

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.—Mayo 31 de 1934

SUMARIO:

Pág.

Página de la Dirección	385
Aorta y Sífilis, por el doctor Humberto Díaz	387
Un esquema original y unas ideas generales sobre Quiru-Terapia de la Tuberculosis Pulmonar, por Juan Marín	389
Juan J. Ortega, por el doctor R. D. Alduvín	391
El diagnóstico precoz del sexo en la especie humana, o sea el diagnóstico del sexo del niño durante su vida Intra-uterina, por el doctor Alfredo P. Giangioffe	393
Lucha contra las enfermedades venéreas, por el doctor Antonio Vidal	397
Historia y Etiología de la Gripe	401
Tratamiento del cáncer cutáneo (epitelioma), por el doctor H. H. Hazen	404
Domingo Rosa, por el doctor R. D. Alduvín	413
Baños intestinales	414
Traumatismo del Ojo, por el doctor S. Paredes P.	415
Hojeando Revistas, por el doctor Antonio Vidal	419
Daños y peligros de los purgantes usuales	422
Inscripciones para las jornadas médicas	425
Un caso de lepra nerviosa, por el doctor M. Cáceres Vijil	426
Revista Quirúrgica, por el doctor S. Paredes P.	427
Las nuevas ideas sobre la etiología, evolución y tratamiento de la enfermedad reumática, por el doctor González Suárez ..	432
Breves consideraciones acerca de las perforaciones del septum nasal y su tratamiento	437
La química orgánica base de industrias, por el doctor Guillermo E. Durón	442
Atenuación del dolor en el parto	444
Notas	445
La alimentación de los tuberculosos, por el doctor Jorge Orgaz	446

Miembros de la Asociación Médica Hondureña

SOCIOS HO_NORARIOS-

1 Dr. V. Mejía Colindres
2 Dr. Miguel Paz Baraona
3 Dr. José María Ochoa V.

Puerto Cortés
Washington
Comayagua

SOCIOS ACTIVOS "EN TEGUCIGALPA"

4 Dr. Camilo Figueroa
5 Dr. Salvador Paredes
6 Dr. Ramón Valladares
7 Dr. Antonio Vidal
8 Dr. Héctor Valenzuela
9 Dr. Tito López Pineda
10 Dr. Alfredo Sagastume
11 Dr. Marco D. Morales
12 Dr. Trinidad E. Mendoza
13 Dr. Manuel Larios C.
14 Dr. Julio Azpuru España
15 Dr. M. Castillo Barahona
16 Dr. Magín Herrera A.
17 Dr. José Manuel Dávila
18 Dr. Manuel G. Zúñiga
19 Dr. Romualdo B. Zepeda
20 Dr. Abelardo Pineda U.
21 Dr. Pastor Gómez h.
22 Dr. Isidoro Mejía h.

23 Dr. Ricardo D. Alduvin
24 Dr. José Jorge Callejas
25 Dr. Samuel Molina Gómez
26 Dr. Ernesto Argueta
27 Dr. Rubén Andino Aguilar
28 Dr. Humberto Díaz
29 Dr. Miguel A. Sánchez
30 Dr. Rafael Rivera L.
31 Dr. Gabriel R. Aguilar
32 Dr. Victor Manuel Velásquez
33 Dr. Francisco Sánchez U.
34 Dr. Eduardo R. Coello
35 Dr. Juan A. Mejía.
36 Dr. Justo Abarca h.
37 Dr. Manuel Cáceres Vijil
38 Dr. Guillermo E. Durón.
39 Dr. Fernando Marichal S.
40 Dr. Henry D. Guilbert
41 Dr. Roberto Lázarus

"Fu-era de Tegucigalpa"

1 Dr. Isidoro Acosta,
2 Dr. Pío Suárez,
3 Dr. Pompillo Romero,
4 Dr. Guadalupe Reyes,
5 Dr. José Martínez O.,
6 Dr. Presentación Centeno,
7 Dr. Román Bográn,
8 Dr. Manuel Morales,
9 Dr. Cornelio Moncada C.,
10 Dr. Rafael Martínez V.,
11 Dr. Juan V. Moncada,
12 Dr. Francisco A. Matute,

Progreso
Yoro
Olanchito
San Pedro Sula
San Pedro Sula
San Pedro Sula
Nueva York
San Pedro Sula
" " "
La Lima
La Celba
" "

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 Guillen Aguilar,	
19 Dr. Gustavo Boquín,	Comayagua
20 Dr. Dr. "Lorenzo Cervantes,	La Paz
21 Dr. J. Miguel Zacapa,	
22 Dr. Adán Bonilla Contreras,	Santa Rosa de Copan
23 Dr. "Rafael Muñoz Cabañas,	Matailaca (Gracias)
24 Dr. Luciano Milla Cisneros,	Guatemala
25 Dr. Ramón López Cobos,	Santa Rosa de Copan
26 Dr. Marco Antonio Rodríguez	
27 Dr. Domingo Rosa,	Ocotepeque. Ocotepeque Santa
28 -Dr. Virgilio Rodezno,	Bárbara Trinidad (Sta
29 Dr. Emigdio Mena,	Bárbara) Quiriguá (Rep. de
30 Dr. Guillermo Pineda,	Guatemala) Tela
31 Dr. Ricardo Aguilar,	
32 Dr. Arturo Zelaya Z.,	La Ceiba
33 Dr. J. Jesús Casco,	Choluteca
34 Dr. Gabriel A. Izaguirre,	San Pedro Sula
35 Dr. Manuel L. Aguilar,	
36 Dr. José Leonardo Godoy,	
37 Dr. J. Antonio Peraza,	Puerto Castilla ,
38 Dr. L. R. Fletcher,	París
39 Dr. Arístides Girón Aguilar,	Ocotepeque \
40 Dr. Francisco Valle M.,	Baltimore
41 Dr. Guillermo Bustillo Oliva,	Tela
42 Dr. Carlos Pinel h.,	Trujillo La
43 Dr. Ramón Reyes Ramírez,	Ceiba.
44 Dr. Emilio Gómez Rovelo,	Trujillo.
45 Dr. Roberto Gómez R.,	Tela.
46 Dr. E. A. Maure,	

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA 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 1 Tegucigalpa, Honduras, C. A., Mayo de 1934 | N° 43

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

En Mayo de 1932, "La Asociación Médica Hondureña.", ere sesión ordinaria acordó gestionar ante el Poder Ejecutivo, la creación de un pabellón para tuberculosos en el Hospital Generala

Una comisión nombrada al efecto trató con el Ministro de Gobernación Señor Sevilla y con el Presidente Doctor Mejia. Colindres, quienes, comprensivos y entusiastas, accedieron al instante y resolvieron apoyar decididamente la solicitud.

Por desgracia, la perversidad personificada en algunos individuos, sumada a la ignorancia de otros, levantaron una polvareda de insultos contra la Asociación calificándola hasta de criminal por tan insensata idea.

Nosotros mismos decidimos abstenemos, tomando en cuenta más que la maldad de los opositores, otras razones- de mayor peso que felizmente no eran de carácter científico.*

A pesar de, todo la idea en vez de enfriarse o morir ha ido tomando cuerpo y consistencia a medida que los días con su cruel enseñanza nos van mostrando el crecido y alarmante número de tuberculosos, diseminadores del germen fatal, que pululan por todas las ciudades y campos de la nación.

*Por eso y porque la Sociedad se ha impuesto el sagrado deber de contribuir al bienestar público, arrojando las dificultades;, infamias y denuestos presentables en el camino de sus empresas; sin miedo a nada ni a nadie, en la sesión del cinco de Mayo acordó de nuevo emprender trabajos afín de conseguir la construcción de dos pabellones para tuberculosos, uno para hombres y otro para mujeres en los extensos terrenos del Hospital General. Nombró una comisión de cinco individuos para formular un reporte sobre los medios más eficaces de llevar a la realización tan noble proyecta**

Esta comisión, dará su informe en Junio próximo.

Infantil sería tratar de convencer y hacer ambiente, en esta página editorial, dirigida al gremio médico de la República, a la idea enunciada. La opinión es unánime sobre la importancia y urgente necesidad de semejante obra.

Autores dramáticos debieran asomarse un día cualquiera al Hospital a ver salir \la caravana de tuberculosos botados a la calle, desilusionados, rabiosos y agonizantes, por el pecado de serlo. El reglamento prohíbe la admisión de esos desventurados sin poner remedio a la deficiencia.

Muchos podrían obtener gran beneficio de un tratamiento médico, del neumotórax o de cualquiera de las tantas operaciones que en estos últimos tiempos han invadido la terapéutica de la bacilosis pulmonar.

Otros encontrarían calmantes a su mal y cuando menos un lecho, medicinas;- alimentación y solícitos cuidados antes de morir.

Pero sobre todo ganaría la población sana evitándose del contagio siempre amenazante y ganaría la dignidad nacional despojándose de la vergüenza de exhibir por los ámbitos del país esas piltrafas humanas que cuando no inspiran conmiseración y lástima provocan asco y repugnancia.

Si la Asociación Médica Hondureña, pulsadora permanente de tanta miseria, no interpone su valioso contingente intelectual y sobre todo moral para remediar esa iniquidad, oprobiosa y cruel; si la sociedad no se aventura a cosechar ingratitudes, como en otras ocasiones, por sus actividades en favor de los desvalidos; si acobardados y temerosos por el qué dirán o porque en vez de éxito obtengamos un ruidoso fracazo en nuestras gestiones, entonces la Asociación no tiene razón de existir.

Pero no. Unidos, firmes, fuertes, fraternales y entusiastas estamos de pie frente al porvenir. Triunfaremos en nuestros intentos y veremos coronados nuestros anhelos porque ellos son el triunfo de la justicia, de la caridad y dé, la dignidad humana.

Por la prensa local estamos dispuestos a discutir todos los puntos que con relación al problema planteado se presenten, bien sea adversando, modificando o poniendo en duda la conveniencia del establecimiento en el Hospital General de pabellones para el tratamiento de tuberculosos.

Tegucigalpa, Mayo 8 de 1934.

AORTA Y SÍFILIS

Por el Dr. Humberto DÍAZ.

Bien sabido es, que en las lesiones médicas de las arterias la sífilis representa un factor etnológico de suma importancia. Durante el período terciario de esta enfermedad infecciosa es cuando se hace notar la acción nociva del *treponema pallidum* sobre las paredes vasculares; y muchas veces aún en el período secundario de esas sífilis llamadas malignas, es posible comprobar alteraciones en el sistema arterial, que recaen con muchísima frecuencia sobre la aorta, las coronarias o sobre las arterias cerebrales.

En el siguiente caso, que hemos tenido ocasión de observar hace poco en nuestro servicio hospitalario, en el cual se comprobaron no solo lesiones de aortitis sino que también de aneurisma incipiente, existe eⁿ precioso dato de accidente primario hace diez años. La síntesis de la observación clínica aludida es la siguiente: Enecón Ferrera, de 52 años, soltero, labrador, oriundo de Cedros, ingresa al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital San Felipe, el 12 de Abril de 1934, quejándose de PALPITACIONES EN EL PECHO.

ANAMNESIA PRÓXIMA. — Refiere el paciente que hace poco más o menos dos meses, con ocasión del esfuerzo que hizo al levantar un trozo de madera, experimentó un fuerte dolor en el lado derecho de la cara anterior del tórax, acompañado de

disnea y palpitaciones bastante intensas. Con ese cuadro sintomático permaneció por espacio de ocho días, notando que el dolor se le propagaba a veces a la región axilar derecha y a la totalidad del área precordial, acentuándose las molestias por el trabajo cotidiano. También notó que se le había formado una ligera tumoración pulsátil a la derecha del esternón. A los ocho días poco más o menos sus padecimientos disminuyeron de intensidad y así en ese estado hace su ingreso al hospital.

Anamnesia Lejana. — A la edad de ocho años padeció de sarampión, luego parotiditis, anginas, disentería etc. Hace diez años tuvo un chancro duro y algún tiempo después de este accidente, casi todo el cortejo sintomático del período secundario de la lúes. Con respecto a intoxicaciones encontramos únicamente el tabaquismo. Los demás antecedentes no tienen importancia.

Anamnesia Familiar.—Su madre murió de neumonía. Su padre fue alcohólico.

Estado General. — La expresión del semblante de nuestro paciente no tiene nada de particular, n excepción de un ligero edema de los párpados superiores. De carácter un poco irritable, de regular musculatura y panículo adiposo, no tiene una actitud determinada, pero sí manifiesta que se siente mejo*" en decúbito lateral izquierdo.

Presenta una cicatriz en la mano izquierda consecutiva a una herida contusa a consecuencia de la cual perdió el dedo índice

Estado Especial. — Aparato Cardiovascular: Por la **inspección** de la región precordial se nota que la punta del corazón late por fuera de la línea medioclavicular y al nivel del 59 - espacio intercostal, verificándose el choque en una superficie de regular extensión. Al ni-reí de la extremidad interna de los dos primeros espacios intercostales derechos, se observa una tumoración pulsátil, como de cuatro traveses de dedo de largo por tres de ancho. Por la percusión, se pone de manifiesto una área precordial muy aumentada, pues el borde derecho de la misma traspasa en dos traveses de dedo poco más o menos e. borde correspondiente del esternón afectando en este lugar la forma de una cimera de casco A la auscultación: soplo diastólico y soplo sistólico en los focos mitral y aórtico, en

el foco tricúspido soplo sitólico suave. Al nivel de la tumoración se escuecha con toda claridad un estremecimiento vibratorio (Thrill) y soplo diastólico. Al examen de las arterias se comprueba el isocronismo de ambos pulsos radiales y retardo entre estos y el sístole ventricular. El resto de la exploración no da nada de importancia.

Exámenes complementarios de gran valor en dicho caso fueron la serorreacción de Kahn, que resultó positiva más cuatro la radiografía cuya interpretación fue la siguiente: Aneurisma sacciforme de la aorta ascendente, que se extiende hacia la derecha a 10 cms. de la línea media; desviación de la tráquea hacia la derecha. Dilatación fusiforme de la aorta descendente, que alcanza iy_2 cms. en su diámetro más ancho. aumento de la sombra cardíaca.

Tegucigalpa, mayo de 1934.

Un esquema original y unas ideas generales sobre Quiro-Terapia de la Tuberculosis Pulmonar

Por JUAN MARÍN".
Cap. de Corbeta Cirujano.

EL ESQUEMA

- 1- Operaciones de resección; Neumectomía. Lobectomía. (Operación de Tuffier. Doyen, Stretton, Mac-Ewen).
- 2.—Operaciones de drenaje. Neumotomía. Pleurotomía. Abertura e inyección de substancias o preparados biológicos.
- 3.—Operaciones de colapso; Neumotorax (de Forlanini y Murphy). Frenicotomía (de Stuertz.) Frenicectomía (de Goetze y W. Félix.) Neurectomía intercostal (*de Alexander*). Resección de los escalenos. Toracoplastías.
 - a.) Parciales (apicectomías — Operación de Freund electivas, locales;
 - b) Totales (En un tiempo, en dos tiempos, en más tiempos Brauer. Sauerbruch, Boiffin;)
 - c) Pleuro-toracectomía, operación de Schede. Neumolosis (de los alemanes) o despegamiento pleuroparietal de Tuffier:
 - a.) Extrapleural con plómbaje substancias vivas, substancias muertas. Schlange, Bauer, sin plombaje;)
 - b) Intrapleura (a cielo abierto, a pleura cerrada. Operación de Jacobeus.)

LAS IDEAS GENERALES

1,—La cirugía de la tuberculosis pulmonar no es una cirugía exclusiva ni puede ser practicada por cualquier cirujano ni el cualquier Hospital.

2.—Exige, más que ninguna otra rama de la cirugía una colaboración íntima y permanente del Cirujano con el Tisiólogo y de ambos, con el Radiólogo.

3.—Exige, además al Cirujano un mínimum de conocimientos y cerca del desarrollo de la tuberculosis pulmonar en el hombre, sus formas, evolución y de nominación.

4.—En especial y *en* lo que a esto último se refiere, le obliga a conocer las "clasificaciones"¹ más en uso y las teorías patogénicas más en boga, para entender el lenguaje que hablan los tisiólogos. y que de no ser así le resultaría una especie efe clave ininteligible.

