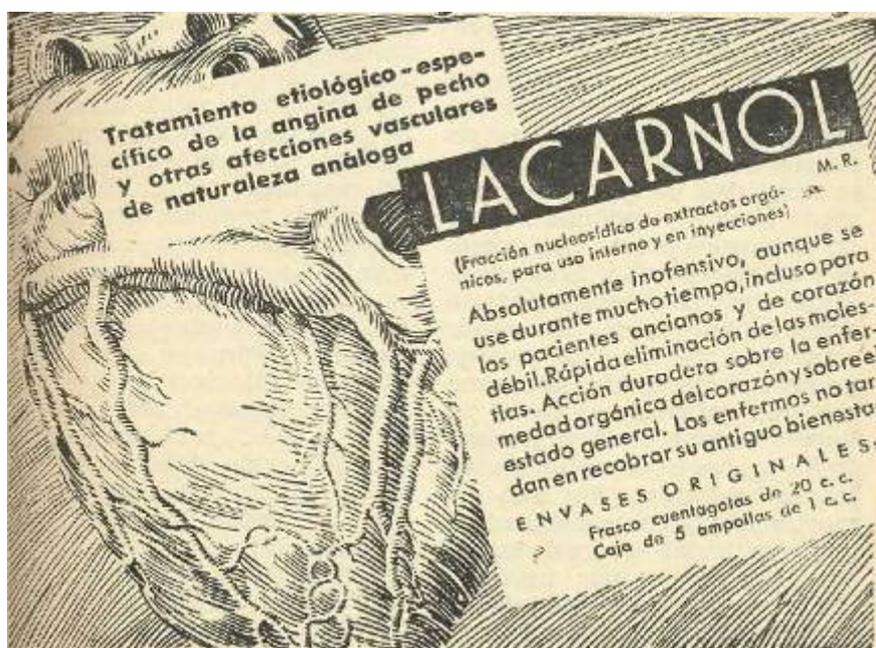
Ya en 1911 (1) enseñaba y abogaba yo la suprema gentileza y conservatismo terapéutico, no sólo en el uso de las drogas que empleábamos sino también en los métodos donde las empleábamos. No hay duda alguna que ha sido mucho el daño ocasionado y el que se continúa haciendo usando remedios demasiado fuertes e irritantes con una frecuencia y vigor demasiado heroicos para que los delicados tejidos inflamados puedan resistirlos con impunidad. Es una satisfacción el observar que la delicadeza y suavidad en el tratamiento está recomendada hoy y aceptada generalmente por todos los urólogos americanos progresistas. El hecho de que este principio básico esté siendo generalmente reconocido es sin duda alguna el progreso más significativo en terapia antigonocócica en los últimos años, pero es dudoso, sin embargo, si el campo médico ha

despertado a la realización de su utilidad.

La uretra no es un tubo de ensayo. Es una estructura viva, altamente sensible al más leve trauma, sea él en la forma de una invasión bacteriana, un procedimiento químico o un instrumento quirúrgico. Cualquier cosa puesta en contacto con la uretra actúa como un cuerpo extraño. En el caso de los productos químicos, mientras más irritante la sustancia, mayor y más violenta la reacción del tejido y el daño subsiguiente. Como corolario, tenemos que la medicación local debe ser la más suave posi-

ble con efectividad terapéutica y no la más fuerte que puedan tolerar los tejidos. Nuestra medicación debe ejercer un efecto sedante sobre la mucosa uretral inflamada similar al de una loción sedante sobre una quemadura: de otro modo ella es perjudicial.

No existe un método determinado de tratamiento que podamos aplicar igualmente a todos los casos. Esto no es solo verdad en gonorrea, sino que lo es en toda enfermedad. Es una verdad que, con la acumulación de experiencia y el tiempo, determinados métodos lleguen a te-



ner un nivel de eficiencia que los hace preferibles a todos los otros. Como un resultado, dos formas distintas de terapia local han resistido la prueba del tiempo: las irrigaciones hidrostáticas con permanganato, y las inyecciones a jeringa de las sales argénticas modernas. La introducción de las irrigaciones hidrostáticas por Janet, de París, en 1889, marcaron el principio de los métodos modernos de la terapia gonorréica. Este fue el primer progreso real en el tratamiento moderno. El segundo avance, aun más importante, lo tenemos a principio de siglo con la introducción de las sales argénticas, y el cual ha constituido desde entonces nuestro método terapéutico más efectivo.

Mi experiencia me ha enseñado a evitar el uso de las irrigaciones de permanganato de potasio. Como práctica rutinaria la irrigación de la uretra inflamada es un procedimiento peligroso, especialmente en las manos del inexperto y descuidado. Existe siempre el peligro de traumatizar la uretra, la infección se intensifica y extiende apareciendo las complicaciones como resultado. Asimismo existe el peligro de empujar el organismo hacia partes más profundas del tracto urogenital. Ha sido demostrada (2) la posibilidad de empujar líquido dentro de las vesículas seminales por medio de una inyección forzada desde el meato urinario y no ha sido difícil la visualización de gonococos y otros organismos llevados directamente a la próstata y vesículas seminales como resultado de esta técnica. Sir John Thomson Walker, de Londres,

correctamente señala (3) esta posibilidad como "una demostración práctica del peligro de la aplicación de alta presión en irrigaciones uretrales."

A pesar de que estas contingencias pueden ser remotas en las manos del experto y cuidadoso especialista, no hay duda que las complicaciones se presentan con mucha más frecuencia en los casos tratados por irrigaciones hidrostáticas que cuando se usa un tratamiento menos heroico y espectacular. Teniendo presente estas objeciones yo descartaré el uso rutinario de las irrigaciones desde el 1901, a pesar de que las considero de gran valor en las urétritis no específicas y en determinados tipos de infecciones sub-agudas y crónicas.

No hay razón válida para el uso de este método tan peligroso cuando podemos obtener mejores resultados con mucho menos peligro de producir complicaciones cuando usamos inteligentemente las sales de plata. Para uno de estos productos, el argirol, solamente tengo grandes alabanzas. Reúne los tres principios elementales sobre los cuales está basado nuestro tratamiento: (1) el compuesto químico debe ser no irritante; (2) debe tener poderes bactericidas; (3) debe estimular suave reacción celular en la uretra y por consiguiente, actuar como una ayuda en las fuerzas naturales de reconstrucción. En un estudio reciente sobre el tratamiento de la gonorrea en el hombre, llevado a cabo por urólogos americanos (4) la gran mayoría expresó su consentimiento con esta opinión sobre el valor del men-

clonado producto en la gonorrea. El uso eficiente de los compuestos argénticos requiere la observación de ciertos principios técnicos, los cuales desgraciadamente no siempre se llevan a cabo en la práctica. Las soluciones siempre deben usarse frescas, de lo contrario se deterioran y pueden irritar la mucosa. Una solución de argirol al 3 por ciento en los primeros días de la inflamación produce con frecuencia resultados sorprendentes. Con el progreso del caso y según el grado de inflamación disminuye en intensidad el título de la solución se aumenta a 5 o 10 por ciento, sin nunca llegar al punto donde el paciente tenga sensación de irritación. El tratamiento debe comenzarse tan pronto como se haga el diagnóstico. Nada se gana y puede perderse mucho con la demora. No debemos dilatar la uretra anterior con el líquido; ella debe ser secamente llenada con todo confort para el paciente. El líquido debe retenerse en la uretra haciendo uso de una pinza de pene durante 10 o 15 minutos, con el paciente acostado sobre la espalda. Podemos demostrar por pruebas, que aproximadamente la tercera parte de la cantidad introducida en la uretra pasará impreviblemente a la uretra posterior, actuando probablemente de un modo profiláctico contra la invasión de la uretra posterior. Es de gran importancia el ver al paciente diariamente, así como el examinar cuidadosamente la orina pasada en dos vasos. Muchos médicos cometen el serio error de tratar las gonorreas sin estudiar las muestras de orina emitidas en vasos. La cantidad

de secreción en el meato tiene poco valor en la determinación del progreso del caso, pero una orina clara en el segundo vaso y purulencia decreciente en el primero constituye una evidencia excelente de que un caso agudo va progresando favorablemente. La persistencia del gonococo después de tres o cuatro semanas de tratamiento es altamente indicativo de una invasión prostática, aunque no exista evidencia clínica de extensión posterior de la inflamación. En estos casos debemos practicar un cuidadoso examen de la próstata y vesículas seminales. ■