5.—Es también esta cirugía, la que más exige al paciente mismo, a la propia naturaleza - del enfermo, y en este sentido es una de las más limitadas/y modestas.

6.—En realidad ella simplemente tiende a ayudar al proceso curativo colocando los órganos enfermos en condiciones de que se defiendan mejor ellos mismos.

7.—Por esto debe practicarse, siempre que sea posible, en me-

dio sanatorial, es decir, en un medio óptimo defensivo.

8.—Por esto también es aplicable principalmente a las formas de tendencia fibrosa, es decir, a aquellas en las cuales ya el organismo mismo ha puesto una rúbrica de su curabilidad.

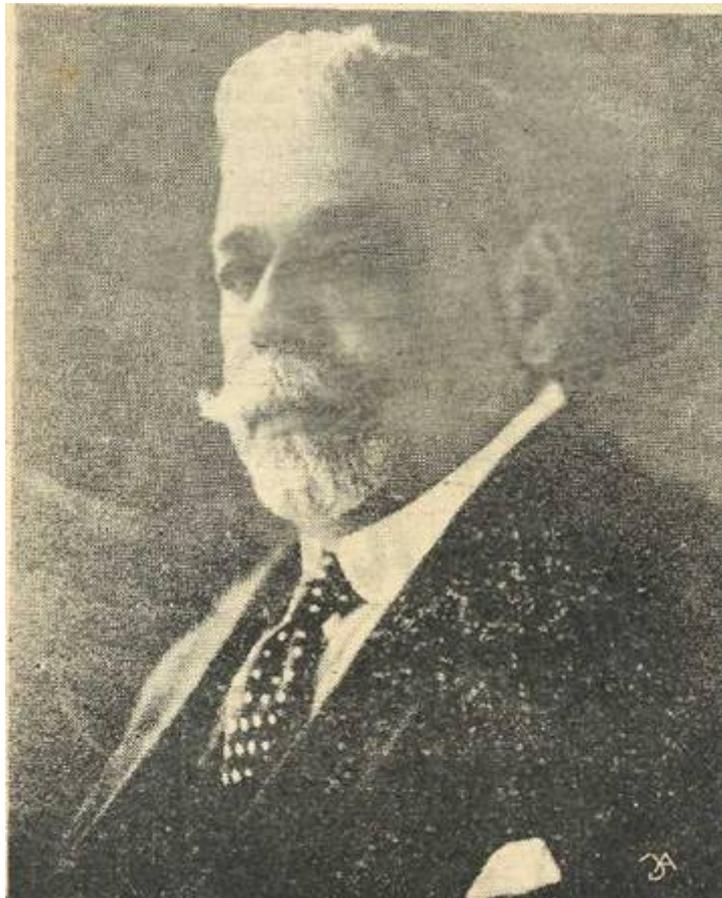
9.—Dumarest, en la introducción de su magnífico libro "La Practique du Pneumothorax et de la Collapsothérapie Chirurgicale", ha expuesto en forma admirable las condiciones en **que** le dan un carácter y una gravedad especialísima que no tiene en otros órganos como ser: huesos, ganglio, etc. Dichas condiciones se derivan de la estructura anatómica característica del tejido pulmonar y de su fisiología también única en la economía humana. Tal estructura y tal función hacen de este órgano una individualidad que por su movimiento permanente, por su irrigación sanguínea y linfática y por su contacto con el aire exterior al través de la vía bronquial, **recibirá** en forma peculiar al bacilo de

Koch y reaccionará también específicamente frente a él.

10.—Por otra parte su vulnerabilidad a la infección **secundaria** por la abertura de los focos tuberculosos hacia el exterior hará que bien pronto la lesión tuberculosa se infecte secundariamente y se constituya una "infección mixta" o "tuberculosis abierta" a lo que vulgarmente se llama "tisis".

11.—Esto por lo que se refiere a la lesión pulmonar misma. En cuanto a la pleura y las lesiones tuberculosas de ella, con mucha frecuencia subordinadas a lesiones pulmonares, vienen a **ensombrecer** muchísimo más el pronóstico de por sí sombrío de las formas puramente pulmonares y a comandar variaciones en el tratamiento que pueden o no coincidir con 3as indicaciones beneficiosas para el proceso **pulmonar**, pero que, en caso de diversidad, deben primar sobre esta? ultimas.

(Revista de Sanidad Naval, chita.)



JUAN J. ORTEGA

Acaba de morir en Guatemala, el más antiguo y más grande de los médicos centroamericanos, el doctor don Juan J. Ortega.

La juventud centroamericana toda y muy especialmente la juventud hondureña tienen una deuda imperecedera con aquel gran precursor que le marco a

la Ciencia Médica nuevos rumbos, en nuestros países.

Sabio Médico, magnánimo Profesor, amigo cordial, el Doctor Ortega conquistó una posición envidiable y si no se hubiera hundido en los abismos tan oscuros de nuestra política pavorosa, que lo separó por muchos años de su ciencia que tan-

to amaba "y que le restó muchas admiraciones sinceras, hubiera jasado a la historia nuestra tan escasa, de "valores positivos como un "hombre símbolo.

P.63T3 a 'pesar de todo el doctor Ortega permanece en pié como la más alta, cumbre de la ciencia centroamericana de su tiempo, como el Maestro amado y **respetado** y como el amigo amplio y cordial que supo imponer-

se enel corazón de casi todos los de su época.

El doctor Ortega muere a una edad muy avanzada acariciado por la admiración y la gratitud de todos sus alumnos de Centro América que desde hace muchos irnos le temamos levantado un monumento en nuestro corazón.

R. D. ALDÜVIN.

El diagnóstico precoz del sexo en la especie humana, o sea el diagnóstico del sexo del niño durante su vida intra-uterina

Por el Dr. Alfredo P. Giangioffe

Adscripto a la Cátedra de Clínica Obstétrica. — Autor del procedimiento y descubridor del reactivo

La solución de este intrincado y debatido problema ha movido a un sinnúmero de investigadores en el mundo entero, desde hace muchos años; sin embargo, no por eso he creído oportuno abandonar el estudio de tan importante tópico.

Felizmente las investigaciones últimas me han dado un resultado muy satisfactorio, por lo que creo haber aclarado el misterio de conocer el sexo de un niño dentro del seno materno.

Por el momento seré breve y concreto, esperando que la experiencia documente mejor. Se trata de lo siguiente

Mediante una reacción biológica (intradermoreacción) practicada en la mujer embarazada con un preparado especial basado en una teoría también personal, he conseguido diagnosticar el sexo del niño mucho tiempo antes de nacer en 21 embarazadas, *sin ningún fracaso*; lo que hace suponer (dentro de lo biológico) que debe corroborarse en el resto.

Como corolario de mis experiencias se desprende la posibilidad de poder alcanzar a voluntad, tener todos hijos varones o mujeres.

Las experiencias hechas en la Maternidad y bajo el control de un grupo de colegas, a fin de darle el valor y seriedad científica que requiere, han alcanzado el siguiente resultado:

De las 9 mujeres embarazadas experimentadas en el hospital, he obtenido en siete reacción positiva y en dos reacción negativa.

Según la teoría, las reacciones positivas corresponden a las mujeres portadoras de un niño varón y las negativas a un niño mujer,

El parto ha confirmado la forma terminante en los 9 casos el diagnóstico predicho.

Las otras doce embarazadas corresponden a mujeres de la clientela particular, en quienes he practicado el aborto terapéutico, previa reacción, al mes y medio, dos y dos meses y medio del embarazo.

La razón del por qué estas doce últimas experiencias no las he documentado en el hospital obedece a causas ajenas a mi voluntad.

En estas mujeres he obtenido cuatro reacciones negativas y ocho positivas. El aborto, practicado a los tres; meses del em-

barazo confirmó igualmente el diagnóstico predicho ().

Las embarazadas normales, pertenecientes a la Maternidad, son las que a continuación figuras con sus correspondientes historias clínicas y en quienes les practiqué la reacción a los ocho meses a 6 y de término a 3.

Figuran expuestas según el orden de nacimiento de los niños.

Historia clínica 672. Año 1933. S. M. de G. Reacción positiva, ¿varón? Nació varón el 17 de agosto.

Historia Clínica 676. Año 1933. S. F. ÚB P. Reacción positiva, ¿varón? Nació varón el 29 de agosto.

Historia clínica 649. Año 1933. S. M. de G. Reacción negativa, ¿varon? Nació mujer el 29 de -Agosta.

Historia Puntea 780. Año 1933. R. B. Reacción negativa, ¿mujer? Nació mujer el 31 de agosto.

Historia clínica 780. Año 1933. C. R. de A. Reacción positiva, ¿varón? "Nació varón el 6 de septiembre.

Historia clínica 739. Año 1933. D. C. DE K. Reacción positiva, ¿varon? Nació varón el 6 de septiembre.

Historia clínica 657. Año 1933. D. L. de S. Reacción positiva, ¿varon? Nació el 9 de septiembre.

Historia clínica 828. Año 1933. M. L de P. -Reacción positiva, ¿-sarán? Nació varón el 28 de Octubre.

XA TEORÍA

"Basado -en conceptos biológicos que he de emitir en un tra-

bajo más amplio, alcancé-a formular la siguiente teoría;

Creo que el organismo de la mujer durante el período de la vida en que se encuentra en condiciones de ser madre, pasa por estados humorales *que* llamo de *varonilidad* y de *femini- lidad*; estados que reflejan un equilibrio humoral, físico-químico-biológico, regido por leyes ligadas a la esencia íntima de la vida.

Leyes semejantes a las que rigen el volumen, forma y tamaño de los órganos y organismos. Estos estados humorales pueden sucederse alternativamente o mantenerse por períodos más o menos largos, según la intervención e influencia de factores intrínsecos o extrínsecos.. como consecuencia de la aparición de estos estados humorales se establece que el encargado de engendrar el sexo sería el organismo materno de cuyo óvulo fecundo saldría un fruto de sexo concordante con el estado humoral por el que está atravesando el organismo de la mujer en el momento de quedar fecundado.

Este concepto es el que me ha inducido a investigar en la madre las causas del sexo.

LA REACCIÓN

La reacción biológica que practico para diagnosticar el sexo es una *intradermoreación* y que por razones de comodidad utilizo la piel de la región del-toida.

Inyecto en esta región, en dos puntos distintos; como indica la figura 1. y separados por una

Distancia de unos tres centímetros, la cantidad de medio centímetro cúbico de la substancia reactivo, provocando así la formación de una pápula, característica en todas las inyecciones intradérmicas.

24 horas después examino el sitio de la inyección. Si aparece una mancha congestionada (mácula) o una pápula, o una máculopápula, la reacción es de resultado positivo; y si el sitio de la inyección presenta el aspecto normal, igual al resto de la piel de la región, la reacción es negativa.

Las reacciones positivas aparecen en las mujeres portadoras de un niño (feto o embrión) de sexo masculino y las reacciones negativas en las portadoras de un niño de sexo femenino. Si a las 24 horas el resultado es dudoso, se vuelve a observar a las 48, y si continúa la duda se practica de nuevo la reacción a los *r: j* días.

LA SUBSTANCIA EMPLEADA COMO REACTIVO

En cuanto a la substancia empleada como reactiva repito que, después de haber consultado la bibliografía universal que haya podido llegar a mis manos sobre el tópico, considero ser el primero que utiliza tal substancia en el campo de la medicina con ese objeto y según el procedimiento aludido.

Utilizo como substancia reactivo el *Extracte- hidroglicérico de testículo de feto humano o de niño muerto al nacer*. Indudablemente que en todos los casos se trata de fetos muertos,

pero donde la causa de la muerte no de origen infectocontagioso. Por otra parte, no por que el producto a inocular se esteriliza conveniente mentes

La preparación del extracto, debe ser hecha por manos experimentadas a fin de garantizar tanto su conservación como su eficacia, evitando así errores atribuibles a la preparación y no al procedimiento.

En medicina veterinaria, en las especies monóparas: vacas, caballos, etc.. etc., se emplearía el Extracto hidroglicérico de testículo de feto o recién nacido, de la especie animal correspondiente a la que se investiga.

* CONCLUSIONES

El presente trabajo, que considero un descubrimiento *útil* e importante, es el fruto de la experimentación personal. He consultado al respecto la bibliografía universal, que haya podido llegar a mis manos, sobre el tópico, y no he hallado nada igual.

Basado en los resultados obtenidos hasta el presente, creo haber aclarado la posibilidad de conocer el sexo del niño en el seno materno sea en su período embrionario o fetal.

Las ventajas que se pueden desprender, son múltiples *j de* todo orden, tanto para la sociedad como para el estado.

El obtener a voluntad, todos hijos varones o mujeres,-es con esto posible, especialmente en los países en que el aborto voluntario durante los primeros meses, está autorizado por la

ley, en el período de la postguerra, etc., etc.

La aplicación de estas experiencias en la ganadería de raza podría también prodigar grandes ventajas económicas, comerciales, etc., etc. En estos u. omentos he dado comienzo a estos estudios, claro está, siempre tratándose de animales monoparos.

Algunas consideraciones: Si bien es cierto que el número de mujeres **embarazados**, experimentadas hasta el presente es reducido (21), creo **indiscutiblemente** en la existencia de un principio biológico que rige el fenómeno de la reacción aludida y considero excluida la **intervención** de la casualidad.

La premura por dejar establecida la primacía hace que no Laya reunido un—mayor número, aunque también se chocan algunos inconvenientes importantes para la preparación de la substancia reactivo.

Según la teoría expuesta, lo que se investiga en el organismo

de la mujer, es el estado humoral (varonilidad o feminidad).

En la mujer embarazada, el estado humoral delata el sexo del fruto de la concepción. Esto es lo que hasta el presente considero haber corroborado prácticamente, siempre basado en los 21 casos.

Ahora bien, las investigaciones que en estos momentos estoy haciendo, aplicando la misma sustancia reactivo, tiende a procurar demostrar *si existen o no* esos estados humorales en la mujer antes del **embarazo**, como **son** concebidos teóricamente.

El embarazo múltiple es anormal, puesto que la mujer normal es monópara. Sin embargo, dentro del criterio sostenido, se debe considerar como fruto de estados humorales interferencia es provocados por **taras o** como **fruto** de la rápida sucesión de esos estados humorales provocados por las mismas causas.

(Revista Medica Latino Americana.)

Lucha contra las enfermedades venéreas

Emprender activamente una campaña contra las enfermedades venéreas, es un problema tan importante en estos momentos, como son, la paz pública, el ferrocarril interoceánico ó el desarrollo de nuestras actividades agrícolas o mineras.

Es desesperante el número de individuos que adolecen de estas enfermedades, sobre todo en nuestra región del Norte, Tegucigalpa y algunas otras poblaciones de importancia, a tal grado que si no ponemos dique a este mal, pronto nos veremos agobiados por una ola inmensa de lisiados, y como de la buena salud de esos individuos depende las generaciones futuras, asimismo la marcha normal-y el desarrollo gradual de todas las energías del Estado, para que estas alcancen el benéfico fin apetecido, es necesario luchar por la salud de todo el conglomerado social en todas las esferas sanitarias y principalmente en la resolución de este problema.

En nuestro medio ambiente existe, pudiéramos decir, una indiferencia tan marcada hacía el peligro venéreo, que se consulta al médico ya muy tarde, cuando el mal está muy avanzado o se ha desmenado de una manera escandalosa. Es frecuente oír decir en los corrillos, que o es hombre aquel que no haya adolecido alguna vez de blenorragia.

Por otra parte la prostitución clandestina abunda a tal grado, que en una población como Te-

gucigalpa, que tiene cerca de 30,000 habitantes, el número de prostitutas inscritas por la Autoridad respectiva es reducidísimo en comparación de las que se sabe que ejercen tan bajo oficio, porque las autoridades no pueden comprobarles el ejercicio ilícito de su profesión, por múltiples causas que no puedo mencionar aquí.

Las leyes sanitarias que nos rigen actualmente estatuyen la reglamentación de la prostitución, reglamentación que nunca se ha llevado a la práctica como se debe, por falta de obediencia, apoyo y respeto a las autoridades sanitarias.

La reglamentación de la prostitución existe en otros países, más avanzados que el nuestro, - tales como Francia y en algunos otros las leyes estatuyen su persecución.