Debo llamar la atención -hacia una importante clase de casos, a los cuales me he referido en otro sitio (5). Estos casos continúan durante varias semanas como una uretritis anterior muy leve! De súbito se observa en ellos que ambos vasos contienen orina muy purulenta. En algunos; casos la segunda orina emitida es más purulenta que la primera. En ambos casos esto significa que la uretra posterior 'ha sido invadida, a pesar de no existir síntoma clínico alguno. La secreción, en el meato puede ser poca o ninguna; el examen rectal descubre la presencia de una próstata grande, dura o blanda, usualmente asociada con abultamiento de las vesículas seminales. La orina emitida después de un cuidadoso masaje de la próstata, presenta evidencia de la existencia de una inflamación crónica. Patológicamente el cuadro es el de una prostatitis no específica de baja virulencia y de larga duración en un paciente que ha contraído una nueva e independiente infección uretral. Los

anejos congestionados en estas casos ofrecen un terreno de fácil invasión para el gonococo. Si reconocida precozmente, la prostatitis responde rápidamente a masajes suaves e irrigaciones débiles intravesicales. No siendo reconocida esta condición, la próstata rápidamente es afectada por la infección gonocócica y tendremos entonces que ver con una infección aguda específica sobrepuesta sobre una prostatitis vieja no específica con una tendencia decidida a la cronicidad. Desde que vengo haciendo esta observación ha sido mi práctica examinar la próstata en todo caso de gonorrea aguda, con resultado de que mucha? infecciones posteriores potenciales de esta manera evitadas. Esta observación ha sido confirmada por Wohlstein (6), Von Lackum y otros.

Recientemente métodos adicionales de tratamiento han sido presentados, los cuales tienden a aumentar las fuerzas constructivas naturales del organismo en relación con la resistencia contra el ataque del proceso infeccioso. Entre estos principalmente se encuentran las vacunas, las proteínas extrañas, la autoseroterapia y la quimioterapia (McDonagh). La terapia intravenosa también ha sido defendida alegando su acción directa en la circulación. Todos estos métodos resultan favorables ocasionalmente, pero su status definitivo continúa aún sin haber sido determinado. La diatermia no ha podido justificar nuestras esperanzas.

Cuando encontramos definitivamente la uretra posterior afec-

tada, la purulencia urinaria encontrada en los dos primeros vasos evidencia el hecho antes que el propio paciente haya notado cambios algunos en su condición. Lo más que puede hacer la terapéutica es contrarrestar la severidad de la inflamación y asimismo evitar el desarrollo de complicaciones. Baños calientes de asiento e irrigaciones calientes rectales son de gran alivio y valor. Si existe la evidencia de un sobretratamiento previo, y por lo general lo hay, la condición aguda con frecuencia puede ser aliviada inmediatamente por la supresión del tratamiento local y la administración interna de algún antiséptico urinario suave ayudado por la mayor cantidad de agua posible. En el gran promedio de los casos la mejor manera de tratar la infección posterior es dejándola quieta. La inyección argéntina suave aplicada a la uretra anterior y permitida a escurrirse a la uretra posterior, por lo general es suficiente para controlar la infección posterior superficial de la manera más satisfactoria. Ocasionalmente, una serie de irrigaciones de soluciones débiles de permanganato alternando con las inyecciones de argirol, serán de gran ayuda, pero es generalmente mucho mejor el evitarlas, existiendo la posibilidad de agregar más trauma a la inflamación ya existente y provocar su extensión a las vesículas, vas deferens y epidídimo. Al ocurrir complicaciones, por lo general debidas a la observación negligente de los principios antes mencionados, ellas deben recibir un tratamiento conserva-

dor. Para la prostatitis y vesiculitis agudas el calor local constituye la primera indicación, aplicado en la forma de baños de asiento, irrigaciones rectales calientes o diatermia. Cuando el estado agudo ha mejorado, el masaje prostático digital o vibratorio (7) y las irrigaciones intravesicales son de gran utilidad, pero requieren que su aplicación se haga cuidadosamente. Un masaje prostático dado vigorosamente determinará una epididimitis aguda.

Para la epididimitis, la inmovilización asistida con aplicaciones calientes o frías constituye el tratamiento de elección. La diatermia es de gran valor en esta condición. Frecuentemente, sus resultados son casi maravillosos. Si se desarrollan focos purulentos, deben ser evacuados inmediatamente mediante una incisión amplia, bajo anestesia general. Este constituye uno de los recientes progresos que alivia el dolor casi instantáneamente, acorta el período de incapacidad a pocos días, en vez de semanas, y disminuye considerablemente el peligro subsiguiente de esterilidad.

Algunos casos parecen tener un carácter maligno desde su comienzo. A pesar de todo tratamiento, y quizás debido a éste, los síntomas persisten y aumentan en gravedad, encontrando*? el paciente muy enfermo. La orina aparece con gran purulencia, frecuentemente manchada con sangre., y el dolor y el tenesmos urinario de gran intensidad. En estos casos nos encontramos frente a una infección hiperaguda de las vesículas seminales.

Las proteínas extrañas, la vacuación y la terapia intravenosa, con frecuencia son de utilidad pero los agentes más efectivos son la diatermia y lavasotomía. Siguiendo la ingeniosa indicación del Belfield, yo he practicado la vasotomía en estos casos como una medida profiláctica contra las complicaciones inevitables, con gran éxito. No solamente es la amenazante complicación evitada, sino que todo el proceso infeccioso cambia y turna un curso y aspecto mucho más benigno en todo respecto, debido a que el origen del proceso en las vesículas seminales ha sido alcanzado y atacado. La diatermia es también de utilidad, pero de un modo más lento y menos cierto que la vasotomía. Lo antes dicho constituye otro de los avances en el tratamiento de esta infección tan incómoda e incapacitante.

La artritis, la cual debe ser considerada como una manifestación local de la infección generalizada, constituye usualmente un proceso secundario a un foco primario en las vesículas. Cualesquiera que sean las medidas locales que se tomen para aliviar el dolor en la articulación afectada, no podemos esperar una cura radical a menos que el foco primario vesicular sea eliminado. Para esta condición no hay terapia que pueda compararse en eficiencia y rapidez a la vasotomía.

En las infecciones gonorréicas crónicas hemos hecho un progreso terapéutico inestimable valiéndonos de la invención y aplicaciones prácticas de la uretras - copia. En la uretra anterior, con

este procedimiento descubrimos la presencia de condiciones patológicas que constituyen la base de la cronicidad, — folículos infectados, infiltraciones, estrecheces, pólipos y focos similares que favorecen la persistencia de la infección gonocócica (8). En la uretra posterior, el uretroscopio descubre la presencia de cambios patológicos extensos en el verumontanum, en el piso y paredes de la uretra propia y en el cuello vesical (9). Estos cambios, por consiguiente, se nos hacen accesibles a 3a cauterización, local y al tratamiento bajo el control de la vista. Semanalmente estas lesiones pueden ser tratadas localmente por la aplicación de una solución de nitrato de plata al 10 por ciento, usando un aplicador a través del uretroscopio; los resultados de este tratamiento son completamente satisfactorios. Los pólipos y otros crecimientos pueden ser excindidos valiéndonos de las corrientes eléctricas a través del uretroscopio.