En los países donde la prostitución se persigue, los estudios estadísticos han llegado a comprobar de una manera indiscutible, una disminución considerable de las enfermedades venéreas.

Debería estatuirse en nuestro Código Sanitario, cuyo proyecto aún se discute en el Congreso, la persecución de la prostitución.

Al referirme a la persecución de la prostitución en general, incluyo no sólo a las mujeres sino también a los hombres, que son los principales transmisores y los mayores responsables de la propagación de estas enfermedades. El hombre *siempre sabe*, dice el Doctor Razetti, que está

enfermo y sin ningún escrúpulo infecta una o más mujeres; la mujer casi *nunca sabe* que está enferma. Son los hombres y : o las mujeres los grandes responsables de la propagación de las enfermedades venéreas en el mundo y es contra ellos en primer término que debe dirigirse esta lucha redentora. Basta pensar, agrega el citado Doctor, que si los hombres enfermos se abstuvieran de mujeres, el número de las prostitutas enfermas disminuiría considerablemente y al fin hasta llegaría a extinguirse.

En la actualidad todos los habitantes, sensatos del mundo civilizado dice el cirujano C. C. Pierce, están muy interesados en la campaña que se viene haciendo contra la propagación de las enfermedades venéreas.

En esta lucha, podemos casi asegurarlo, sólo nosotros los hondureños en América, nos hemos quedado atrás. Sin recordar quizá que la blemorragia y la sífilis constituyen para el futuro de nuestra raza un doble peligro; la blenorragia como causa de ceguera y la sífilis como causa de degeneración y demencia y ambas como causas poderosas de impotencia y mala salud.

Debemos emprender cueste lo que cueste, una campaña enérgica contra estos males que están acabando de minar las pocas energías que nos restan después de tantas calamidades. Toquemos con nuestras palabras y con el ejemplo de nuestras actividades en contra de dichas enfermedades, la conciencia pública, interesando a los poderes del Estado, para que implanten

leyes ad-hoc y cooperen con su eficaz ayuda, en pro de estos desgraciados que gimen bajo el yugo ignominioso de tan vergonzosas enfermedades.

Lo primero que debe hacerse es decretar una ley que reglamente la colecta de fondos para emprender una activa campaña, pues sin una buena base económica ninguna actividad de esta clase puede desarrollarse.

Recolectados ya los fondos-recesarlos,, será menester despertar el debido interés entre los médicos y demás profesionales, en cuanto a la campaña. que debe hacerse contra las enfermedades venéreas.

Es necesario que nuestros médicos, dejando a un lado el interés personal y como un deber de conciencia, obliguen a todos sus clientes que adolezcan de sífilis o gonorrea, a someterse a un tratamiento suficientemente enérgico, a fin de cortar la propagación de estas enfermedades. Así mismo en ningún caso por complacencia otorgarán su permiso para casarse a individuos que no estén completamente sanos, antes bien me parece que dejando a ..n lado el llamado *secreto profesional, bien pudieran* denunciar a estos individuos a las autoridades sanitarias o a los jefes de familia de las personas con quienes pretenden contraer matrimonio.

En los casos de clientes pobres los remitirán a las clínicas-respectivas de las autoridades sanitarias, para que se les aplique el tratamiento debido.

Harán campana también, proporcionando consejos, explicaciones y folletos a todos sus clientes, donde se expliquen los peligros de las relaciones sexuales con prostitutas o mujeres sospechosas.

Como el tratamiento de la blenorragia y la sífilis es necesario prolongarlo durante largos períodos de tiempo y al mismo tiempo es **relativamente** caro, es necesario para las clases necesitadas, la apertura de clínicas, donde gratuitamente o por el precio de costo de las medicinas se les proporcione tratamiento eficaz y ordenado.

La eficacia de las clínicas venéreas, ha sido comprobada en todos los países donde han sido establecidas, especialmente **Estados Unidos**, donde el costo de tratamiento fue menos de dos dólares, en un 80% de clínicas

Estas clínicas, por supuesto, están en su mayor parte equipadas con todos los elementos necesarios. **En** ellas se practica corrientemente la reacción de Kahn y los exámenes microscópicos investigando el gonococo de Neisser y el bacilo de Ducrey. Las anteriores medidas pudiéramos llamarlas curativas, pues existen otras de índole preventiva. Estas son:

Medidas legislativas. Estas medidas consisten en la aprobación de leyes encaminadas a **combatir** y disminuir las enfermedades venéreas, tales como leyes que prohíben contraer **matrimonio** a personas que adolezcan **enfermedades** venéreas, prohibición de anuncios de medicinas de patente para la curación de estas enfermedades, uso

de automóviles de alquiler, salones de baile, hoteles, etc., utilizados para los fines de la prostitución y finalmente leyes que prohíban o supriman la prostitución pública, la cual tiene siempre por objeto la especulación y como ya dije anteriormente es el foco más importante de la propagación de las **enfermedades** venéreas.

Propaganda educacional. —

Tiene por objeto llamar la atención del público hacia los hechos relativos a las enfermedades venéreas, los peligros que ellas ofrecen, y la necesidad de obtener un pronto y eficaz tratamiento, así como la debida instrucción sexual que los padres y maestros deben darles a los **niños**, desde el hogar y la escuela hasta las aulas universitarias.

El **programa** cié este punto comprende la publicación y distribución gratis de folletos que traten de la educación sexual, así como de higiene y consejos a las personas que por **desgracia** e-ten infectadas"de enfermedades venéreas. Colocación de carteles y anuncios en la^{*1}, estaciones, carros de ferrocarril y lugares públicos. En estos carteles debe dar consejo a los que adolecen de estas enfermedades, **induciéndolos** a consultar al médico.

También la exhibición de películas de carácter puramente sanitario, conferencias y artículos en la prensa, constituyen otros tantos puntos de capital importancia en esta clase de propagandas.

En las escuelas superiores y en los hogares al llegar los ni-

ños a una edad conveniente, tanto los maestros **como** los padres de familia deberían enseñar a sus alumnos, las reglas más necesarias de la higiene sexual, así como instruirlos y advertirlos de los peligros de contraer las enfermedades venéreas.

Es un pudor mal entendido, un prejuicio de antaño, hasta cierto punto una dañina ridiculez, el ocultar a los niños las verdades del sexo y de la higiene sexual, que tarde o temprano tendrán que saber y cuya **adquisición**, por culpa de la mala educación que sus padres o **maestros** les dieron, será la causa de los fracasos y de la pérdida de la salud, tesoro que todos debemos a toda costa economizar.

Es un hecho comprobado en los Laboratorios, que la Spirocheta de la sífilis y el gonococo de Neisser. no resisten, casi en iguales condiciones a lo,; que existen en el coito, a los desinfectantes usuales.

La observación anterior nos hace comprender que si **un** hombre después de la exposición, es «completa y prontamente desinfectado por medio de los desinfectante.-, de fuerza y naturaleza apropiados, corre poco riesgo de infección. El riesgo de fracaso, sin embargo, aumenta rápidamente a menudo que es mayor el intervalo entre la ..exposición y la aplicación de desinfectantes y la conclusión parece ser que en la sífilis esta desinfección tal como se ha mencionado anteriormente tendrá éxito *en* el termine de una hora y que en la gonorrea tiene

probabilidades de éxito después de *MU* intervalo más largo.

En cuanto a esto **desinfección**. puede hacerse por sí mismo o por **una** persona experta, sin embargo debemos convenir en las dificultades que se presentan para practicarla, dado el caso que la infección acontece principalmente baje condiciones en que la **desinfección** inmediata es difícil o **cuando puede** llevarse solamente a cabo es con una gran desventaja.

CONCLUSIONES

La piedra **angular** de toda lucha contra las enfermedades venéreas debe fundarse en el tratamiento, el cual a su **ve?** estará fundado en estos principios:

1?—Persecución de la prostitución como un peligro para la comunidad.

2?—Curación a todos los **enfermos** de males venéreos, hombres o mujeres, *por. bien o por la fuerza.*

3?—Educación sexual en el hogar, la escuela y la universidad.

4°—Fundación de obras de verdadera solidaridad social

Para emprender una **campaña** en toda forma contra las enfermedades **venéreas** y fundados en los principios anteriormente enumerados, debemos como los ha formulado el Doctor Razetti y otros especialistas:

29—Reconocer que las enfermedades venéreas, **constituyen** un peligro para la colectividad en el presente y en el **porvenir.**

2°—Considerar la prostitución como un peligro social y autorizar a las autoridades sanitarias y policiales para reprimirla.

3°—Considerar como punible el hecho de que un contagio, hombre o mujer, a sabiendas exponga a otra persona al contagio.

4°—Establecer dispensarios gratuitos para la curación exclusiva de las enfermedades venéreas.

5°—Prohibir la venta de específicos sin la receta del médico y obligar a, los farmacéuticos a rendir cuenta de la venta de estos remedios.

6°—Facilitar a las autoridades sanitarias para examinar a los contagiosos y sospechosos, atendiendo por supuesto a los derechos inalienables de los ciudadanos.

7°—Establecer el tratamiento obligatorio de los enfermos. Efectos de sífilis y blenorragia.

8°—Establecer casas de corrección para menores que estén dedicadas a la prostitución o a punto de prostituirse.

9°—Castigar con penas muy severas el proxenelismo lo mismo que el onanismo y la homosexualidad.

10.—Exigir el certificado d' salud para poder contraer matrimonio.

11.—Establecer clases de educación sexual, en las escuelas colegios, universidades, etc.; y fundar centros de conferencias populares contra las enfermedades venéreas y el alcoholismo.

12.—Patrocinar la fundación; el sostenimiento de sociedades protectoras del trabajo de la mujer, y toda obra de solidaridad social que tienda a la rehabilitación de la mujer.

ANTONIO VIDAL.

Tegucigalpa, Mayo 1G de 1934.

Historia y Etiología de la Gripe

F. HODER: *Historia y etilogia de la gripe*. — (Medizinische Welt, 7 de enero de 1933). —Esta enfermedad tiene caracteres clínicos poco definidos y es quizá — la más ampliamente difundida. Tomó el nombre de *influenza* en 1743, por dominar la enfermedad de que era debida a la influencia ejercida por el frío y las variaciones atmosféricas. Los franceses le dieron el nombre de *grippe*, y en la pandemia de 1918-1919 se le dominó *española*, porque se creyó que los pri-

meros focos se registraron en España, desde donde la infección se difundió por todo el mundo. Sin embargo, en enero y febrero de 1918 se hallaba muy extendida por América, y por China en marzo del mismo año.

La pandemia de 1918-1919 fue una de las más importantes por la difusión y gravedad de los casos. Se calcula que atacó a la mitad del género humano, sirviendo para contar los casos muy ligeros y los no observados se destacó el carácter de gravedad debido a

las complicaciones, la más frecuente de las cuales fue la neumonía. En América se observó la neumonía en 11.7 por 100 de los casos, con una mortalidad del 25,5 por 100 de los complicados con dicha localización. La gripe no está ligada a clima y estaciones. Ataca todas las razas y con la misma intensidad.

La extensión *de la epidemia* es muy rápida, favorecida por el breve período de **incubación**, que se calcula **dura** sólo pocas horas, como máximo algunos días. Esto depende de que el virus infectante ha adquirido gran concentración y se multiplica rápidamente en el organismo. El contagio se efectúa directamente del hombre a la mujer. El bacilo de la gripe es poco resistente: fuera del organismo muere rápidamente. El material infeccioso, lo emite el enfermo con las gotitas expulsadas con la tos, con el estornudo, con los suspiros y hasta al **hablar** y de este modo es inspirado y depositado en las mucosas del hombre sano. Es indudable que el contagio es **facilitado** por la aglomeración en *les* teatros, en las reuniones, en las escuelas y en las iglesias. El contagio indirecto por medio de objetos infectados, como vasos, pañuelos de bolsillo, etc., apenas tienen importancia; está del todo excluida la posibilidad de la transmisión a grandes distancias por medio del agua o del aire o del contagio indirecto por medio de los animales, debe admitirse que en una gran epidemia son en gran número los portadores de los bacilos en-

tre sanos. Tiene gran importancia para el desarrollo del contagio y el curso de la enfermedad el estado de resistencia, que depende en gran parte del ambiente *Ce* vida y de condición social. Véanse a el propósito las cifras de la mortalidad por gripe en Bombay durante la última gran pandemia, en la que fallecieron el 61,6 por 100 en las clases bajas sociales indias, e' 18,9 por 100 en los indios de clases superiores, el 19.2 por 100 en los mahometanos, el 9 por 100 en los parias, y solamente el 8AJ por 100 en los europeos.

Sydenstricker en América en la misma epidemia de 1918 encontró que de 10,000 personas enfermaron el 25,2 por 100 en I-; clase acomodada, el 27 por 100 en los individuos; de clases medias, el 32 por 100 de los pobres y el 36.4 por 100 en los muy pobres.

Pransnitz en la epidemia de febrero-marzo de 1932 en Breslavia observe que el contagio se extendió con gran facilidad; gravedad en las escuelas a las que asistían niños cuyas familias se encontraban sin trabajo.

No puede negarse que la enfermedad confiere cierta inmunidad, pues, en efecto, son raros los casos de reinfección durante la misma dolencia; pero no es menos cierto que tal inmunidad no es permanente. Lishenstein, de 357 enfermos de gripe en 1927 encontró que 149 habían padecido en la pandemia de 1918-1919. Y en los varios pacientes no se advirtió diferencia alguna en cuanto a mortalidad y a las complicaciones en comparación con las

formas de la primera enfermedad.

No está aun resuelta de modo seguro la cuestión de la etiología de la gripe. La más extendida es la opinión de los que sostienen que el agente patógeno es el bacilo de Pfeiffer. Numerosas investigaciones han establecido que este **microorganismo** no es ubicuario. Se encuentra siempre en los enfermos y a menudo hasta en los sanos durante la epidemia y **ajando** ésta cesa es más raro encontrarle.

Para explicar la relación entre una y otra epidemia se admite que hasta en los periodos de intervalo el bacilo es saprofitario para adquirir **periódicamente** extremada virulencia.

Los animales de laboratorio comunes, no se prestan para el estudio de la infección gripal, porque no son susceptibles. Los simios en los cuales la enfermedad se manifiesta espontáneamente en formas semejantes a las del hombre no se prestan tampoco a los experimentos.

Se han **provocado repetida**, veces infecciones experimentales con cultivo de bacilos de Pfeiffer y se **han** obtenido formas morbosas análogas a las que se observan en la práctica común.

Incluso algunos autores han obtenido reacciones "suerológicas" positivas, pero se trata de fenómenos que no son constantes, a juzgar por los resultados negativos conseguidos por otros autores.

Se han **efectuado** ensayos de inmunización activa por medio de cultivos puros de bacilos de

Pfeiffer. Duval y Harris encontraron que la proporción de morbosidad es mucho más baja en los vacunados.

Stolenberg obtuvo mejores resultados con una vacuna mixta obtenida con varios microorganismos (neumococos, **estafilococos**, bacilos de Pfeiffer, diplococos, neumobacilos, estreptococos.)

La importancia etiológica del bacilo de Pfeiffer no es generalmente admitida, y hasta algunos autores la niegan.

Sahli y otros autores piensan en un virus completo, en el cual el bacilo de la gripe se convierte en patógeno sólo cuando su acción es aumentada y exaltada por **otros** microorganismos. Otros sostienen que el agente etiológico de la gripe pertenece a *les* virus microscópicos. Atribuyese gran importancia a las *bacterias neumosintas* de Plitzky y Gates, quienes en el filtrado del agua del lavado de la nazo-faringe de enfermos en las primeras 24 o cuarenta y ocho horas, encontraron un virus que, inyectado en la tráquea de conejos, se muestra claramente patógeno con fiebre y manifestaciones hemorrágicas y edematosas pulmonares. La infección puede transmitirse de conejo a conejo. El virus es cultivable y entonces en el microscopio se presenta en forma de *coccus*. Es débilmente aglutinable por el suero de enfermos, en los cuales por otra parte no es tan fácilmente demostrable como el bacilo de Pfeiffer.

La tendencia que prevalece **actualmente** es la que atribuye la gripe a una infección mixta. Un virus específico, abrirá el **canal-**

no a varios gérmenes secundarios que intervienen en gran manera para determinar y condicionar las manifestaciones morbosas. Tanto la variedad de los

casos, como el curso de las epidemias, vendrían en apoyo de esta opinión. *Ap. II Policlínico*, 20 de marzo de 1933.)

Tratamiento del Cáncer Cutáneo (Epitelioma)

Por el Dr. H. H. HAZEN.

Profesor de Dermatología y Sifilología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown. y Profesor de Dermatología de la Facultad médica de la Universidad de Howard, Washington,

Los cánceres cutáneos o epitelomas malignos, pueden dividirse en los siguientes grupos:

1 —Espinocelular (escamocelular), metastatizante.

(a) Grado I, poca malignidad

(b- Grado II malignidad moderada.

(c) Grado III, malignidad marcada.

2.—Basocelular, no metastatizante.

fa) Eczematoideo, en forma de placas, a menudo confundido con el cáncer de Bowen.

(b) De bordes enrollados.

(c) Ulcerado, superficial y profundo.

(d) Fungoso.

(e) Nodular profundo.

(f) Deprimido, parecido a cicatrices, a menudo confundido con la variedad siguiente:

(g) Morfeiforme.

(h) Cicatrizante.

(i) Tumores del borde ciliar.

3.—Mixto, o sean nidos de células espinosas en tumores de células basales.

41—Adenocarcinoma de las glándulas sudoríparas, que metastatizan tardíamente..

5. — Adenocarcinoma de las glándulas sebáceas, metastatizante.

6.—Intradérmico, con metástasis tardías.

(a) Enfermedad de Paget. bien mamaria o extramamaria.

(b) Cáncer de Bowen.

7. — Xeroderma pigmentoso. con metástasis.

8.—Melanoma derivado de nevos pigmentados, con metástasis tempranas.

En el tratamiento, hay que considerar las siguientes variedades:

1.—Prevención.

2.—Exiccion quirúrgica.

3.—Endoterapia quirúrgica (nlectrocoagulación.)

4.—Rayos X.

5.—Radio.

6.—Cáusticos.

7.—Una combinación de la cirugía, o la electrocoagulación, con la irradiación.

Visto que el cáncer suele suceder de anomalías conocidas de la piel, puede a menudo prevenirse extirpando prontamente las mismas. Las llamadas lesiones precancerosas son más peligrosas cuando se hallan e*>-

puestas a la irritación crónica,, pudiendo ser **clasificadas** así:

3.—Cicatrices debidas a **traumatismos quemaduras**, afecciones ulcerosas de la piel, tales como lupo vulgar, y radioterapia. Si cáncer que se forma en cualquiera de ellas suele ser **céluloespinoso**.

2.—Las queratosis seniles, en particular de la cara y manos, suelen deberse a la exposición excesiva al viento o al sol, mas no deben confundirse con las "verrugas seborreicas corrientes, que muy rara vez se vuelven malignas. Los cánceres de la cara son, por lo común **basocelulares**, y los de la mano **espinocelulares**.

3.—Los nevos, y en **particular** -los planos, sin vellos y escamosos, a veces terminan en tumores pigmentado/ muy malignos, las azules **también** son peligrosos.

Naturalmente, las cicatrices grandes, son difíciles de extirpar, pero no sucede así con las pequeñas. Las debidas a los rayos T. pueden frecuentemente ser eliminadas por medio de injertos cutáneos profundos. Toda cicatriz debe ser cuidadosamente vigilada, a fin, de destruir con la endotermia toda zona sospechosa.

Las queratosis seniles pueden ser eliminadas por medio de la cirugía, los rayos X. el radio o la electrocoagulación superficial. El resultado es magnífico.

A los nevos, probablemente es mejor tratarlos por medio de la electrocoagulación perfecta. Por desgracia, muchos patólogos recomiendan una excisión muy extensa, por asustarles la

aparición de un poco de pigmento. Esto, *de* paso, plantea el interesante problema filosófico de porqué tantos patólogos se consideran terapeutas magistrales. Hay que condenar en absoluto el tratamiento insuficiente, y métodos que consisten en *la* aplicación de ácido o de nieve carbónica, son por demás impropios.

Los admirables trabajos de los patólogos ya han demostrado que el estudio histológico puede servir para graduar o clasificar **la** malignidad de los cánceres **céluloespinosos**. Los tumores que revelan muchas perlas epiteliales y mucho tejido queratinizado no infiltran muy adentro, ni metastizan muy temprano. En cambio, las neoplasias de composición puramente **celular** son sumamente malignas. La "**Osificación** primitiva **comprendería** cuatro grupos, pero, en la actualidad, la tendencia es a **formar** únicamente tres. **Cirujanos** y roentgenólogos han entablado una batalla muy reñida en cuanto al relativo mérito de esos tratamientos, en particular en el cáncer de las mucosas, pero hasta ahora bien pocos han sido **los** conversos. La discusión apenas se ha extendido a la esfera de los tumores cutáneos.

En lo tocante al cáncer espinocelular de la piel, tienen aplicación las siguientes reglas, generales:

(1) La biopsia es necesaria para clasificar las formas de las lesiones, y es mejor hacerla con el bisturí endotérmico. El procedimiento ideal al realizar una biopsia por cáncer, es el siguiente: excindido todo el tumor con

el bisturí, se congelan trocillos inmediatamente y tiñen y examinan al microscopio, pudiendo entonces el cirujano extender el campo operatorio o cerrar la herida. Por desgracia, dicho método sólo resulta posible en un hospital bien montado. Fuera de ahí, los cirujanos tienen que contentarse, bien con extirpar toda la lesión y obtener y estudiar cortes, o con extirpar suficiente tejido para examen, electrocoagular la herida, y esperar a que llegue el informe del patólogo. Por desgracia, para la tranquilidad del cirujano y del enfermo, no es raro en TPO-do alguno que los patólogos discrepen en sus interpretaciones, y he ahí el único reparo que cabe ofrecer al diagnóstico inmediato con cortes congelador.

(2) Los tumores de la clase 1 metastatizan tan tardíamente e infiltran tan poco, que la mayoría de los incipientes pueden curarse permanentemente (por no menos de un período de cinco años) con la cirugía, la electrocoagulación o la radioterapia. Con cualquiera de dichos métodos es posible extirpar localmente lesiones bastante grandes. La verdadera dificultad consiste en cómo atender a los ganglios linfáticos, lo cual actualmente no es posible en más de 25 por ciento de los casos. Cada día existe más tendencias a utilizar implantes de radio en el ganglio afectado. Sin embargo, nuestros conocimientos de los formas de propagación del cáncer demuestran que, para la fecha en que puede palparse un

ganglio, ya suelen estar invadidos otros, y es casi imposible tratarlos todos. Donde se dispone de radio en abundancia, otro método popular consiste en el empleo de taponamientos de radio, utilizándose una gran cantidad de esta sustancia con filtros gruesos. La tendencia a emplear rayos X de alto voltaje no tiene mucho fundamento, pues los rayos del radio contienen ondas más cortas. La extirpación de los tumores locales con dosis cáusticas, bien de rayos X o radio no resulta, a ojos vista, tan buena como el empleo de la electrocoagulación siempre que puedan salvarse los órganos adyacentes, donde la cicatrización es rápida, y cuando no hay posibilidad de una radiodermatitis de tercer grado.

(3) Es probable que la combinación de la electrocirugía con la irradiación, rinda el mayor porcentaje de curaciones en los tumores locales grandes.

El segundo grupo de canceré? céloespinosos debe tratarse de acuerdo con los principios expuestos, pero, naturalmente, el porcentaje de curaciones no será tan elevado.

En el grupo 3 la mortalidad es elevadísima, sea cual fuere el método terapéutico utilizado, pues parece imposible precaver o curar las metástasis tempranas, aun extirpando con éxito el tumor local.

Con respecto a la patología de los tumores basocelulares, no hay acuerdo general. Krompecher opinaba que procedían de las células basales del retículo, pero para muchos, la mayoría se originan en los folículos pilosos,

no faltando quienes opinan que se derivan del anlage, según el concepto original de Cohnheim.

Como los tumores basocelulares no metastatizan, por lo menos, a menos que sean del tipo mixto, y aún entonces sólo después de transcurridos varios años, salta a la vista que el objetivo terapéutico es la destrucción local. Esta debe ser completa, pues las recurrencias son mucho más difíciles de atender que las lesiones primitivas. Recalquemos aquí que el cáncer célobasal, si afecta hueso o cartílago, o está incrustado en tejido picatricial, no puede ser tratado con éxito por los rayos X o el radio, a menos que se utilicen dosis cáusticas. También, debe recordarse siempre que los tumores que recurren después de la irradiación, por lo general, no pueden curarse con dicho elemento.

Las lesiones eczematoideas o en forma de placas, no son también conocidas como debieran serlo. Frecuentemente múltiples, cada lesión puede alcanzar un diámetro de 5 cm. o más, siendo más susceptibles de presentarse en personas de piel muy seca. Es importante tener presente que toda la lesión es maligna. La irradiación a dosis inocuas fracasa frecuentemente, de modo que nos vemos obligados a atenernos a la excisión o la electrocoagulación, seguida a veces de injertos cutáneos, en los grandes. Por tener un aspecto tan superficial es que los inexpertos se ven tentados a emplear una pasta cáustica en esas lesiones. Conviene, pues, aquí, dedicar alguna atención a

las llamadas pastas anticáncer, cuyos elementos suelen consistir bien en cloruro de cinc o en una sal arsenical. No cabe duda de que las mismas han curado muchos cánceres cutáneos, pero su empleo adolece de los siguientes reparos graves: primero, imposibilidad de obtener material patológico para estudio; segundo, el dolor ocasionado por espacio de varios días; y tercero, incapacidad para apreciar exactamente la profundidad de la destrucción. Por eso, resulta infinitamente mejor para el enfermo emplear la electrocoagulación, o el cauterio bajo anestesia.

El éter y el etileno no son anestésicos apropiados cuando se utilizan bien el cauterio o la electrocoagulación, pues han ocasionado más de una explosión. El empleo de un abanico eléctrico para alejar los vapores del campo de operaciones resulta de alguna utilidad, pero, seguramente, no debe confiarse en eso en las operaciones cerca de la cabeza o en la porción superior del cuerpo. Deben utilizarse, pues, la anestesia local, el bloqueo nervioso, o la raquianeste-

sia. En caso de apuro, se ha echado mano al cloroformo.

Los cánceres célulobasales corrientes de bordes enrollados, son comparativamente "fáciles de curar, si no radican en la oreja o párpado. Si el acceso es fácil, la excisión, abarcando un borde amplio, constituye un método rápido y casi seguro de eliminar el trastorno. En sitios como la nariz o el repliegue nasolabial, la electrocoagulación es preferible, y en el párpado u o-reja, resulta el único método práctico, a menos que el tumor sea muy superficial, en cuyo caso cabe emplear la irradiación.

La técnica de la electrocoagulación es la siguiente: se traza un círculo profundo alrededor de la lesión con el bisturí endotérmico, excindiéndose de preferencia con el mismo. De todos, modos, hay que guardar tejido para examen. Luego viene la coagulación, bien mono o bipolar, teniendo cuidado de socavar 'perfectamente los bordes. Hay que raspar todo tejido carbonizado, tocando la base ligeramente con la aguja. En casos en que se ha penetrado hasta el perioste, se han observado hemorra -

gias tardías. A medida que se desprende el tejido esfacelado, debe aplicarse un antiséptico suave a la herida. Los rayos X y el radio obtienen mas o menos el mismo porcentaje de curaciones. El empleo de aparatos de alto voltaje para tumores superficiales resulta innecesario; es más, del radio se obtienen con mayor facilidad ondas cortas. Es probable que el mayor porcentaje de curaciones corresponda a la electrocoagulación, seguida de los rayos X o el radio.

Las lesiones ulceradas pueden ser superficiales o profundas; si superficiales, pueden tratarse de acuerdo con los métodos descritos. Las profundas son propensas a mostrarse radiorresistentes, y si son grandes, no se prestan muy bien para la excisión. La electrocoagulación ofrece el mejor método de atacarlas y; a menudo, logra resultados sorprendentes.

Las lesiones fungosas, debido a su espesor, son difíciles de tratar con aparatos de voltaje relativamente bajo, a menos que se aplique a la superficie una dosis total de unas 6,000 R. Un método mejor consiste en la implantación de simientes de radio en la base de esas lesiones. La electrocoagulación es también muy satisfactoria.

Los nódulos profundos son los tumores más difíciles de tratar. En primer lugar, hay que determinar su patología. Si son basocelulares, un porcentaje sorprendente cederá a rayos de un voltaje por lo menos de 130, filtrados por no menos de 5 mm ce aluminio, o su equivalente.

En varios casos recientes, la combinación de electrocoagulación e irradiación ha obtenido curaciones de dos años, aunque, naturalmente, no se conoce todavía el resultado permanente.

El cáncer cicatricial deprimido es difícil diagnosticar, y también de tratar. Resulta difícil de diagnosticar, y también de tratar. Resulta difícil determinar los límites exactos, de modo que tanto la cirugía como la irradiación acaso resulten poco satisfactorias. El radio ha surtido muy buen efecto.

Los cánceres morfeiformes pueden tratarse precisamente lo mismo que las lesiones cicatriciales.

Los tumores cicatrizantes superficiales ceden tan bien a los rayos X, que no es necesario mencionar ningún otro método terapéutico.

Un cáncer célulobasal que se extiende por el borde de las pestañas puede ser primario del párpado o de la piel, bien en el canto interno o externo. Si se halla bien desarrollado, pueden utilizarse los rayos X o el radio, por lo común con magníficos resultados. Es mejor proteger la conjuntiva con una pantalla metálica. Esos tumores también pueden extirparse con perfecta seguridad por medio de la electrocoagulación, si se aleja suficientemente el párpado, y se cubre la conjuntiva con una compresa humedecida en suero fisiológico, o con el dedo del operador.

Por cáncer celular mixto, se sobrentiende la variedad que comienza como tumor célulobasal, sigue una evolución lenta

de repente reviste las propiedades malignas de la infiltración o de las metástasis. Un estudio histológico revela -que las células activas son espinosas. "Una investigación cuidadosa, que puede hacerse mejor por medio de cortes en serie del tumor activo,, pone de manifiesto que muchos cánceres célulobasales contienen en su interior pequeñas zonas de esta variedad mucho más maligna. Esos tumores deben ser tratados conforme a las reglas expuestas para los céluloespinosos.

Los adenocarcinomas de las glándulas sudoríparas, tomar; la forma de nódulos profundos por lo común situados en la cara. Por fortuna, no son de desarrollo rápido, ni forman metástasis por varios años. Sólo pueden ser diagnosticados por medio de

la biopsia. Los rayos X obtienen una regresión rápida, pero no siempre la curación permanente. Es tan escasa la literatura relativa a esos tumores, que no cabe mostrarse dogmático, pero la electrocoagulación parece ser la terapéutica más segura. No hay que confundir esas neoplasias con los siringodistoadenomas múltiples, que son benignos.

Los adenocarcinomas de las glándulas sebáceas son sumamente raros, habiéndose comunicado muy pocos casos. Al parecer, éstos forman metástasis tempranamente, y el desarrollo local es rápido. Deben ser tratados de acuerdo con las reglas para el grupo 3 de los tumores céluloespinosos.

La enfermedad de Paget de la mama, pasa, hoy día por ser

un cáncer **intradérmico**, derivado de la difusión (te un cáncer profundo por los conductos galactóforas, y de ahí que en los casos bien desarrollados haya que extirpar la mama En una gran proporción de los casos incipientes, la **roentgenoterapia** ha resultado curativa, pero hay que poner en duda el diagnóstico en algunos de ellos. No se conoce nada acerca de los efectos de la electrocoagulación en los mismos.

Los llamados casos de enfermedad de Paget **extramamaria**, al parecer, se originan en tumores malignos profundos. Se han descrito éxitos con la **excisión total**, la electrocoagulación y la irradiación, pero hasta la fecha no tenemos estadísticas en que basar la preferencia.

La enfermedad de Bowen es otra forma de cáncer intradérmico, que se origina en las terminaciones de los conductos sudoríparos, habiéndose observado en algunos casos degeneración a cáncer espino o basocelular típico. Como se recordará, en un caso puro de esa enfermedad existe una placa con varias queratosis prominentes que brotan de los bordes, o hasta del centro. Si se observa el tumor en ese período la excisión también debería resultar curativa. Se han (Comunicado curaciones con los rayos X y eiradio, pero en muchos casos se la confundido la verdadera enfermedad de **Bowen** con el cáncer ecematoideo.