Cuando exista patología seria en las vesículas seminales, como lo es en el caso de las gonorreas crónicas, la vasotomía, según queda mencionada, constituye nuestro más potente agente terapéutico. La operación es muy simple. Su breve descripción es como sigue: Se expone el vas deferens -a través de una pequeña incisión en el escroto cerca del epidídimo, en ambos lados, bajo anestesia local, y se procede a inyectar 10 cc. de una solución antiséptica débil. Esta solución atraviesa el vas deferens, vesícula y conducto eyaculador hasta la uretra posterior y vejiga, de

donde puede ser recobrada. Para este fin yo prefiero una solución de argirol al 5 por ciento. debido a sus cualidades suaves y no irritantes. El paciente debe permanecer en cama dos o tres días. Casi no existe el dolor ni durante ni después de la operación. La solución permanece en las vesículas durante varias semanas, lo cual se evidencia por el color achocolatado del semen emitido durante semanas después de la operación.

Como conclusión, podemos decir que el tratamiento de la blenorragia ha tenido un progreso material en los últimos años con el resultado de que si aplicamos nuestra terapéutica debidamente podemos esperar el obtener resultados favorables tanto para el médico como para el paciente. La gonorrea ha dejado de ser una enfermedad deformante, debilitante y devastadora; su control lo tenemos completamente en nuestras manos. Si sabemos aprovechar en toda su extensión los progresos que tenemos a nuestro alcance, debemos esperar los mejores y más satisfactorios resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Holbarst*: Gonorrhoea in the Male, Internat. Jour. of. Surg. Co., New York, 1911, page 44,
2. *Kohnstamm and Gave*: The Radiological Examination of the Male Urethra, William Wood & Co. New York, 1925.
3. *Walker, Sir John Thomson*: Preface Kohnstamm and Cave, loc. cit.
4. *Wolbarst*: Medical Journal and Record, New York, Jan. 18

1933. CXXXVII, No. 2, Page 45.

5. *Wolbarst*: Urol. and Cutan. Review, St. Louis, 1924, **XXVIII**, 651. Med. Jour. and Record, New York, 1926, **CXXIII**, 3.

6. *Wohlstein, E.*: Dermat. Wechenschr, 1925, LXXX, 256.

7. *Wolbarsts* Journal of Urology, **1931**, **XXV**, No. **5**, page 519.

8. *Wolbarst: Conococeal Infection the Male*, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1930, pp. 160.162.

9. *Wolbarsts* Conococeal Infection in the Male, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1930, pp. 199-209.

Concepto actual de las enfermedades de la nutrición

Por el Profesor Pedro Escudero

La nutrición es una función de los seres vivos que les permite mantener la integridad de su composición mediante la acción conjugada de la asimilación y de la desasimilación. La nutrición comprende cuatro momentos diferentes: la administración de los alimentos, la digestión y la absorción de los mismos, su metabolismo intermedio y la excreción de los desechos que resultan de su utilización.

La medicina clásica considera como "enfermedades de la nutrición," las que son en realidad enfermedades del metabolismo: la gófica, la diabetes, la obesidad, la aminoaciduria. Este error perdura aún entre los autores especializados de la hora actual.

Nosotros creemos que deben considerarse como enfermedades de la nutrición las derivadas de los cuatro momentos evolutivos por los que pasan las sustancias alimenticias utilizadas, es decir, todas aquellas afecciones que se producen, perdura o curan por la alimentación.

De acuerdo con estas ideas hace la siguiente clasificación: I¹?) Enfermedades por errores en la administración de los alimentos.

a) Errores en la cantidad.

19 Regímenes insuficientes o hiponutritivos Caquexia .
Hipotrofia I

Flacura 2 Regímenes hipernutritivos: Obesidad exógena.

b) Errores en la calidad:

I ¹ ? Régimen carencial	Hipoaminosis	Escorbuto Beri-beri Osteomalacia Raquitismo Xeroftalmia Pelagra.
	Avitaminosis Hiposalino Hipoaminoácido	Iodo: bocio simple endémico. Cloro: cloropenias.

2° Enfermedades por desarmonía (Escudero).

2°) Enfermedades por difusión de la digestión y de la absorción:

a) Afecciones funcionales	Dispepsias gástricas	1° Por errores de higiene alimentada. 2° Reflejas. 3° Neuroendócrina.
	Intestinales	1° Hipofunción hepatopancreática. 2° Fermentación y putrefacción. 3° Neuro endocrinas. 4° Gástricas.
b) Afecciones orgánicas	Inflamatorias	Gastritis. Enteritis.
	Tóxicas.	

3°) Enfermedades del metabolismo:

Dismetabolismo glúcidos	-	Diabetes.
albuminoide	:	Gota, hiperazohemia, aminoaciduria.
graso	-	Obesidad endógena.
salino	::	Anemias, no infecciosas,
combinado	:	Nefrosis, excluida la necrotizante mercurial. Amilosis.

En la génesis de este grupo intervienen fundamentalmente las glándulas cerradas, el hígado, el sistema retículo endotelial y el tejido conjuntivo actuando a la manera de glándula. *i9)*

Enfermedades excretorias:

Por mal balance	¹ Del agua: edemas, anasarca.
	Sales: cloruro de sodio; acidosis.
	Nitrógeno: uremia.
Por mala excreción	Intestinal: constipación y sus formas
	Renal: anuria

Aparentemente en este grupo es difícil diferenciar entre las afecciones por mal balance y por mala excreción. Incluimos entre la última los obstáculos de las cloacas intestinales y urinaria únicamente.

Esta clasificación es puramente transitoria y se modificará en armonía con el progreso de la patología.

De Revista de Conferencias del Hospital Rawson.

Tratamiento de la Lepra

Ya que hemos llegado a la conclusión de que desgraciadamente existe la lepra entre nosotros, ya que en nuestro artículo anterior llamamos la atención sobre su diagnóstico, ahora queremos ver qué hacemos con nuestros leprosos ya que con buena voluntad todo se puede hacer, no hay que pensar en la lepra lazarina, el concepto actual de esta enfermedad ha cambiado mucho con su moderno tratamiento.

A pesar de los progresos de la ciencia médica todavía hay muchos puntos oscuros referentes a la trasmisión de esta enfermedad, sin embargo todos aceptan la contagiosidad y casi todos los países dictan medidas profilácticas para luchar contra esta enfermedad que tan extendida se encuentra en todo el globo terrestre, en la lora actual las medidas profilácticas varían de uno a otro país variando éstas en su grado de severidad, los abstencionistas pueden dar como argumento que no se conoce el modo de trasmisión, no creo que sea una argumentación poderosa ya que se ha probado con las estadísticas que las medidas profilácticas han localizado la lepra y han disminuido su propagación en centros bastante infectados y donde el progreso de esta enfermedad era -alarmante Cada Leproso retirado de la circulación, suprime un foco de contagio; evitar el contacto con los casos activos, tratar eficazmente los comprobados, vigilar las formas latentes y las curaciones espontáneas que no son a veces más que remisiones, para to-

do esto se han creado los Leprocomios con sus cuidados de higiene personal, medicación bien dirigida y dotados de personal eficiente con ayuda de buenos laboratorios.