El xeroderma pigmentoso hasta ahora ha resultado siempre letal. Sin embargo, hay varios casos descritos, en que se han

extirpado las queratosis con los rayos X o el radio con tal éxito, que se ha impedido la degeneración maligna por bastantes años. No hay motivos para que la electrocoagulación no resulte todavía mejor. Una vez sobrevinida la malignidad, los resultantes tumores espinocelulares **probablemente** se mostrarán muy resistentes a la irradiación, a menos que se utilice una dosis cáustica.

Los melanomas malignos han enredado a los patólogos en una contienda animada acerca de su origen, habiendo sido llamados carcomas, y carcinomas, y la última teoría es que proceden de las terminaciones nerviosas. No importa cuál sea su origen celular, derivase de los nevos azules, o de nevos no pilosos, escamosos, e intensamente pigmentados, y de varios tamaños. Como la irritación crónica parece desempeñar un gran papel en su desarrollo, parece manifiesto que lo más prudente es eliminar todos los expuestos a la misma, y eso se hace mejor por medio de la electrocoagulación. En su porcentaje elevado las metástasis se difunden desde muy temprano, y en esos casos nada puede lograr ningún tratamiento conocido. Sin embargo, en varios casos la propagación temprana es exclusivamente por la cadena linfática, y de quedar el tumor primario en un miembro, la amputación tal vez obtenga la curación. En otros casos, se ha comunicado que la radioterapia muy intensa ha conseguido muchas curaciones. Bajo ningún concepto detien cortarse o irritarse en for-

ma alguna esos tumores. Si va a probarse la cirugía, debe ser con el cauterio o la electrocoagulación, y comprender una zona ancha y profunda

Todas las estadísticas relativas a curaciones permanentes deben ser aceptadas como aproximadas, no absolutas. En la **terapéutica** y en la apreciación de los resultados, la ecuación personal desempeña un gran papel. Un buen cirujano puede obtener resultados mucho mejores que un mal roentgenólogo, y viceversa. Las cifras referentes a curaciones permanentes no pueden ser tomadas como definitivas, a menos que abarquen un período de cinco años. El exceso de entusiasmo todavía **impide** que los médicos reconozcan las recurrencias. Las siguientes estadísticas solo toman en cuenta el trabajo de individuos conocidos como **conservadores** y bien preparados cuyos resultados están disponibles para inspección.

Los resultados del tratamiento han sido aproximadamente como sigue:

. *Epitelioma espinocelular* (no "hay cifras separadas para las distintas formas) :

Del Boletín Sanitario Pan

	Por ciento
Rayos X. curaciones ..	40 a 50
Electrocoagulación y	
¡Rayos X, curaciones	75
'No hay cifras para los otros métodos de tratamiento.)	
<i>Cáncer basocelular:</i>	
Cirugía, casos seleccionados, curaciones	9J
Cirugía, no seleccionados, curaciones..	86
Puyos X, no seleccionados, curaciones..	92
R^yos X. no seleccionados, curaciones!..	85
R ^r .dio, casos seleccionados, curaciones..	93
Hadio. no seleccionados, curaciones..	86
Electrocoagulación e irradiación:	
Casos seleccionados, curaciones	99
Nn seleccionados	97.5
<i>Xcroderma pigmentoso:</i>	
Curaciones.....	0
.....	0
Melanomas	
Cirujía. cuaciones..	I
ppyos X curaciones..	

En cuanto a las otras formas de cáncer, las estadísticas disponibles no son aun suficientes para revestir valor permanente Americano.



DOMINGO ROSA

Acaba de morir violentamente en Ocotepeque el doctor don Domingo Rosa viejo amigo y compañero de estudios.

La noticia de su muerte pasará inadvertidamente para la mayoría de los hondureños. Se trataba de un hombre Humilde a quien la brutalidad ambiente se encargó de abrumar más aun, arrancándole a golpes de doler y de amargura los delicados perfiles que caracterizaban su espíritu.

En Guatemala hizo sus estudios profesionales dejando un recuerdo de estimación y de respeto entre sus compañeros. Y vino a su tierra para cosechar los frutos de su triunfo que el esperaba opimos y múltiples y

que resultaron raquíuticos y amargos.

Y su vida se extinguió en un lugar remoto sin haber podido darle a su país lo que el hubiera querido darle, lo que estuvo en capacidad de le, si la vida bárbara en que nos agitamos no le hubiera anulado los mejores esfuerzos de su juventud.

El Doctor Rosa fue uno más de, la larga lista de hombres útiles a quienes la vida nuestra a-B: quila y para quienes la mediocridad después de haberlos aniquilado no tiene más que un recuerdo de desdén y cuando más de conmisericordia.

R. D. ALDUVIN.

BAÑOS INTESTINALES

Baños intestinales. Los llamados baños intestinales se han generalizado en Alemania en los últimos años. El **procedimiento** consiste, como se sabe, en **hacer** pasar por el intestino grueso 20 a 40 litros de líquido, con ayuda de una cánula de doble corriente. Con algunos aparatos, el paciente encuentra dentro de un baño entero, con las paredes abdominales relajadas. Como todas las medidas terapéuticas resumidas por el público bajo el "Concepto de 'procedimiento de limpieza'", también con ésta se cometen abusos. Naturalmente, estos baños intestinales no están destinados solamente a la limpieza del intestino grueso, sino también tienen otros fines. Una parte de¹ líquido **introducido** es absorbida y vuelta a eliminar con mucha rapidez por **los** riñones, lo que permite tratar de esta manera con buenos resultados muchas enfermedades de las vías **urinarias descendentes**. También la región esplácnica reacciona a estos enemas, a la temperatura del cuerpo, a los que a veces se pueden añadir ciertos medicamentos lo que puede motivar fuertes ya naciones de la distribución de la sangre con disminución del

riego sanguíneo de diversas regiones periféricas. Esto va acompañado muchas veces de cierta sensación de fatiga, *etc.* Con lo expuesto, hemos señalado algunas de las pocas consecuencias de esta medida. Las posibilidades terapéuticas no se limitan, pues, al citado terreno de la limpieza interna, sino pueden abarcar asimismo muchos otros. Es de comprender que en **ciertos** casos se puedan producir trastornos, que estos baños encierren sus peligros, sobre todo en **los** hipertónicos y **cardíacos** (trátase de defectos valvulares o de trastornos del miocardio). Enfermos con alteraciones del metabolismo hidráulico, nefroescleróticos, **arterioescleróticos** casos de predisposición a los espasmos de cierta? regiones vasculares, *etc.*, sólo deberán someterse a este procedimiento, por cualquier **indicación**, bajo la más rigurosa vigilancia del médico. Naturalmente, tiene que ser conocido el estado de la función renal hay que tener presente que las del intestino grueso, de la pelvis menor por ejemplo procedentes de los genitales femeninos) o de procesos perigastríticos, perolecistíticos o peri-

tiflíticos pueden llegar bajo estos enemas a graves ataques de dolor, sino que por esta medida pueden entrar en fuerte estado de excitación. En los procesos ulcerosos del intestino grueso, sea cual fuere su etiología, es necesario proceder con la mayor prudencia. Fijamente son de citar los tipos constitucionales que a menudo precisamente por su **irregular** función intestinal y sus fenómenos vesicales y pelvianos de naturaleza constitucional forman un gran contingente de los lucientes tratados con estos la-

vados intestinales—me refiero a los asténicos psíquicos y físicos. Estos enfermos experimentan con los baños intestinales desvanecimientos, estados de colapso, prolongados espasmos intestinales o estados atónicos. Varios baños sucesivos a breves intervalos, pueden provocar molestias del corazón, etc. Conviene nuestra advertencia para evitar el descrédito de estos excelentes baños subacuales del intestino, aplicados con las medidas ordinarias o con el llamado Gymnakolon y aparatos análogos.

Traumatismos del Ojo

Contusiones y heridas de los párpados y de la órbita se presentan con frecuencia en la práctica de medicina general.

Las primeras de carácter vaginal, sin ninguna trascendencia, se manifiestan por dolor en el sitio donde fue recibido el golpe, más o menos extendido y equimosis. Estos fenómenos desaparecen en término de seis a diez días. Alarma muchas veces al paciente la presencia de una hermosa esquimosis subconjuntival parcial o total que no es sino la expansión de la sangre derramada al nivel del traumatismo bajo la conjuntiva.

También existen contusiones serias capaces de repercutir sobre el ojo y la visión sin haber tocado el órgano: son las acompañadas de fracturas de la ór-

bita que producen un gran hematoma lateral o retroocular, con desviación del ojo hacia un lado o bien con exoftalmia; compresión del nervio óptico y de la arteria y vena oftálmica.

Contusiones directas o indirectas sobre el globo ocular que dan lugar a ruptura del ojo, desprendimiento del cristalino, desprendimiento de la retina, hemorragia intraocular con pérdida casi instantánea de la visión.

Las heridas son de importancia mayor: heridas de los párpados, de la órbita, de las vías lagrimales, de la conjuntiva, de la cornea, heridas penetrantes a través de la cornea o de la esclerótica con lesión del iris, del cristalino, vitrio-coroides y retina o sin ellas.

El diagnóstico no es difícil. Las de la cornea son superficiales o profundas producidas generalmente por cuerpos extraños: limaduras de hierro que generalmente quedan prendidas.

Las penetrantes por la cornea se acompañan, por regla general, de hernia del iris y cuando son muy amplias de vaciamiento del ojo.

"El cristalino herido, fatalmente evoluciona hacia la catarata llamada traumática.

La complicación grave, como en todas las heridas penetrantes es, fuera de la hemorragia, la infección tanto más seria cuando el diagnóstico y tratamiento sea más tardío. Va desde la simple **conjuntivis** hasta la pta-
noptalmia.

Muy alarmante es también en los casos de fractura del seno frontal la infiltración aérea por los espacios celulosos periorbitales.

Expuestas ya las lesiones traumáticas de las partes blandas y duras de la cavidad orbitaria y del ojo veamos la conducta que debe observar el médico práctico:

Contusiones simples, sin herida, sin fractura: aplicación de lienzos húmedos lo más **caliente** y soportable durante dos o tres días y calmantes del dolor si es exagerado.

En las contusiones con fuerte hematoma puncionar este cuidadosamente con la punta de un cuchillo evacuarlo y aplicar.

Cuando hay fractura, previa radiografía, si hay fragmentos desprendidos que compriman el ojo, extraerlos, si no hay separación de fragmentos como en la contusión simple.

Las heridas de los párpados deben distinguirse para el tratamiento, en transversales, verticales y oblicuas, en super-

faciales y profundas con pérdidas de tejidos o sin ella, recientes o antiguas, infectadas o no. Todas esas condiciones deberán tomarse en cuenta para instituir la terapéutica. Seguir la regla general para curar los heridas teniendo presente' siempre los riesgos de la retracción palpebral que conducirán a permitir trastornos serios de la cornea, por su exposición a la **interperie**.

Suturar con hilo la herida reciente; inmovilizando el párpado.

Desinfectar las infectada⁵¹ y las antiguas asépticas suturarlas. Cuando hay pérdida de tejidos esperar que cicatrice y hacer « algún tiempo más tarde en buenas condiciones quirúrgicas una blefaroplastia.

Las heridas del globo más serias preocuparán al práctico sobremanera y no será sino a condición de haber hecho un diagnóstico correcto, **que** no le deje lugar a dudas, que impondrá un tratamiento.

Extraer los cuerpos, extraños superficiales previa antisepsia con una lanza especial o a falta de ella con un instrumento fino. Cuando el cuerpo extraño fuera una aguja o espina de fácil prehensión extraerla con cuidado f instituir inmediatamente un colirio antiséptico a base de sulfato de zinc, argirol, protar-

gol, etc. Si no hay infección curación oclusiva.

Las **heridas** profundas de la cornea y las totales beneficiarán cuando son recientes de la operación que consiste en desprender la **conjuntiva** del borde corneal y cubrir toda la cornea con ella suturándola con el borde inferior.

Las suturas de la cornea se hacen con agujas e hilos muy finos teniendo cuidado de **tomar** solo las capas superficiales.

En las heridas penetrantes con hernia del iris en vez de introducirlo, hacer la sección al ras de la cornea con una tijera y luego cauterizarlo con galvalocauterio-

Las heridas penetrantes que se infectan pueden causar además de la catarata, una hipertensión intraocular llamada **glaucoma** traumático o bien una atrofia del ojo, ambas con disminución o pérdida de la visión.

Está muy indicada en todos estos accidente* del ojo la aplicación de un colirio de sulfato de atropina estéril al 1% para evitar las adherencias del iris adelante con la cornea y atrás con la cristaloides anterior. Calma también los dolores. Los colirios antisépticos deben usarse, sino como **preventivos**, en la duda de que toda herida es séptica por reciente que sea.

Las heridas penetrantes infectadas conducen casi fatal-

mente a la pérdida del ojo y de la visión, salvo raras excepciones.

Tanto en las panoftalmías como en el vaciamiento total el único tratamiento es la enucleación para evitar los riesgos de una infección ascendente seguida *de* meningitis o abscesos intracraneanos.

Las quemaduras superficiales serán tratadas como las heridas, lienzos húmedos fríos, cocaína, atropina, antisépticos y aposito.

Damos la preferencia como colirios antisépticos a los dos siguientes:

Rp.

Sulfato de zinc	0.25.
Novocaína	0.20
Agua destilada	10 ce.

Instilar II gotas tres veces al día, en el ojo enfermo.

Rp.

Argirol en solución al 5 o 10 por 100, según la intensidad de la infección.

Lo mismo el protargol.

Las inyecciones de leche estéril de 2 a 5 c. ayudan poderosamente a combatir la infección. que principia.

En individuos tarados o padeciendo de otras enfermedades debe tratarse su estado general.

S. PAREDES P.

HOJEANDO REVISTAS

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

19 -- Tratamiento **higiénico-dietético**. Se resumen en la siguiente fórmula: reposo del enfermo, alimentación variada y substancial, prácticas hidroterápicas.

La *vicia al aire libre* es fundamental y el ideal se realiza cuando es factible su práctica a orillas del mar o en la montaña.

29—**Tratamiento** medicamentoso, a) *el* yodo, que ejerce una acción indiscutible sobre el sistema linfático, es uno de los medicamentos *mar en boga*.

Nobecourt y Yovanivisch preconizan la tintura de yodo, en dosis **iniciales** de xx xxx **gotas** repetidas en tres tomas. Se **augmenta** cada día en cada toma una a o dos gotas, hasta un máximo de C gotas. Niños de 10 a 15 años han tolerado hasta C C L y C C C gotas. La medicación puede continuarse durante dos meses o dos meses y medio. **Finikoff** emplea las inyecciones intramusculares de aceite yodado lejos de la lesión. Se agrega la tintura de yodo al aceite, en la proporción de 1 en 3 0 en el mismo momento de la inyección, las que se practican cada 6 o 6 días en cantidad, de 30 cc. para las primeras y 20 para las siguientes. Además **debe administrarse** calcio por la boca.

b) Arsenicales. Arseniato de sodio, licor de Fowler, cacodilato de sodio, arrenal.

c) Aceite de hígado de bacalao.

d) El hierro y el tanino asociados al yodo

e) **Aeroterapia**

f) El Clorhidrato de colina, en inyección subcutánea a la dosis de 0,02 **cgr.**

3?—inmunoterapia. El **empleo** de la tuberculina cuenta o no sus partidarios. Guyot y Jeanneney han utilizado una **lipo-tuberculina** obteniendo buenos resultados en las adenitis cerradas, mediocres en las fistulizadas. La antígenoterapia consiste en el empleo del **antígeno** metfílico de Negre y Boquet.

49—**Fisioterapia** a) Helioterapia, la que debe ser directa, **total**, progresiva y continua

b) Actinoterapia. El empleo de los rayos ultravioletas es hoy *d2* práctica corriente. **Signal** da las siguientes normas: irradiación general con lámpara de arco voltaico. 1° sesión, de cuatro minutos sobre los dos lados. 2ª, de 8 minutos, .Aumentar 4 minutos, hasta 30. Su total nacen 12 a 15 aplicaciones, una cada dos días. 2ª serie de aplicaciones después de dos a tres semanas de descanso.

c) Radioterapia. Actúa especialmente sobre la hipertofia ganglionar.

c) Curioterapia, ha sido empleada por algunos autores con buenos resultados.