Hemos dicho ya que el contagio de la lepra es difícil de establecer y una de las particularidades que más oscurecen el control es el largo período de incubación pues hay casos que pasan de 20 años, tampoco se ha podido establecer la trasmisión por herencia, las inoculaciones y cultivos no han dado ningún resultado satisfactorio en éste último se puede esperar mucho del perfeccionamiento de las técnicas; Apesar de todo, hay casos perfectamente probados de contagio y la mayoría de ellos se debe a las relaciones íntimas con los casos activos, las formas ulcerosas, tuberosas y bacilíferas en general son las más contagiosas.. las secreciones nasales son un medio de contagio, si es cierto que las formas anestésicas son las menos peligrosas no dejan de serlo por pasar a veces desapercibidas e inspirar menos repulsión. Roger Le Ferestier, Tesis del Doctorado Marseilla, 1952 habla a este respecto: "La profilaxis de la lepra no es susceptible de una solución y los medios a emplear varían con las condiciones económicas, financieras y sociales. Se debe esperar un resultado sobre todo de la penetración médica y de la creación de numerosos centros provisto? de Laboratorios."

En estos días he tenido la oportunidad de comprobar otro

caso positivo clínica y bacteriológicamente, se trata de un adulto procedente de la isla de Garrobo. Golfo de Fonseca, departamento de Valle, procede de la misma zona que el caso que nos sirvió para declarar la lepra entre nosotros. Me parece muy apropiado para un centro de aislamiento una de las islas deshabitadas de nuestro bello golfo / bien puede el delegado de Sanidad de Amapala encargarse de ellos con el apollo de las autoridades correspondientes.

Vamos a tratar de la terapéutica médica tosa, empleada por muchos leprologos y de cuya, eficacia hablan muy bien las estadísticas de casos completamente curados y muchos con una vida prolongada libres de remisiones a pesar de largos períodos de observación controlados por el laboratorio y la clínica, apesar de los casos de curación espontánea ya que la mayoría de ellos se refieren a casos en plena actividad y de larga evolución.

El aceite de chalmugra si no es un específico para la lepra, ningun médico puede prescindir de él en el tratamiento de esta afección, el aceite extraído del *Ginocardo odorata*, árbol de la India, familia de las Bixáceas y que felizmente la tenemos entre nosotros, según declaraciones de don Vicente Alemán, este medicamento precioso uno de los más antiguos es el arma más poderosa con que contamos en la lucha contra la enfermedad tan temida y cuyo pronóstico se ha modificado completamente hoy con el tratamiento bien dirigido rehecho por personas capacita-

Los inconvenientes del aceite de chalmugra en la antigüedad se debían a defectos de técnica en la preparación, se presentaba en una forma tan impura que luego producía en los enfermos intolerancia y reacciones a veces «muy peligrosas ya que las pequeñas dosis que podían tomar no tenían ningún efecto curativo. Hoy tenemos un aceite; expendido por casas reconocidas que nos dan entera confianza y eficacia por la perfecta tolerancia de los enfermos y más que todo sus derivados, esteres yodados o creosotados.

El alepol. variedad especial de hidrocarpato de sodio de los ácidos grasos a bajo punto de fusión, el éter etílico del ácido ginocárdico, conocido en el comercio con el nombre de antileprol, administrado en cápsulas queratinizadas 0.50, 5 a 10 cápsulas por día por varias semanas. Roger en Calcuta usa el ginocardato de sodio en solución citrada, en inyecciones intravenosas repetidas. La solución de Alepolo, los éteres etílicos del aceite, se inyectan subcutánea e intramuscularmente a la dosis de 3 a 2 cc. acendiendo hasta llegar a 12 c.c; hay que vigilar la llamada reacción leprosa que deriva de una poca tolerancia a las dosis usuales, teniendo en cuenta que cuanto más producto reciba el enfermo, más eficaz es el tratamiento. Las lesiones cutáneas eritematosas, Hipopigmentado, etc., necesitan del tratamiento local, inyecciones intradérmicas, aparte del general. El ácido tricloracético al 1:5-1:2 % se usa en las manchas despigmentadas, teniendo cuidado de las cicatrices que a veces puede ocasionar.

El aceite de Chalmugra es un buen preparado, pero necesita ser bien tolerado para que sea eficaz, tal como se obtiene ¡hoy lo puede tolerar la mucosa gástrica más delicada, éste puede alternar muy bien con los tratamientos por los esteres, empezando siempre por dosis pequeñas 2 gotas, lo ideal sería llegar hasta 200 diarias, durante meses, la tolerancia del enfermo nos indicará la dosis; siempre que se note una intolerancia habrá un período regresivo o de reposo. Si hay en el enfermo una ¡gran reacción que se traduce por debilidad y letargo, se suspende el tratamiento completamente y se da un tónico como el de aceite de hígado de bacalao, hierro, arsénico, etc.

La graduación de las inyecciones es muy importante y hay que tener en cuenta que no debe aumentarse la dosis si aparecen erupciones, nódulos rosados, oscilaciones de la temperatura, tanto encima como bajo la normal, una variación irregular a la normal de 37 c, con pérdida de peso, desintegración y reaparición de las lesiones sin aparente hipertermia, hay que conocer la reacción leprosa que se traduce por una desintegración de los focos leprosos y hay que descubrirla en su forma incipiente, controlando la curva térmica, normal y subnormal que puede ser el índice de actividad, si no hay reacción aparente se puede, si el enfermo mejora, no disminuir la dosis, si se nota algo irregular, suspender y proceder con cautela. El tratamiento de las reacciones consiste en suspender las inyecciones, administrar un purgante, colocarlo a dieta líquida

o semilíquida y dar tartrato de antimonio y potasio a la dosis de 0.02, cada 2 días, la reacción puede durar mucho tiempo sin que nada pueda mermar la fiebre, también se ha administrado mercurocromo soluble 220 al 1% por vía venosa, con aparente mejoría.

Las lesiones oculares que llevan al enfermo a la ceguera pueden ser tratadas con tratamiento local, colirios de atropina o hiosina, amén del general, la crioterapia está indicada. Las paraciones áuricas se han empleado en la lepra, el Salganol B por vía intramuscular dosis continuas durante largo tiempo, al emplear los metales pesados hay que tener presente que las altas dosis son nocivas, siempre hay que pensar en las reacciones para evitar la desintegración de los focos leprosos, descanso y tonificar al enfermo.

Respecto al tratamiento actual de la lepra el Dr. R. G. Cochrane dijo en la Asociación Médica Británica 1932: "Hoy día, el pronóstico en la lepra se ha aquilatado con mayor exactitud, y el optimismo extremado de los primeros días del nuevo tratamiento va siendo suplantado por un concepto más razonable así como el pesimismo absoluto de los viejos leprólogos se va trocando gradualmente en un pronóstico mejor. Aunque reconociendo que cabe todavía mucho mejoramiento, ya cabe decir que la moderna terapéutica de la lepra ha alterado radicalmente la situación y ofrecido alivio permanente a centenares de dolientes, percutiendo que lleven una existencia cómoda y razonable, millares para quienes la existencia, de otro