6?—Tratamiento quirúrgico, a) Punción evacuadora e indicaciones modificadoras. Empleadas en las adenitis reblandecí-

das para evitar la fistulización.
b) Extirpación de los ganglios.

Tratamiento de la colecistitis crónica. Una vesícula dolorosa requiere ante todo reposo prolongado en cama (tres o cuatro semanas.)

Si hay fiebre, una **inyección** de Septicemina mañana y **tarde**. Puede usarse también la uroformina.

Contra el dolor sordo, aplicaciones locales de hielo o aplicaciones calientes renovadas con frecuencia.

Se preconizan los sedantes nervinos:

Tintura de Valeriana... 10 gr.
Tintura de belladona. ... 3 gr.
Tintura de beleño ½ gr.

XX gotas, dos veces al día, en un poco de agua azucarada.

El éter amilvaleriánico da buenos resultados en la poción siguiente:

Éter amilvaleriánico 0.60 gr.
Aceite de almendras dulces..... 8 gr.
Goma..... 5 gr.

Jarabe simple..... 30 gr.

Agua..... 60 gr.

Para tomar cuatro veces al día.

Una vez desaparecidos los dolores se aconseja el aceite de Harlem en cápsulas de 0,20 cgr. antes de cada comida o una cucharada de las de café en ayunas del siguiente polvo:
Magnesia calcinada . . 30 gr.
Subnitrato de bismuto.. 1C gr.
Lactosa..... 60 gr.

Después del aceite de Harlem, se **recomienda** el aceite de **oliva**.

La alimentación debe ser moderada y sobre todo lacto-vegetariana.

Tratamiento de las picaduras de mosquitos

1? — Contra los mosquitos. Matar las larvas en las aguas no potables con ayuda de petróleo: una cucharada de sopa por metro cuadrado.

Para hacer huir los mosquitos, proyectar alrededor de una mesa un mosquitero L á C. gotas, sobre las almohadas o sobre un mosquitero que rodee la

cama, XXX a XL gotas de:
 Aceite de citronela4 partes
 Aceite de Cedro..... 2
 Alcohol alcanforado.. 2 „

Para evitar las picaduras, colocar sobre la piel:

Trioximetileno..... 1 gr.
 Bicarbonato de soda . . . 20 gr.
 Polvo de arroz fino perfumado 79 gr.

2°—Contra las picaduras. Para calmar la irritación de la región picada, bañarla con:

Eipoclorito de cal 1 gr
 Agua destilada 100 gr.
 ó:
 Formo! al 40% 1.5 gr.
 Xilol..... 5 gr.
 Acetona..... 4 gr.
 Bálsamo del Canadá... 1 gr.
 Esencia clavo de especie0.25 gr.

Un nuevo tratamiento de la espermatorrea

A pesar de la gran cantidad de remedios preconizados hasta el presente contra la espermatorrea, estamos lejos de disponer de un agente que haya dado resultados verdaderamente positivos y durables.

Los medicamentos clásicos tales como el alcanfor, le belladonna, lupulino, cornezuelo de centeno, sulfato de cobre amonia-

cal, ictiol en supositorios, procedimientos mecánicos (inyecciones epidurales), recursos de la electroterapia, todos han tenido sus éxitos y sus fracasos.

Actualmente se ha ensayado con éxito verdaderamente notable el uso del luminal y el gardenal.

Con estos medicamentos desaparecen las pérdidas seminales muy rápidamente y los enfermos experimentan una especie de euforia no experimentada anteriormente.

Los resultados parecen definitivos, puesto que la supresión del medicamento no produce recaídas.

La posología útil es de 10 a 20 centigramos por día en dos veces, por la mañana al levantarse y por la tarde al acostarse. En el curso del tratamiento pueden reducirse estas dosis a la mitad y después cada dos días hasta la supresión completa del medicamento.

El luminal ha obtenido estos éxitos en las manos de F. Bascompte Lakanal de Barcelona, quien asegura que es eficaz contra cualquier clase de espermatorrea, funcional ú orgánica.

Antonio VIDAL.

Tegucigalpa, Abril 10 de 1934.

Daños y peligros de los purgantes usuales

H. Scholderer: *Daños y Peligros de los -purgantes usuales.*— (*Forschritte der Therapie*, septiembre de 1933.) — El médico conoce muchos medicamentos que pueden combatir cualquier estado de estreñimiento; todos se proclaman eficaces en absoluto, pero una gran parte pueden ser peligrosos.

El peligro no deriva tanto de una dosificación errónea, como de falsas indicaciones, especialmente en los estados agudos, mientras que en los crónicos existe más que nada la fe excesiva en los purgantes.

Últimamente, fieles al principio del *non nocere*, se ha tratado de sistematizar las indicaciones y de reunir los varios medios en grupos farmacológicos precisos, de modo que el médico pueda tener a su disposición tipos de los cuales escogerá los diversos purgantes, según la experiencia personal.

Cuando se quiere obtener un efecto purgante se debe procurar, ante todo, que el efecto se logre realmente; en caso contrario, se producirá un estancamiento de las heces; pero el

purgante administrado, podrá obrar localmente en el intestino o bien ser absorbido. Tal es el caso, por ejemplo, de los calomelanos, que pueden producir intoxicaciones mercuriales y hasta exantemas y estados anafilácticos. El peligro de la resorción debe también tenerse en cuenta para el aceite de crotón y para la fenolftaleína (**nefritis**), la jalapa, el ruibarbo (en la mujer que da el pecho pasa a la leche), el aceite de sésamo (formación de metahemoglobina). Los resultados pueden, en ciertas condiciones, provocar un aumento nocivo de la formación de hidrógeno sulfurado, con la consecutiva irritación del intestino. En el tratamiento de los (**helmintos** con extracto de helecho macho no debe darse al mismo tiempo el aceite de ricino, porque podrá absorberse el extracto y producirse una intoxicación (vómitos, coma, convulsiones, trastornos visuales, atrofia del nervio óptico.)

En los estados triviales de estreñimiento, este peligro puede no ser grave, mientras que lo es realmente en el íleo mecánico, en el cual, además de la posibi-

lidad de la resorción del remedio, existe el de la rotura del intestino a consecuencia del aumento del peristalismo; el primer peligro, sin embargo, es el mayor, porque en el íleo la musculatura intestinal no es muy activa. Que el íleo constituye una contraindicación de los purgantes, es bien sabido, pero a menudo el peligro estriba también en el hecho de que, antes de constituirse el cuadro completo del "miserere", se administran purgantes y de este modo se pierde un tiempo precioso para el diagnóstico y el tratamiento. En la gastroenteritis aguda

común, el peligro no consiste en la posibilidad de la resorción, sino más bien en el empeoramiento del estado inflamatorio, especialmente en los párpados a base de antraquinona (hemodín) o de los ácidos resínicos. Entre estos últimos hay algunos particularmente contraindicados: jalapa, coloquintida, escamonea, podofilino, sen, especialmente si hay complicaciones gástricas. Deben evitarse los medios que excitan la secreción (sulfato de magnesio y de sodio, particularmente en concentración elevada, como también el tamarindo, *el maná*, cuasia), especialmente si la abundante secreción intestinal es la consecuencia de una infección o de errores dietéticos, por ejemplo, cuando la diarrea es debida a la abundante ingestión de fruta (en los niños). Incluso los calomelanos pertenecen, en parte, a los remedios que aumentan la secreción.

Es notoria la absoluta contraindicación de los purgantes en todos los estados de irritación peritoneal, en particular en la apendicitis, en la úlcera penetrante, en la colitis tífica o fe otra naturaleza- en estos estados, la administración de un purgante puede acarrear la perforación.

El peligro de hemorragias del tubo intestinal (úlceras, carcinoma, enteritis hemorrágica) aumenta con la administración *de* un purgante cualquiera. Los derivados de la antraquinona son particularmente peligrosos, a este respecto, para el intestino, *en* el que provocan hiperemia y enteritis. En estos casos en que existe el peligro de hemorragia *sólo* están indicados Los medios puramente lubricantes (aceite de parafina) y en la úlcera gastroduodenal, los enemas de glicerina. pero éstas deben usarse con muchas precauciones en las hemorragias distales del colon y en la hemorroides, porque irritan la mucosa y provocan la turgencia de las hemorroides. Deben también mencionarse las enemas de jabón, que pueden provocar colitis hemorrágicas, se han observado casos de muerte con el jabón blando. En estos casos, lo mejor de todo es la enema de aceite.

En el embarazo deben evitarse todas las acciones hiperemizantes que pueden provocar los colores. Ante todo, los derivados de la antraquinona (especialmente el *áloes*, y como se comprende, también el aceite de crotón, hoy en desuso). Están por completo contraindicados, demás de la atropina, los re-

medios del sistema vegetativo (pilocarpina) y los hormones (hipofisina), que pueden excitar la musculatura del útero grávido antes que la del intestino, mas remisa.

El terreno principal de los "pecados" terapéuticos es Indudablemente el de la constipación crónica, en las formas habituales más que en las reactivas. Entre estas últimas, debe recordarse ante todo que en la constipación de la colecistitis deben evitarse los medros excitantes del vago, especialmente los que obran sobre la motilidad; lo mismo debe decirse por lo que respecta a las úlceras, la apendicitis, como ya se ha dicho antes.

Para la constipación habitual crónica se ha indicado la posibilidad de la absorción del remedio, que es bastante acentuada, ya sea porque la capacidad de reacción es escasa, o bien porque se establece la costumbre (especialmente para el ruibarbo), o por la obstinación particular de la forma.

El mayor peligro estriba en o; uso crónico. Cuanto se ha tindió a propósito hasta de una sola dosis de remedios del grupo del intestino grueso (incluso la fenoltaleina) que son capaces de provocar colitis, se debe repetir con mayor razón

para el uso crónico, ya que 1?. coprostasis obra por sí misma como estímulo inflamatorio. Pero hasta los remedios para el intestino delgado pueden, con el tiempo, provocar catarros intestinales. Para uso prolongada, es inadecuada la enema de glicerina, que puede determinar una proctitis atrofiante.

Es indudable que debe admitirse que la coprostasis constituye el factor más grave, pero no debe olvidarse el daño que puede producir el purgante (ruibarbo, sen), si hay una aparente regularidad de la defecación, a pesar de lo cual subsiste la coprostasis.

Menos aun que las drogas vegetales son adecuadas para un uso prolongado las sales que, en solución fuertemente hipertónica, provocan una gran, irritación. Desde este punto de vista son menos nocivas las aguas minerales que las respectivas sales, al paso que éstas son preferibles para obtener una acción purgante y derivativa en el tratamiento de enfermedades generales c locales, con intestino sano (hipertonía, obesidad, diabetes, colecistopatía). Pero debe tenerse siempre presente la acción alarmante que tienen. las sales sobre la absorción, si bien se evitan en todos los ca-

sos en que se desea obtener un aumento de peso.

En el tratamiento con una dieta aclorurada debe **tenerse** en cuenta que la administración de mezcla de sales (por ejemplo, de Karlsbad o **similares**) o de las respectivas **aguas**, convierte en ilusoria la dieta **aclorurada**, si bien se recurre, en tales casos, al sulfato de masnesia.

Merecen especial mención los remedios de fuerte acción **estimulante** sobre el vago: **fisostigmina**, pilocarpina, colina, que se Emplean excepcionalmente y el grupo de los normo-

nes peristálticos hormonal, preparados de hipófisis). Con los tóxicos del vago debe tenerse en cuenta que no limitan su acción al intestino, por lo cual se debe examinar bien el estado de la circulación y recordar que su acción sobre el intestino no es *del* todo inocua, a causa **de** la posibilidad de espasmos y de irregularidad del peristatismo que provocan. El hormonal ha caído en desuso, porque puede provocar el schock pero tampoco_

merecen gran confianza sólo **los** nuevos preparados de esta clase.

Inscripciones para las jornadas médicas

Doctor Abarca.....	La Castración en la mujer.
Doctor Aguilar.....	Apendicitis y Raquianestesia con stovaína.
Doctor Callejas ..	Organización Sanitaria en Honduras.
Dr. Cáceres Vijil, Manuel.....	^{E1} Paludismo y la Uncinariasis en Honduras.
Dr. Durón, Guillermo .	^{E1} farmacéutico como factor importante en la lucha nacional contra el paludismo, sífilis y tuberculosis.
Dr. Espinoza, Rodolfo.....	Tratamiento de la Apendicitis.
Dr. Hountha J. M	Tratamiento de la Apendicitis.
Dr. Marichal , Fernando	Peridontoclasía.
Dr. Paredes, Salvador	Apendicits.
Dr. Pineda, Guillermo.....	Beriberí y Sprou.
Dr. Sánchez, Miguel	El Paludismo y la Uncinariasis en Honduras.
Dr. Vidal, Antonio.....	Proyecto de organización Sanitaria.
Dr. Valenzuela, Héctor.....	Tratamiento de la Tifoidea por el 914.

Un caso de lepra nerviosa

Por el Dr. M. CACERES VIJIL.

Son varios los casos de lepra que han llegado a nuestro Hospital en individuos provenientes del pueblo de Langué en el Departamento de Valle; ahora ha aparecido otro pueblo que tiene sus pacientes de la misma enfermedad y es el pueblo de Alianza en el propio departamento, de éste lugar es el enfermo cuya observación presentamos.

..Roque J. Guevara de 33 años de edad, vecino del pueblo de Alianza, llega a la Consulta Externa de la Dirección General de Sanidad el día dos de los corrientes, solicitando medicina para una erupción que tiene en la región glútea derecha.

Nos refiere el enfermo que hace mas o menos dos años empezó a sentir una parte dormida del tamaño de una moneda de cincuenta centavos de lempira en la región antes dicha que le llamó la atención, pero luego se fue olvidando de ella por algún tiempo hasta que notó que la zona anestésica le iba invadiendo más llegando al tamaño de la que tiene actualmente; también ha notado últimamente sensación de pesantez y aumento de volumen de las extremidades inferiores, que le desaparecen por oías, lo mismo que una intensa sudación con ocasión del más ligero ejercicio que verifique, que hace como seis meses que le apareció la erupción en el mismo punto de la zona dormida con un gran prurito que le ha obligado a rascarse sin descanso y hacer sangrar las pápulas

sin sentir el más leve dolor.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes colaterales: Refiere que tiene un primo hermano llamado Porfirio García, a quien hace cuatro años le salió una mancha roja en el antebrazo derecho y que fue sintiendo dormido el mismo punto y que tenía también otras manchas diseminadas en el resto del cuerpo y al sentirse enfermo el primo hermano se fue (para El Salvador) donde le pusieron unas inyecciones sin saber el resultado.

Antecedentes personales' ha padecido de gonorrea, gripe y paludismo. Estado actual: Individuo de regular estatura, buena constitución física, no presenta ninguna mancha en el cuerpo, ni señal de cicatrices y solamente se le encuentran pápulas pruriginosas que le abarca más de la mitad de la región glútea derecha; en la parte circunscrita por esta pupula hay anestecia. Hay ganglios inguinales, crurales y epitrocleares colorosos a la presión.

Aparato Digestivo: no hay nada patológico.

Aparato Cardio-Vascular: no hay nada anormal. Tensión arterial $1V_2$ y 12 máxima. Número de pulsaciones por minuto setenta y cuatro. Temperatura axilar 36,8.

Sistema Nervioso: a la inspección de la piel en general no hay nada de anormal. El nervio cubital derecho a nivel del canal olecraneano está doloroso a la

presión y algo aumentado de volumen. El funcionamiento de todos los músculos es normal. Los reflejos tendinosos están normales a excepción del rotuliano que está exagerado; los músculos cutáneos están normales. La sensibilidad táctil solamente se encuentra abolida en la región glútea ya descrita. No r ay Ronberg ni Argyll-Robertson.

Examen complementario.

Sangre: negativo por Hematorio y por Sero precipitación

de Kahn. Recuento globular rojo 4,100,000. Glóbulos blancos, 9,000. Diferencial, normal.

Materias fecales: positivo por huevos de ascárides.

Examen del moco nasal: negativo por B. de Hansen.

Haciendo una escarificación a nivel de la pápula y sacando varias muestras y después de colorearlas por el método de Ziehl en todas ellas encontramos F. de Hansen.

Diagnóstico. Lepra, nerviosa. Tegpa., mayo de 1934,

REVISTA QUIRÚRGICA

Interés de la Biopsia en el diagnóstico' de lesiones múltiples del esqueleto

A propósito de tres observaciones, Lenormant, Willmoth y Périgola, sostienen en La Presse Médicale de París, la dificultad, M no imposibilidad de sentar un diagnóstico entre distrofias óseas y tumores malignos u otras enfermedades del esqueleto, tales como la sífilis ósea, sin el recurso de la biopsia, contrariando la opinión generalmente admitida de conceder al examen radiológico una importancia preponderante.

Sin negar su excelencia comparándola con la clínica, los autores la consideran como una etapa, engañosa a veces, en que k última y mejor es la biopsia.

Una observación resumida; Señora de 69 años entra al Hospital quejándose de tumefacción dolorosa de la rodilla y del pie izquierdo.

Dos años antes aparecieron dolores en los cuatro miembros, **continuos** y lancinantes, osteomusculares, sobretodo articulares, interesando todas las articulaciones. Se diagnostica reumatismo poliarticular. En vez de ceder al tratamiento **los** sufrimientos aumentan, quince meses después del principio de la enfermedad aparecen **abultamientos** de las falanjes ungueales de todos los dedos; una tumefacción del borde interno **del** pie izquierdo y otra en la extremidad inferior del cubito derecho. Al examen se **encuentren** casi todas las articulaciones aumentadas de volumen y un estado general excelente, aunque flaco e impotente del enfermo.

Los clichés radiográficos muestran decalcificación e **inflamien-**to perióstico en los puños. Un fémur presenta el aspecto típico de enfermedad de Paget. En otros como la rótula, enorme aumento de volumen recordando un tumor a mieloplaxas.

Se piensa en una distrofia ósea polimorfa y es practicada al mismo tiempo que una exploración de las paratiroides, una biopsia. Esta última **muestra** una infiltración epiteliomatosa difusa por deformación glanduliforme a células cilíndricas, cúbicas, cuyo origen no puede ser precisado. Metástasis de un epiteloma cilíndrico a tendencia "vegetante".

Material metálico reabsorbible en Cirugía Ósea

Jean Verbrugge de Anvers en La Presse Medicale, publica sus ideas comentando los inconvenientes de la osteosíntesis con el material común y propone uno absorbible ensayado después de muchas experiencias. Los resultados favorables obtenidos con el magnesio entusiasmaron al autor llegando a remplazarla por una mezcla de 92 partes de magnesio por 8 de aluminio que denomina Dow Metal o elektron.

A continuación de varias observaciones con sus radiografías llega el autor a las conclusiones siguientes:

1°—El magnesio es completamente reabsorbible en los tejidos.

29—Su reabsorción se opera suficientemente lenta para permitir al callo óseo formarse.

39—El metal no es tóxico ni irritante.

A.1—No provoca dolores sino al contrario anestesia.

5^—Todas las curaciones se han operado sin temperatura.

69—La piel, los tejidos **blandos**, los huesos, las articulaciones no presentan ninguna reacción **aparente**.

7°—El periostio no presenta reacción sino en caso de utilizar material no reabsorbible o de curación no operatoria.

8°—En el curso de la reabsorción que empieza desde su introducción al organismo, el magnesio, por transformaciones químicas provoca la formación de hidrógeno sin fenómenos aparentes desfavorables.

Quedan por estudiar, dilucidar o confirmar los hechos siguientes:

19—Cual es la cantidad no metálica que podemos introducir al **organismo sin perjudicarlo**. Por prudencia ha usado hasta cinco

friamos con admirable tolerancia.

2°—La formación del callo parece acelerarse por la utilización del magnesio.

La estadística maestra en 10 casos de fractura del codo (clavos) 2 de Bennet (clavos-) 1 de la diafisis humeral (placa) 1 seudortrosis de la clavícula (clavo) 2 'de fracturas del calcáneo (clavo) 1 fractura complicada del cuello del pie 1 tornillo) 1 seudoartrosis del malleólo interno(tornillo) 1 fractura espiroide de la tibia (tornillo) 1 fractura del platillo tibial (taponamiento) 1 artrodesis de la rodilla (garfio).

Indicación y técnica de La Esplenectomía

El Dr. V. Castiglione asistente a la clínica de la Real Universidad de Milán, en la Revista del Ospedale Maggiore, publica un notable trabajo sobre la cirugía del baso haciendo una revista de las funciones más importantes del órgano y las alteraciones sobrevenidas después de la extirpación del baso.

Ocupan el primer término como indicación de esplenectomía las rupturas del baso cuando son amplias y múltiples en cuyo caso la muerte es inminente sin ese recurso.

Los tumores: Angiomas, Sarcomas, quiste hidatídicos cuando este ha destruido gran parte del perenquima.

Los abscesos múltiples con abundante destrucción.

La tuberculosis esplénica primitiva.

En la sífilis, cuando el baso es sumamente grande, doloroso y que no cede al tratamiento médico intenso.

En la malaria la esplenectomía ha sido sumamente discutida, se citan estadísticas con varios éxitos y otras con muchos fracasos. Indudablemente deberán escogerse con gran cuidado los casos que implica¹¹, tratamiento quirúrgico no contra el paludismo sino directamente al baso que inútil ya por su hipertrofia sirve solo para ¿tímen v los sufrimientos.

En leucemia y la anemia perniciosa parece que la esplenectomía se ha mostrado ineficaz.

La enfermedad de Gaucher es una indicación excelente de la intervención lo mismo que la de Werloff y la ictericia hemolítica.

No así en la enfermedad de Vásquez.

La enfermedad de Banti es quizás la que más se beneficia de la esplenectomía. La estadística de la clínica Mayo anota 169 operaciones con 16 muertes postoperatorias.

El resultado lejano es magnífico. D los 151 enfermos sobre vivientes, 80 viven todavía y de estos tres más 18 años de operados.

La técnica es simple. Cuando se trata de un traumatismo debiendo explorarse varias visceras la mejor incisión es la media que en caso necesario se hará angular. Incisiones oblicuas "paralelas al reborde costal, curvas, en diagonal al ombligo, en bayoneta como la de Kerr para las vías biliares. La incisión se acomodará al tamaño y situación del órgano.

La vía torácica se empleará en caso de grave traumatismo con ruptura del diafragma y hernia del baso en el tórax.

La toracofreno-laparatomía, poco usada.

La ligadura perfecta del pedículo con varios hilos da una seguridad absoluta.

la enfermedad Post-Operatoria

En la Sociedad de Cirujía de Lyon (Francia) Mr. Leriche; ha presentado con este nombre- *s-i* criterio. Piensa que toda operación implica fatalmente un cierto número de trastornos leucocitarios, nerviosos y humorales, cuyo conjunto constituye una verdadera enfermedad postoperatoria con reacciones locales y generales.

Las reacciones locales son dominadas por el hecho de una hiperemia regional de la que dependen la hipertermia local, el edema de los tejidos y la hiperleucocitosis y son la consecuencia de secciones del simpático implícitas en toda incisión. Las reacciones generales tienen mayor importancia clínica y comprenden los tres síndromes; humoral, circulatorio y he-

moleucocitario.

Esta enfermedad se compone de elementos diversos que tienen su origen en la herida.

Para disimularla al mínimo y evitar verdaderas complicaciones a traducción canica muy clara, el autor insiste sobre la necesidad de operar con suavidad, sin tiramientos a manera de cuidar lo más posible los tejidos de la acción traumatizante de las manos e instrumentos..

Reducción sangrienta de las fracturas diafisarias

Francesco Zanuso, del Instituto de Medicina Operatoria de la Universidad de Milán, en la Revista del Hospital Mayor de la misma ciudad, preconiza la reducción sangrienta de las fracturas diafisarias cerradas expuestas, supurantes, recientes o antiguas. Múltiples razones de naturaleza diversa defienden su tesis. La facilidad y rapidez del acto quirúrgico, la ausencia de cuerpos extraños intolerables y perjudiciales a veces.

Indicación en todos los casos de fractura cerrada imposible de reducir por maniobras externas; en las fracturas expuestas

que necesitan un debridamiento y drenaje consecutivo.

La curación se realiza en mucho menos tiempo que haciendo la sutura por razones fáciles de emprender, sin exponerse a los peligros naturales de una operación laboriosa e intolerancia del material usado. Aparato entesado cerrado o con ventanas según que haya o no supuración.

El autor presenta 14 observaciones con radiografías de fracturas diversas todas con resultados magníficos.

Seudo-Cánceres del estómago curados después de una Laparotomía

M. Jeanneney, reporta a la Sociedad de Medicina y Cirugía de Burdeos, casos de tumores voluminosos del estómago teniendo todos los caracteres del cáncer con trastornos generales amenazantes que curaron con la simple laparotomía.

Fuera de las perigastritis consecutivas a úlceras de estómago y de la sífilis gástrica que curan por la gastroenterostomía se encuentran esos pseudo tumores inflamatorios, fases evolutivas de gastritis flegmonosas subagudas.

Como obra la laparotomía? No es fácil explicarlo. Sería por drenaje, areación, excitando las defensas, por Choc peptónico, el hecho es que cura.

No puede dudarse entonces que existen falsos cánceres del estómago que sin laparotomía hubieran sucumbido.

Estas constataciones vienen a justificar más la doctrina de

las intervenciones exploradoras, aún en casos al parecer desesperados.

Tratamiento preventivo y curativo de la infección puerperal

M. Lemeland emite su opinión ante la Sociedad de Medicina de París, sobre la acción preventiva contra la infección por inyecciones de éteres difenólicos que provocan una reacción orgánica de defensa como resultado de investigaciones de laboratorio y casos clínicos. Inofensivo y fácil de practicar este tratamiento debe hacerse preventivamente.

Un punto importante del diagnóstico de operabilidad del cáncer del recto en el hombre: El cáncer del Douglas

Raymond Leibovici y Robert Soupault, en La Presse Médicale de París, estudiando los casos por ellos operados de cáncer del recto calificados de operables han llegado a las conclusiones siguientes: la movilidad del tumor rectal en su pared anterior no es un índice de integridad de la vejiga; la cistoscopia demuestra absoluta normalidad vesical. El tumor se mueve porque la vejiga es móvil aún estando adherido sin que la neoplasia haya traspasado la mucosa vesical.

El único medio que no engaña respecto a operabilidad es la laparotomía exploradora amplia en el curso de la cual si el tumor es extirpable íntegramente se hará el primer tiempo operatorio.

Las nuevas ideas sobre la etiología, evolución y tratamiento de la enfermedad reumática

Por el Dr. Gomales Suárez

El criterio clásico de estimar la endocarditis como un episodio contingente del reumatismo poliarticular agudo; las mismas leyes de Bouillaud, hoy mismo discutidas, haciendo depender la lesión cardíaca de la mayor o menor intensidad del ataque articular; la división artificial de las endocarditis en varias entidades clínicas independientes, cuando en realidad la mayoría de ellas son formas evolutivas de la primera; la pretendida acción específica del salicilato de sosa, que, si mejora el dolor de las articulaciones, la inflamación y la fiebre, no tiene eficacia alguna sobre la **lesión** valvular y evolutiva y nodular del miocardio; en fin, el hermetismo rígido, infranqueable, de la idea de un germen **específico** desconocido: todo esto, que es el fundamento de la doctrina clásica sobre la enfermedad reumática, ha mantenido sin vías de solución uno de los problemas más graves de la patología, no sólo por su frecuencia extraordinaria y porque causa la muerte en la juventud .) en la edad adulta, sino porque engendra otro problema **tras-**

cidental de índole social: el de la inmensa legión de cardíacos inútiles, que constituyen honda preocupación en las naciones civilizadas.

Los últimos trabajos sobre esta cuestión marcan nuevos rumbos y alentadoras promesas de un tratamiento posiblemente eficaz. Nosotros, apoyados en el estudio de varios casos, largo tiempo y pacientemente perseguidos, en datos de Laboratorio y en los aportados por autopsias realizadas en el Hospital general de Madrid, vamos a exponer el resultado de nuestras observaciones sobre tan interesante cuestión. En el reumatismo **cardioarticular** o enfermedad reumática, lo fundamental lo que entraña gravedad, es la *lesión cardíaca*; lo accidental, lo contingente y leve es la afección articular. Esta desaparece con salicilato de sosa, con piramidon (Schottmüller, Schultz. Leber, Pauli, etc.), y a veces espontáneamente, sin dejar rastro ni reliquia, por muy violenta y generalizada que sea la agresión articular. Pero si a la vez que el ataque inflamatorio de las articulaciones ha sido mordido el corazón, entonces el reumatismo poliarticular agudo desplaza definitivamente toda su gravedad hacia la lesión cardíaca; lo articular cede a ésta el rango y primacía, hasta **tal** punto, que, aun faltando el dolor articular o siendo muy leve

La operación mas adecuada para resección del recto es la amputación abdomino-perineal en un solo o en dos tiempos.

S PAREDES P.

(en los niños esto es muy frecuente), una endocarditis de la infancia o adquirida con ocasión de una angina, de una escarlatina o de un corea, etc., es unánimemente considerada como de índole genuinamente reumática. La suerte futura del sujeto quedará ligada de por vida a la amenaza de probares recidivas evolutivas de esta primera invasión endomiocárdica. Aquí, en estas lesiones, radica la causa y el origen de la variada sintomatología y de la diversidad de formas clínicas de la enfermedad reumática. Si observamos largo tiempo a estos enfermos o investigamos con interés los detalles de su historia, comprobaremos a veces netos episodios de poliartritis aguda y febril, identificables con el primer ataque de semanas y meses de duración y separados entre sí por largos o cortos períodos de latencia clínica; en algunos de aquellos podemos ser testigos de una nueva localización en otras válvulas; otras veces, sin que tengan gran relieve las molestias dolorosas, o en ausencia de ellas, es frecuente registrar una febrícula de cierta duración y mal estado general, palpitaciones, disnea, eretismo cardíaco, todo ello muy discreto, que se achaca equivocadamente a una gripe banal, a una fiebre intestinal, bronquitis, tuberculosis, etc. No es frecuente que una embolia, un trombus séptico acabe brusca mente con la vida o deje una hemiplejía crónica o una afasia. En fin, la mayoría de los casos, tras repetidos episodios de hipertrofia y dilatación cardíaca,

terminan víctimas de brotes sucesivos inflamatorios del miocardio en una asistolia definitiva. Algunos se mueren lentamente en el transcurso de dos a seis meses, poco más o menos, presentando ese cuadro de inferioridad defensiva que caracteriza la forma llamada endocarditis lenta (anemia, embolias vasculares, sépticas en piel, riñón, pulmón, bazo, etc.). Pues, bien, tan variada sintomatología, tan diversos modos de evolución patogénica, no representan otra cosa, en nuestro sentir, que grados evolutivos de una misma enfermedad reumática; son la expresión clínica de las lesiones inflamatorias progresivas del endocardio y del miocardio. Todo indica que los enfermos, a partir de su primera lesión cardíaca, nunca se inmunizan por completo. De modo idéntico a lo que sucede con la tuberculosis pulmonar, de tan variadísimas formas, en la que, a través de muchos años de evolución, en gravedad progresiva, alternan los períodos de silencio clínico con otros de violenta explosión alérgica; y a pesar de la enorme diferencia de los graves y profusos síntomas de la tisis y los iniciales, leves y sutiles del complejo primario, allá en la infancia, la enfermedad en el mismo sujeto es cualitativamente idéntica *i* sí misma. El criterio clásico, del que nosotros discrepamos, sostiene la distinción esencial de la endocarditis reumática y de la llamada maligna o lenta; la una se injerta en la otra, indicando con esta expresión, a todas luces arbitraria, su diferencia