modo hubiera sido una muerte en vida." De la Revista Médica de Marsella, agosto de 1931; Tratamiento de la lepra por el Dr. Pierre Orlandini, de Changüi tomamos algunas ideas que vienen a ilustrar este pequeño trabajo. Ha usado en el Congo Belga el Timol según el método de Hamsah obteniendo buenos resultados, piensa que su éxito debe ser ensayado y a continuación expresa que debe tenerse mucha reserva en la interpretación de los efectos obtenidos ya que la lepra es una enfermedad que evoluciona por accesos, períodos de remisión seguidos de recaídas y a veces se toma una mejoría que puede ser simplemente una de estas remisiones espontáneas (Joyeux) Por consiguiente no diré que mis enfermos eran curados sino mejorados, los casos tratados eran viejos leprosos típicos con manifestaciones cutáneas y nerviosas y comprobados por el laboratorio, la fórmula que daba era la siguiente: Cada cuatro días durante un mes y después una vez por semana 4 cc. de la fórmula, Timol LO gramos, Aceite Bacalao 90 gr Los buenos resultados son debidos a la acción disolvente de las grasas que tiene el Timol como los éteres del -aceite de chalmurga eme disuelve directamente las cápsulas de los bacilos y provoca la reacción del organismo contra las toxinas bacterianas Modificando éste método se ha dado: Timol 0.50, alcanfor 0.50 por la mañana y 0.50 trementina por la tarde y a la mañana siguiente una cucharada de glicerina con -agua y 5 gr. de mer-tol, se da este tratamiento por 2 semanas, 1 de descanso asocia-

da al aceite de bacalao, en las á.- sis usuales. Se hace también la autovacuna, método Gougerot. tomando jugo de un leproma, disuelto en ácido fénico, agua hasta llegar al 2 % la proporción de ácido, se inyectan 5 cc. cada dos días, se cree que obra también sobre las cápsulas de los bacilos

Se ha pensado también en una avitaminosis en la lepra y -a esto atribuyen los éxitos del aceite de bacalao, hay una deficiencia hepática y paratiroidea que vuelve el organismo inapto para fijar el calcio que produce un desequilibrio en el papel funcional del fósforo y la colessterina. Ya ha sido demostrado por Beulay, Léger, Marchand, que en la lepra hay una gran pérdida de fósforo, colessterina y más particularmente de calcio que se eliminan por los excrementos y la orina. Hundellet y Moreau han demostrado sobre las radiografiadas, decalcificación, transparencia en las epífisis, largos filamentos oscuros en las falanges. Esta avitaminosis es muy parecida a la que se ve en la tuberculosis y así obra también el aceite de bacalao facilitando la fijación del calcio y restablece el equilibrio hepático y paratiroideo. Los ácidos grasos libres que existen en el aceite de bacalao ayudan a la digestión de las grasas que sin éstas quedarían sin digerir en razón del funcionamiento imperfecto del hígado y puede ser también del páncreas.

El páncreas no pudiendo ya secretar lipo-fermentos normales, la estearina y otras grasas neutras no disueltas son retenidas por el bacilo de Hansen eme se envuelve y se protege, contra las defensas naturales del orga-

nismo. De esto se deduce que sería bueno ensayar la insulina a los leprosos, como se hace en los tuberculosos en la intención de obrar sobre el desequilibrio funcional del páncreas. Todas estas ideas son bastante sugestivas, lógicas y razonables. Provistos de este material, sólo queda el

estudio clínico de los casos, a la observación cuidadosa e inteligente y a la experiencia que da la larga práctica, la selección y la verdadera aplicación eficiente de estos tratamientos ya experimentados en manos bien autorizadas,

J. Abarca h.

Programa para la educación sexual en la escuela secundaria mexicana

Por el Dr. Raúl González Enríquez

Trabajo -presentado al Concurso de la Academia 1932.

1.—Diferenciación sexual (de los seres unicelulares al hombre).

2.—Caracteres sexuales primarios. Anatomía y fisiología en el hombre y la mujer.

3.—Caracteres sexuales secundarios en los animales y en el hombre. Pubertad y glándulas de secreción interna.

4.—Reproducción sexuada. Relaciones de la sexualidad con la herencia. Predeterminismo del sexo. La cópula, (satisfacción y necesidad fisiológica).

5.—Evolución de la sexualidad en las especies.

6.—Evolución de la sexualidad en los episodios de civilización.

7.—Evolución de la sexualidad en el individuo. Teorías de Freud, Jung, Addler, Ellis, etc.

9.—Explicaciones afines: la sexualidad no es el coito; diferencia entre erótica y sexualidad, la libido, los complejos. Diversos aspectos de la sexualidad y del complejo de inferioridad (incluyendo los celos) con el que tiene

tantas relaciones; sublimación, neurosis, etc.

10.—El problema del amor: el donjuanismo, la especialidad, la existencia de tipos determinados por cada individuo, etc. La influencia de las glándulas de secreción interna en las emociones eróticas y en las afinidades sentimentales.

11.—Relaciones sexuales permanentes: el casamiento: significación biológica y social. Contrato o amor libre (mejor dicho libertad de amar, según corrección de Jiménez de Asúa). Companionate marriage. El amancebamiento.

12.—Control de la natalidad. Temas eugenésicos: certificado prenupcial.

13.—Relaciones transitorias: prostitución; sus causas, sus efectos. ¿Quiénes son las prostitutas? ¿Reglamentación o supresión?

14.—Patología sexual: espermatorrea, poluciones, etc.

15.—Blenorragia.

16.—Sífilis 17.—

Masturbación. 18.—

Inversión.

19.—Perversiones y psicopatías sexuales. Profilaxia, etc. 20.—El amor normal.

La consideración de un programa implica muchos conocimientos y sobre todo amplísima experiencia, admitiendo con esto la necesidad de comprensión del medio juvenil y no los años de dar clase en un salón.

De todas maneras un primer paso será corregido por un segundo de manera indefectible; las mutaciones son necesarias tanto más cuanto que es difícil lograr un resumen que tenga todas las cualidades y éstas se irán adquiriendo en el curso de los años.

Quizá por esto, con cierta timidez, explicable porque entiendo como es importante el asunto, pongo mi punto de vista en el programa, quedando sin embargo bastante sin decir porque quizá no sea tiempo para enseñarle al adolescente cómo es brusca la vida y aún sabemos de antemano que aunque así se le *enseñe*, siempre tendrá el tesoro de su romanticismo para detener lo que decimos cuando salen las primeras canas.

Incluidas, sin sistema, quedan algunos puntos de eugenesia y si he omitido otros es porque no todos atañen al problema sexual.

Como parte que propongo sea considerada dentro del desarrollo del programa me queda por proponer que de manera habitual se establezca una consulta,

sobre asuntos de esta naturaleza, que se llevará a cabo en forma indeterminada y como se juzgue conveniente según los casos, de tal manera que ya sea en forma escrita sin nombre o personalmente, lo cual me parece mucho más efectivo desde todos puntos de vista, puesto que establece precedente de confianza y posibilidades de hacer explicaciones más amplias, puesto que hay veces en que se puede llevar a cabo una verdadera clínica, tomando en cuenta el carácter, circunstancias, consecuencias, consecuencias futuras en determinado individuo y de esta manera hacer verdadera labor de ayuda para el que lo solicite.

Si es verdad que hay ocasión en que se tratan en estas consultas problemas que son de orden general y sólo interrogados por la curiosidad que pudo alguno de ellos haber despertado en el alumno, hay otras en las que se relacionan con asuntos enteramente personales en los que se manifiestan situaciones verdaderamente difíciles para ser resueltas con premura y por sujetos cuya capacidad juiciosa aún no ha alcanzado su desarrollo óptimo.

Creo sinceramente en la utilidad de este procedimiento y por esto lo pongo a consideración, afirmando que mi criterio se apoya en buena parte en los resultados obtenidos personalmente por mí y supongo que esto será un nuevo mecanismo de amistad entre profesor y alumnos, que es tan necesaria en el desarrollo de una enseñanza de este género.

Sé que se trata de civilizar al individuo, es decir, apartarlo en cierto modo del primitivismo, que siempre se ha caracterizado por la exagerada emocionalidad instintiva, con pensamiento principalmente fantástico y desarrollo mítico considerable, de actitudes sintéticas, para constituirlo en un sujeto en el que domine el intelecto lógico, con la actitud orientada hacia lo real y con análisis reposado del pensamiento. Pero esto no puede hacerse sino en determinadas etapas de la vida y por otra parte no debemos despreciar la acción instintiva, en muchas ocasiones hecha de elementos subconscientes y la acción y repartición rápida que tiene destellos generales.

Los dos aséstenas opuestos, antiestéticos, que considerados por Pende se denominan taquipsíquicos y bradipsíquicos, que considerados por Jaensch son el basedowide y su contrario, que Rignano llama analítico sintético, tienen acciones fundamentales y no es sino la predominancia glandular y neurovegetativa en uno u otro sentido, la que determina el nombre, permaneciendo las acciones de tipo contrario en un lugar segundo, sin que dejen de existir.

Quizá desde el punto de vista amoroso pueda haber también la misma fundamental distinción, de tal manera que lo que sería peligroso para algún hipertiroideo simpático estético, fuera necesario para conmovier a un parasimpático, hipotiroideo, hipopituitario. cuyas distinciones somáticas están alejadas de 3o otros tipos, necesarios de considerar en sexología y cuya descripción psicológica estaba á moda hace algunos años, me refiero a los extro e introvertidos llamados en otra clasificación di tendencias y de constituciones esquizoides y sintonos.

Desde luego que la hiperemotividad ejerce una acción profundamente interesante en los procesos amatorios y una gran cantidad de ellos pueden reducirse a fórmulas endocrinas neuro vegetativas: así hay sujetos asténicos, tónicos y atónicos en las reacciones sexuales, cuyo funcionalismo no se reduce a la libido, al orgasmo, a la capacidad con ceptiva, sino también, dentro del cuadro de Marañón a multitud de otros aspectos, cuya significación social es de suma importancia.

Gaceta Médica México

La Anatomía en la Edad Media

Aunque el origen de la anatomía se remonta hasta mucho antes de Galeno, el estudio de la arquitectura y estructura del cuerpo humano empezó realmente en un período más remoto.

Los indostánicos conocían la anatomía desde más de 200 años antes de Cristo, como se comprueba por el Libro de Medicina Ayurvedic, que es uno de los libros sagrados de los antiguos indostánicos.

Un buen número de referencias anatómicas se hallan en la Iliada y la Odisea, y son más explícitas que las que aparecen en el libro del Génesis. Hipócrates no hace mención de la anatomía en sus escritos.

Anaxágoras, Empedocles y Demócrito bisecaron animales en el siglo quinto antes de la Era Cristiana. En la escuela de Alejandría, Proxágoras de Cos y sus discípulos Herophilus (año 320) y Erasistratus (probable nieto de Aristóteles) que murió en el año 1257, eran notables anatomistas. Ambos eran protegidos de Tolomeo Soter y Tolomeo Philadelphus, también muy adictos a la disección. Estos tres médicos alexandrinos escribieron obras que desgraciadamente se han perdido, pero parte de ellas nos han sido dadas a conocer por Galeno.

Celso y Rufo practicaron durante el primer siglo de nuestra era. Los trabajos de Rufo, se han perdido desgraciadamente. Según testimonio de varios autores era un eminente anatomis-

ta, También debe hacerse mención de Areteo de Capadocia, bajo el imperio de Trajano y Soriano de Efeso.

Existió desde luego un período pre-helénico del que no tenemos noticia exacta, y por consiguiente la enumeración anterior es necesariamente incompleta.

Galeno que vivió el segundo siglo de nuestra era, fue un notable anatomista. No disecó cuerpos humanos, sino cadáveres de animales, (monos en particular y muy especialmente el magot mono salvaje. Fue el primero de los grandes anatomistas.

Después de Vesalio cesaron prácticamente las disecciones. Los médicos se limitaron a traducir las obras de Galeno, y a comentarlas con más o menos exactitud, tendencia que duró catorce siglos.

Los médicos árabes tradujeron las obras de Galeno, sin añadirles nada, porque el Corán prohibía toda forma de disección. ...

El renacimiento de la anatomía se remonta más allá del siglo XVI, pero los anatomistas de aquellos tiempos tenían que luchar contra el poder de la palabra escrita, que ahogaba todo esfuerzo que revelase la verdad, y la dificultad para obtener cadáveres. Pero a principios de la Edad Media, los médicos, y especialmente los cirujanos, estudiaron la anatomía con mayor impulso. De ahí que un decreto del Emperador Federico, en el año 1230, exigiera a todo médi-

co un año de estudio del cuerpo humano.

Henri de Mondeville en su "Chirurgie," escrita entre el año de 1306 y el año de 1320, dice:

"Siendo el cuerpo humano el objeto de todo el arte de la medicina, de la cual la cirugía es el tercer instrumento, se deduce que el cirujano al hacer incisiones en las diferentes partes del cuerpo y sus miembros, nunca podrá operar bien sin conocer su anatomía y composición."

Guy de Chauliac en su "Grande Chirurgie," escrita en el año de 1363, dice:

"La ciencia anatómica persigue cuatro fines: el primero, e indudablemente el más importante, es demostrar el poder de Dios. El segundo, exhibir las partes enfermas. El tercero, prever el estado eventual del organismo. El cuarto, conocer las partes y las enfermedades a que éstas se hallan propensas, toda vez que es necesario cambiar el tra-

tamiento de acuerdo con la enfermedad."

Dice además:

Los cirujanos que no conocen anatomía cometen errores, frecuentemente cortando nervios y ligamentos. De ahí la necesidad de conocer la naturaleza, de cada parte, y también la posición y forma en que están colocadas en el cuerpo entero en relación con cada miembro. Al examinar una herida hay que saber si se ha cortado un nervio, tendón o ligamento." Guy recomienda también las siguientes importantes consideraciones.

"Hay cuatro cualidades que se requieren en todo cirujano. La primera, que sea erudito. La segunda, que sea experto. La tercera, que sea ingenioso. La cuarta, que sea morigerado (morigeratus — obediente y cortés). Es por lo tanto necesario: primero, que el cirujano sea erudito, no solamente en principios de cirugía si-

no en física (en el amplio sentido de la palabra), tanto en la práctica como en la teoría," Deberá conocer anatomía;

Porque sin ella, nada' puede hacerse en cirugía. . . Deberá conocer también la complejidad natural del organismo (su organización natural) ya que debe variarse la medicación según las diferentes características de cada paciente."

Deberá conocer higiene, patología y ser capaz de establecer un diagnóstico correctamente:

Deberá conocer la naturaleza de cada enfermedad, ya que de ahí se deriva la intención curativa. No deberá, por ningún motivo, desconocer la causa, porque si consiguiera la curación sin este conocimiento, ello no se atribuirá a él, sino a un mero accidente... Deberá saber prescribir en la práctica el modo de vivir y los medicamentos necesarios. . . Es, por tanto, evidente que todo cirujano que practique diestramente (con habilidad) deberá conocer los principios de la medicina. Segundo, he dicho que deberá ser un experto y haber visto operar a otros. Tercero, deberá ser ingenioso y poseer buen tacto y buena memoria. Cuarto, he dicho que deberá ser morigerado. Deberá ser atrevido en los asuntos que hayan sido terminantemente probados, precaviéndose de los peligros y evitando las curaciones nocivas y malas prácticas. Deberá ser agradable con sus pacientes, bondadoso con sus compañeros, y prudente en sus

predicciones. Deberá ser casto, sobrio, compasivo, y misericordioso; no deberá codiciar el dinero ni obtenerlo con exacción, pero sí deberá recibir una recompensa moderada, según el caso y el trabajo hecho y la situación y dignidad del paciente."

¿Cuáles eran, entonces, en aquella época, los medios que se encontraban a disposición de los médicos para el estudio de la anatomía? ¿Guy de Chauliac hace esta notable explicación:

"La anatomía se adquiere por dos métodos: uno es la doctrina que contienen los libros, método que, aunque útil, no es desde luego, suficiente para explicar ciertas cosas que se perciben solamente por medio de los sentidos. El otro método consiste en la experimentación sobre cuerpos muertos. Actualmente ensayamos en personas ahorcadas o decapitadas recientemente, estudiando por lo menos los miembros orgánicos, la carne, los músculos, la piel, y muchos nervios y venas especialmente por lo que se refiere a su origen."

Nos dice después que hacían disecciones en la escuela de Bolonia, entonces floreciente y próspera con la decadencia de la escuela de Salerno.

"En la primera lección se estudiaban los miembros nutritivos (visceras abdominales) porque eran las primeras en descomponerse. En la segunda los miembros espirituales (órganos de la caja torácica). En la tercera los miem-

bros animales (contenidos en el cráneo). En la cuarta las extremidades (miembros). Guy de Chauliac nos dice además:

"Hacemos anatomías de cuerpos secados al sol, o consumidos por la tierra o derretidos con agua caliente hirviendo. Así vemos en esta forma la anatomía de los huesos, cartílagos, articulaciones, nervios mayores, tendones y ligamentos, mediante los procesos de maceración y corrosión."

En su tratado, Chauliac describe en detalle el método de preparar la víscera abdominal y torácica para su disección.

Henri de Mondeville parece ser el primer cirujano francés que practicó la disección. Guy Chauliac hizo disecciones, especialmente en Italia, aunque más tarde aprendió poco, a causa de la escasez de cadáveres. Esta escasez es sorprendente, en vista de las frecuentes sentencias de muerte de aquella época. Ello

se debía a una serie de requisitos que hacían difícil la obtención de cadáveres.

El ejercicio de la anatomía progresó poco en París. En España, el Rey Juan I decretó en 1391 que la Universidad de Lérida tendría el derecho, cada tres años, de diseccionar el cuerpo de un criminal. En 1488, Fernando permitió las disecciones en el Hospital de Zaragoza.

Aunque se reconocía debidamente la utilidad de la disección se practicaba poco, y esto se debía a medidas que no solamente estaban fuera del control de médicos y cirujanos, sino que se practicaban sin gran provecho educativo, excepto para algunas personalidades notables, como Chauliac y Mondeville. La influencia de la palabra escrita era limitada y el espíritu científico no contribuía en forma alguna a la experimentación. Realmente, la omnipotencia de Galeno excedía todo empeño.

Las disecciones se hacían en

Italia durante el invierno generalmente por espacio de tres o cuatro días. Parece que se hacían de noche en un salón de clases, una capilla abandonada o, a veces, al aire libre. Sin embargo, se construyeron en el siglo decimoquinto edificios especiales destinados, a la anatomía. De acuerdo con los estatutos de la Universidad de Boloña, hacia fines del siglo decimoquinto, el derecho de asistir a las disecciones estaba reservado a médicos, cirujanos y estudiantes del tercer año, en grupos de veinte si el cuerpo era de un hombre, y de treinta si era de una mujer. En el siglo décimosexto, cualquiera tenía derecho de asistir a las disecciones. En el año de 1521, quinientos estudiantes y profanos asistieron a una disección que se hizo en medio de ruido considerable mientras la gente iba y venía constante-

mente. Guy de Chauliac y Mondeville acostumbraban colocar el cadáver sobre un banco; los italianos sobre una mesa. Charles Estienne, de París, hacía uso de una mesa giratoria. Navajas, sables y tijeras eran los instrumentos que se usaban. Según nos informa Guy, la cavidad abdominal se disecaba primero. luego el pecho, la cabeza y por fin los miembros. En Paríó, especialmente, no se hacía caso de los miembros. Los maestros y estudiantes de Italia, tampoco disecaban los miembros. Además se notaba muy poco interés por la osteología y la astrología. Era costumbre, durante el curso de las disecciones, discutir extensamente los textos de Galeno y Avicena, prestándose muy poca atención a lo que se estaba viendo.

Medicinas Específicas

(*SPECIFIC MEDICINES*)

"Como una clase de preparaciones farmacéuticas, el estudio de las "specific medicines" no de las "specific cures," tiene su interés científico."

Tanto el afán de combatir las enfermedades, como el de enriquecerse, ha conducido al hombre de ciencia y al charlatán a buscar en las asociaciones de las drogas enérgicas, el triunfo sobre las dolencias que afectan a la humanidad; es por esta ra-

zón, que cada vez que aparecen ruidosamente anunciados nuevos preparados médicos de simple o compleja naturaleza, en la mente de los que saben lo que tal pasó puede significar, surge una interrogación: se trata de algo realmente científico?

Las "specific cures," hace mucho tiempo que sembraron el terror entre las agrupaciones médicas y farmacéuticas, y por mucho tiempo han sido y seguirán siendo perseguidas por las auto-

ridades encargadas de vigilar por la salud pública. No puede decirse lo mismo de las "specific medicines," o medicinas específicas, que como se ha estimado hasta hoy por acunas autoridades en la materia, son las que procuran corregir por ciertas medicaciones específicas, las desviaciones de un estado de salud, entendiéndose el término específico por su relación a condiciones patológicas definidas.

Desde luego bajo ese mismo término se han amparado gran número de productos charlatanescos. Las Preparaciones Oficiales, Extractos, Tinturas, Elixires, Decocciones, Vinos, etc... llenan las Farmacopeas: su fuerza de acción terapéutica, su acción biológica es "standard" y conocida de manera precisa. Sin que hayan tenido la suerte de ser siempre prescritas, muchas fórmulas médicas, sabias y efectivas pasaron de los talonarios médicos a las farmacopeas: tienen ellas la ventaja de ser o poder ser usadas o prescritas a ciegas, dado el conocimiento que de ellas se tiene, como se dijo antes. Ahora bien, 'hagamos una comparación entre tales preparaciones y un remedio específico, cuyo nombre implica y sugiere la más completa y razonable desconfianza. La droga Delphinium Staphisagria, de la familia de las Ranunculáceas, oficial por

mucho tiempo en la Farmacopea Americana, ha sido tenida por un buen motivo, purgante antihelmítico, lo mismo que sido prescrita externamente, u da a sustancias grasas, en la i minación de parasitos en las f ermedades cutáneas. Remington y Dorvault la catalogan i tre los venenos poderosos, da minándola Hierva de la Muerte dándola a conocer bajo el n(bre de Pedicularia; su dosis puede pasar de 0,065 según primero, mientras que el segundo la asciende hasta la de gramo. Los preparadores de medicinas específicas, han I zado al comercio de drogas - preciso por el momento olvidar su interés comercial una preparación de Staphisagria, según tiene comprobado mas de un paciente, conforma exactamente con las indicaciones un médico norte americano diera, en un tratamiento efectivo de las enfermedades pro; ticas tonificando y haciendo aparecer el tenesmo, el deseo cuente de orinar. La acción esta droga en sus preparacion ejerce una acción "especifica," sobre los órganos reproductivos reduce la irritación de la pro, ta, y vesícula: su influencia canza la uretra, calmando la irritación de ésta, reduciendo o minando descargas mucopurulentas, etc... .

Algunas drogas indígenas de América del Norte, han descolado desde hace algún tiempo.. no en sus preparaciones oficiales, sino bajo el grupo de una denominación sin concordancia con la misión que pueden llegar a desempeñar: bajo las medicinas específicas, las cuales al existir están contadas y su tipo clásico es el de la quinina en la cura del Paludismo. La planta de las Labiadas denominada Hedeoma. o American Pennyroyal, bajo ningún punto confundida con la "mentha Pulegium" de Europa, da un aceite esencial de propiedades estimulantes, que por largo tiempo sirvió en los países tropicales y aun en los templados, para proteger la piel de las picaduras de los mosquitos, moscas y animales semejantes. En el mercado de drogas norteamericano, y desgraciadamente bajo el nombre de una medicina específica, se puede obtener una forma de preparación de esta droga, que sin ser el aceite neto, ni una tinctura o extracto de ella, dé un porcentaje de principios activos determinados, es en su presentación algo que semeja a dichas preparaciones, y que ha tomado lugar preferente entre los balsámicos antisépticos de las vías urinarias.

Bajo ningún concepto, en este artículo pretendemos defender las preparaciones llamadas medicinas específicas: su nombre nos cae mal: lo rechazamos: huele a explotación, a engaño: aunque no lo sean: lo que sí deseamos, es iniciar un estudio sobre tales preparados, que desde luego pueden compararse y formar grupo con un sinnúmero de específicos, dé los que se venden

en todas partes, después de haber sido conocida su fórmula, y haber sido permitida su venta por las autoridades correspondientes: tiene la ventaja de contener una sola droga, preparada y presentada bien, a manera de una preparación de farmacopea:

Quizá nuestro pueblo, esas pobres gentes que no llegan hasta la ciudad a llevarse el frasco de "pildoras americanas," o el aceite para "sacar las lombrices," tenga muchas medicinas "específicas," compuestas de una sola droga, cocida, infundida, fermentada, o disuelta en aguardiente o cualquier disolvente ordinario, con las cuales mejoran sus males: sabemos nosotros, si tales brebajes tienen su razón de ser o no?

Las medicinas específicas, pues, sólo nos han llevado una vez más al punto capital, en el desenvolvimiento de nuestra industria farmacéutica nacional: no conocemos casi la staphisagria, ni el aceite de hedeoma, siendo drogas americanas: no las tendremos nosotros en Honduras? No nos prueban los preparadores de esos medicamentos, que no solamente la combinación química compleja, que asombra, y hace admirar al hombre de ciencia, da hoy día resultado en la lucha contra las enfermedades?) la droga simple, bien elaborada y presentada, es tan buena y efectiva.

¿Por qué no quitarán esos señores que elaboran specific medicines, esa palabra "específicas"?

Guillermo E. Durón. ,

DEMENCIA SENIL TÍPICA

(*La Sem. Méd.*, 21 de septiembre de 1933.) — Conclusiones: 1. La demencia senil típica es una psicosis de la vejez. Comienza, término medio, a partir de los sesenta años. (Leri). Pero existen otras *formas atípicas*, como son la enfermedad de Alzheimer y la presbiofrenia de Kalha-baum Wernick, que estallan entre los cuarenta y ocho a los cincuenta ~* años (Lhermitte, -Claude).

2. Se calcula que sólo el 4 por 100 de los viejos sucumben en la demencia (Regis). El resto de los ancianos llegan a sexagenarios y octogenarios conservando la lucidez mental. Darwin y Kant produjeron obras maestras pasados los sesenta años. Platón, Kepler, Voltaire y Newton continuaron produciendo hasta más allá de los 80.

3. La etiopatogénesis es oscura. Nada se sabe en concreto. Se invocan como causas determinantes la *herencia*, *el terreno*, la *predisposición*; y como causas concurrentes el *alcohol*, la *sífilis*, los *traumatis-*

mos cefálicos las emociones violentas y la *fatiga intelectual* (surmenage). Klippel y su escuela preconizan que son las toxoinfecciones ocurridas durante los primeros meses de la vida intrauterina, las que preparan el terreno donde más tarde irrumpen las psicosis demenciales primitivas (demencia senil, demencia paralítica, demencia precoz')

Su patogénesis es más clara. Se supone que las diversas causas indicadas — incluso un trastorno del régimen adrenalínico — obran primeramente sobre los vasos arteriales engrosando sus paredes *y estrechando sus calibres (arteriosclerosis) y determinando, por contragolpe, la i remora de la circulación sanguínea en general y del encéfalo en particular, con los consiguientes desmedros intelectuales. Si i embargo, el hecho de existir mentes seniles sin arterioesclerosis (Alzheimer, Gauss, Lermite, Clase, etc.) deponen contra esta manera, de pensar. En rigor, tanto la etiología como su patogénesis parecen ser fenómenos

demasiado complejos para aspirar a explicarlos por hipótesis unilaterales.

4. Según la doctrina clásica i el criterio mayoritario de los escritores de hoy, toda la demencia senil, sea cual fuere su forma clínica, es esencialmente *primitiva*, por cuanto se presenta *d'emblé*, vale decir, sin hallar se precedida de ninguna otra psicosis anterior. Con todo, esta opinión no es unívoca. Existen voces decidentes. Entre nosotros, los profesores Rojas y Belbey pretenden que a veces la demencia senil es *secundaria*, es decir, tributaria de un estado anterior de alienación mental.

5. La demencia senil típica comparece ante el ojo clínico bajo *cuatro formas clínicas*: 1) forma simple; 2) forma maníaca; 3) forma melancólica; 4) forma confusional. Todo depende de la interpelación de episodios delirantes más o menos transitorios o duraderos en el curso de la enfermedad, episodios que contribuyen a desfigurar la fisonomía externa de la demencia, sin afectar su fondo. La *constitución* desempeña un papel prevalente en la genética de estas formas clínicas.

6. Cualesquiera de estas *cuatro formas clínicas* puede ir acompañada de síntomas neurológicos dependientes de lesiones focales localizadas en la corteza cerebral, diciéndose entonces que se trata de *formas complicadas* de senilidad. Así puede hablarse de una demencia senil *de forma simple*, con hemiplejía, monoplejía o paraplejía; de otra demencia senil *de forma maníaca*, con hemianopsia homónima

o" heterónoma; de un tercer demente senil *de forma melancólica*, con afasia total o parcial; y, por último, de un demente senil *de forma confusional*, portador de un síndrome pseudobulbar. El origen de estas *complicaciones* debe buscarse, como se desprende, en trastornos vasculares traducidos en el córtex por espasmos circulatorios, focos de resplandecimiento y aun hemorragias cerebrales. Es frecuente que tales *complicaciones* sobrevengan durante un curso más o menos, evolucionado de la demencia, pero no es insólito, ni con mucho, que ellas inauguren el derrumbe demencial, iniciándolo con un ictus apoplejiforme leve o intenso, único o repetido (Borda). más de las veces, del factor *edad*. Pero no siempre. Mujeres de cuarenta y cinco a cincuenta y cinco años que entraron en menopausa (Loewenfeld) suelen ostentar cuadros clínicos homólogos a los de una demencia senil inicial. Los distingos se hacen entonces insalvables. Sólo el tiempo y la evolución del proceso en litigio, trae, a la postre, el diagnóstico adecuado. También suele entorpecer el diagnóstico de senilidad la concurrencia de las llamadas parálisis generales tardías, que aparecen por encima de los sesenta años (Prof. Ameghino).

8. El pronóstico es siempre letal. No existe terapéutica para el demente senil, malogrados los esfuerzos de Steinach y Voronoff.

9. Su marcha es progresiva e irreversible. Cuando mucho, suele asistirse a períodos *deremisión*, con mejorías parciales de algunas actividades psíquicas. par-