esencial. ¿Qué necesidad hay de injertar nada, donde la lesión primitiva persiste, si bien latente, aletargada? La autopsia de los cardíacos jóvenes demuestra, casi sin excepción, la presencia de excrescencias vegetantes y cicatrices en válvulas y miocardio. Un hecho fundamental, observado con unanimidad por todos los autores, prueba que la forma maligna evoluciona casi siempre de modo preferentísimo en sujetos con lesiones valvulares y nodulares antiguas, sobre residuos de **una** vieja endocarditis reumática, que nada ni nadie prueba que se haya extinguido por completo. Luego, la endocarditis lenta es la misma enfermedad **reumática**, en un grado evolutivo de la máxima gravedad. Se dice en pro de la independencia de **ambas** formas que la reumática cura o se detiene en su evolución. Si curan, es porque se esterilizó el foco primitivo, se inmunizó el enfermo o, cuando menos, adquirió una resistencia suficiente para impedir la proliferación del antígeno; son los pocos casos que llegan a la vejez con su soplo, y que en la autopsia se encuentra tan sólo una cicatriz limpia de vegetación. Igual que lo que pasa en la tuberculosis cuando se cicatrizan las lesiones primarias. Pero ¿cuándo, en un caso y en otro, podemos asegurar que aquella lesión sin manifestaciones clínicas no pueda en lo sucesivo sufrir una reactivación? Lo cierto es que la inmensa mayoría de los cardíacos se mueren jóvenes relativamente, víctimas de las formas recidivan-

tes y **evolutivas**. Otra distinción es que la reumática obedece al salicilato (y al piramidón), y la maligna no **obedece** a nada ni a nadie. Sobre que el salicilato sólo tiene acción brillante, y no siempre, sobre los síntomas puramente alérgicos (dolor, inflamación articular y fiebre), siendo ineficaz para modificar las lesiones valvulares y nodulares del corazón, podemos razonar la invalidez de este argumento de diferenciación pensando que la endocarditis reumática es el principio, y la maligna o lenta es el final; y ocurre, igual que en la tuberculosis, que la lesión primaria puede curarse espontáneamente o **ayudada** con los medios terapéuticos adecuados, mientras que las últimas lesiones de una tuberculosis cavitaria no obedecen tampoco a nada ni a nadie, y no por eso son cosas completamente distintas; se mueren también los enfermos lentamente, como en la endocarditis lenta. El cuadro clínico tan diverso entre una y otra forma de endocarditis, ya hemos dicho antes que puede obedecer al distinto grado evolutivo de la enfermedad reumática; al estado más o menos intenso de sensibilidad alérgica; a la virulencia y raza del agente patógeno, factores todos que imprimen el rumbo que en cada caso ha de seguir la enfermedad. Al fin, es una contienda entre un germen inactivo y un organismo en actitud de defensa, y los cambiantes biológicos de estos dos factores, influyendo el uno sobre el otro, han de traducirse siempre por una distinta meda-

lidad y gravedad de los síntomas clínicos.

El factor constitucional, la predisposición a padecer reumatismo seguramente intervienen en el determinismo de la localización cardíaca, pues siendo la angina aguda un modo frecuente de iniciarse el reumatismo cardioarticular, son, entre infinitos que la padecen, escasos los que por inferioridad, constitucional de su centro circulatorio, se hacen víctimas de él. Más raro es encontrar dos lesionados del corazón entre hermanos que conviven que entre el padre o la madre y algunos de sus hijos; si bien el contagio puede explicar la coincidencia, porque en el fondo se trata de una enfermedad infecciosa, no es desdeñable la observación en el sentido de la posible influencia de un factor constitucional hereditario en el determinismo de la enfermedad reumática. Al ocuparnos del tratamiento de esta enfermedad, surge al paso la cuestión apasionante y no dirimida a la hora actual de la etiología del reumatismo cardioarticular infeccioso. Dejemos a un lado el salicilato, cuya eficacia sobre la fiebre, los dolores y la inflamación articular en los primeros episodios es frecuentemente tan brillante como nula sobre la lesión cardíaca evolutiva, aún a grandes dosis sostenida. La experiencia ajena y la nuestra confirman este aserto. Por otra parte, la inmensa plaga de cardíacos, netamente reumáticos, que, saturados de salicilato, mueren jóvenes, da idea aproximada de la ineficacia de esta droga. Ante el fra-

caso rotundo de toda medicación esgrimida hasta el presente contra las formas evolutivas, de la enfermedad reumática, surge la necesidad de ayudar al organismo en su constante esfuerzo de inmunización intentando desensibilizarle por medio de vacunas,

En nuestro trabajo "Identidad de las endocarditis reumáticas simples y de las malignas, o lentas" (Academia Médico-Quirúrgica, sesión del 22 de febrero de 1932). señalamos esta nueva orientación del problema trascendental de las endocarditis y propugnamos la terapéutica por vacunas insistentemente reiteradas en los períodos de latencia clínica, con la finalidad de querer esterilizar el foco lesional cardíaco y prevenir la evolución, casi siempre fatal a largo o corto plazo, de tan grave enfermedad.

Realzan y consolidan estos, nuevos puntos de vista patogénicos y evolutivos de la enfermedad reumática Jiménez Díaz en explicación oral y en su trabajo "La alergia en el reumatismo" (Medicina Latina, marzo de 1933;) Cañizo en su magistral conferencia sobre "Patología cardiovascular del reumatismo" (Medicina Latina, febrero); Trías de Bes, que emplea con éxito la vacuna polivalente de los gérmenes aislados de las amígdalas (comunicación a la Academia de Medicina de Barcelona, 20 de marzo de 1933,) y Maurice Louis Vialle en tesis inspirada por Laubry (Presse Médicale, 20 de junio de 1933), propugnan la vacuna estreptocócica polivalente. Strond, Glo-

dsmith y Thorp, en su reciente trabajo. "**Diez años de observación** de niños con afección cardiorreumática", aconseja el empleo de preparados de estreptococos hemolíticos por vía intravenosa (The Journal of the American Medical Association, 13 de agosto de 1933.)

Aun admitiendo que otros **antígenos**, conocidos o no, puedan producir lesiones en el miocardio y en las válvulas, semejantes a los que habitualmente se encuentran en las afecciones reumáticas, la inmensa mayoría de *los* autores que actualmente se ocupan de esta cuestión tienden a imputar al estreptococo la responsabilidad etiológica *del* reumatismo cardioarticular y de sus formas evolutivas. Algunos, como Surany y Forro, Raye, Nichols, etc., atribuyen carácter de agente específico al estreptococo "viridans". Otros (Glover, Coburn, Collins) han hallado el hemolítico; no faltan quienes atribuyen especificidad al no hemolítico (Cecil, Jackson.)

Este pugilato de los diversos grupos de investigadores, tratando de asignar carácter de *especificidad* etiológica a cada una de las variedades de estreptococos, viene a demostrar, en fin de cuentas, que unas veces se

sorprende este antígeno en la enfermedad reumática, con carácter de hemolisis, y otras con el de "viridans", es decir, con el de formar un pigmento verde en las colonias de cultivo, en relación, al parecer, con el grado de virulencia, sin que aquellos caracteres, hemolítico y "viridans", sean tan constantes e invariables como para producir una sola y distinta enfermedad. Transformaciones del estreptococo en "viridans" y en hemolítico, y viceversa, han sido verificadas en el organismo vivo y en placas de agar por Rosenthal, Zoppritz, Koch, Rosenow y otros muchos.

De los trabajos de estos autores se desprende que el estreptococo viridans "no es una especie fija e inmutable", como Schottmüller y otros han creído sino una mutación y transformación, según Lubarach, de unas en otras variedades, impuesta por la influencia sobre la biología del microbio, de las defensas orgánicas⁵ (tejido linfoide, y retículo endotelial principalmente.)

A continuación refiere los resultados obtenidos en las endocarditis reumáticas con el empleo de vacunas.

("El Siglo Médico", 1931)

Breves consideraciones acerca de las perforaciones del septum nasal y su tratamiento

(Concluye).

Una vez limitado así el colgajo, se diseccionará en toda su extensión de las partes profundas, lo que se facilitará mucho si las incisiones abarcaron, como se recomendó, hasta el pericondrio y periostio, disección que se practica¹ ayudado de las espátulas que se emplean en la resección sub-mucosa del tabique y que se llevará hasta dejarlo adherido por su base o parte externa al borde libre del cornete inferior, lugar por donde asegurará su nutrición. Terminado este tiempo de la operación se llevará el colgajo hasta ocluir perfectamente la perforación, previo avivamiento de los bordes de ésta, y haciendo que la deborde un poco, en la cantidad suficiente para que no la descubra al retirarse, y se practicará en seguida un taponamiento metódico y cuidadoso, por capas superpuestas en ambas fosas nasales; este taponamiento será retirado a las 48 horas, haciendo igualmente, con todo cuidado. Se esperará a que la cicatrización sobre los bordes de la perforación sea perfecta y solo hasta entonces, cuando la parte del colgajo que la cubre tenga su nutrición asegurada en ese lugar, se seccionará su base a nivel del borde inferior de la perforación llevando el resto del colgajo a su lugar primitivo y haciendo un segundo taponamiento de la fosa nasal, en previsión de cualquier accidente hemorrágico.

Este es el único procedimiento de los que conozco que me parece lógico y racional, ya que como se ve proporciona un colgajo amplio y con su nutrición perfectamente asegurada en cualquier momento.

A continuación relato las historias clínicas de algunos casos, no de todos los que se han sometido a este procedimiento, pues es mi intención que este trabajo no resulte demasiado extenso; bástame decir que hasta ahora en ningún caso en que se ha practicado ha dejado de proporcionar los bellos resultados que señalo.

S. R., del sexo masculino, de 34 años de edad, casado, comerciante, sin hábitos alcohólicos ni tabáquicos; con antecedentes patológicos personales y hereditarios sin importancia.

De la clientela particular. El enfermo es medianamente culto y refiere por sí solo haber sido operado por el Dr. X de una desviación del tabique de la nariz, pero desgraciadamente la operación produjo una perforación del septum que le acarrea ahora molestias que consisten en la acumulación exagerada de costras dentro de la nariz, que le obstruyen las fosas nasales, más que antes de que se operara. La explicación concreta y sucinta que hace el paciente de su enfermedad, me libra de hacer interrogatorio minucioso, por lo cual simplemente busco datos que pudieran hacer pensar en padecí-

mientos sífilíticos que podrían ser causa de perforación del tabique nasal, pero no encuentro ninguno; sin embargo de lo cual se le ordena Reacción de Wassermann, que resulta negativa. La rinoscopia anterior muestra realmente una perforación en el cartílago del septum, una perforación como de dos centímetros de diámetro, así como una ligera hipertrofia del cornete medio del lado derecho y una congestión difusa de la mucosa nasal. Se le propone la operación con el objeto de ocluir la perforación, y la acepta, razón por la cual después de las pruebas funcionales pre-operatorias, de rigor, que resultan todas normales a excepción de la coagulación sanguínea que se encuentra lige-

ramente retardada, y para lo cual se hace un tratamiento apropiado a base de citrato de sodio por vía endovenosa, se procede a la operación que ha sido ya descrita, retirando los tapones nasales después de cuarenta y ocho horas y haciendo la sección del colgajo se le regresa a su sitio original, efectuándose la total cicatrización a los seis días después de operado, y estando hasta el presente el enfermo completamente curado de las molestias que le aquejaban, desapareciendo absolutamente la perforación del tabique y habiéndose también reducido por completo la congestión difusa crónica que se notaba en toda la mucosa nasal.

J. D. M., del sexo masculino, de 26 años de edad, soltero, originario de Tenancingo, E. de Méx. trabaja como comerciante, no fuma ni bebe en abundancia habitualmente, ha padecido sarampión cuando pequeño y bronconeumonía hace tres años.

Ingresó a la Clínica de Laringología del Hospital Juárez, quejándose de formación incesante de costras dentro de la nariz, costras que con frecuencia "e" obstruían la respiración, y que al ser removidas por uno y otro procedimiento, aparecían nuevamente con incesante tenacidad; notándose además que independientemente de la formación de dichas costras, no eran escasas las ocasiones en que al despertar, las costras de referencia hubiese algún escurrimiento de sangre por la nariz.

Pensando a priori, que pudiera tratarse por los datos proporcionados por el enfermo, de un caso de ozena, que suelen ser tan frecuentes se dirigió el interrogatorio especial hacia tal padecimiento, encontrándonos entonces por los datos por el enfermo dados, que este había sufrido en fechas anteriores una operación que le fue practicada en la nariz y a consecuencia de la cual vio aparecer los síntomas que acusa actualmente. Respecto a las causas que hubieren motivado la intervención quirúrgica de referencia, vinimos en conclusión, de que se le había hecho probablemente a una **resección** submucosa del septum nasal, o alguna resección del cornete inferior, pues la intervención fue practicada por obstrucción de la

nariz, de la que anteriormente el enfermo se quejaba. La exploración de la nariz aclaró el diagnóstico, pues por la rinoscopia anterior, encontramos restos de una cresta o espolón del tabique de la nariz y una perforación en el mismo tabique, en su porción anterior y media correspondiendo en altura al cartílago cuadrangular. La rinoscopia no dio ningún otro dato interesante, pues el resto de la cavidad nasal, se encontró normal; por los datos encontrados por la exploración eran bastantes para explicar los síntomas molestos que el enfermo acusaba, razón por la cual se decidió intervenir quirúrgicamente para tratar de reparar la perforación septal.

Las exploraciones funcionales pre-operatorias, se encuentran normales tanto en lo que se refiere al tiempo de coagulación y de escurrimiento sanguíneo, así como las pruebas de eliminación del azul de metileno y la sulfafenoltaleina. Reacción de Wassermann negativa, tensión máxima y mínima, normales, orina sin acusar ningún dato notable. Se hizo la intervención con anestesia local por contacto y por infiltración submucosa, tanto de tabique nasal, como del cornete inferior del lado izquierdo (eligiéndose este por ser el más cercano) así como del piso de la nariz en la porción correspondiente y se procedió a efectuar la operación por el procedimiento del Dr. Manero, que ha sido ya descrito, quitando el taponamiento nasal 48 horas después, inmediatamente se procedió a hacer la sección del colgajo-injerto y a

reaplicar el resto de dicho colgajo en su sitio de origen. Cuatro días después el paciente fue dado de alta habiéndose podido comprobar q' la perforación del septum estaba perfectamente obturada.

Posteriormente ha habido ocasión de ver nuevamente al enfermo para comprobar la desaparición de las molestias que acusaba, pero debemos suponer, no sin fundamento, que dichos trastornos deben haber desaparecido, puesto í, 'i- desapareció también la causa que les daba origen.

P. L., del sexo femenino, de 27 años de edad, originaria del pueblo de la Piedad, D. F. casada, teniendo nueve hijos de los cuales cinco de ellos han sido abor-

tos que se han efectuado en todos los casos entre los cuatro y los seis meses de embarazo. Su marido, que es soldado, está enfermo de la sangre, ella por su parte ha padecido tifo hace catorce años y fiebres cuya naturaleza no fue posible determinar; **toma** alcohol y refiere que sus padres fueron sanos.

Se presentó a la clínica acusando un catarro crónico constipado, el cual viene padeciendo desde hace varios años, sin poder precisar la fecha o la época. Ha padecido también de la garganta en la que acusa haber tenido úlceras que curaron por si solas.

Por la exploración física se encuentra primeramente, la nariz deformada, con una ligera **corten**,

-vidad en el dorso y ligeramente aplastada, pero sin encontrarse cicatrices anteriores que pudieran explicar esta deformación. Por la rinoscopia anterior se encuentra una perforación del septum en la región correspondiente al cartílago cuadrangular, y una rinitis crónica generalizada, con rubicundez exagerada, que da tintes violáceos a la mucosa nasal; ningún otro dato de importancia.

En la pared posterior de la faringe y en el velo del paladar se encuentran ciertas cicatrices que probablemente corresponden a placas de origen sifilítico ya cicatrizadas, notándose algunas adherencias aunque discretas del velo del paladar a la pared posterior de la faringe.

Sospechando con cierto fundamento procedió desde luego a ordenar la Reacción Wassermann, la cual resultó intensamente positiva, pensó desde luego en sujetar a la enferma a un tratamiento antisifilítico intenso, y así se le sometió a seis meses de tratamiento a base de arsenicales y bismuticos, una vez pasado el cual y habiendo hecho pruebas pre-operato-

rias correspondientes que resultaron normales, a excepción de la tensión sanguínea, que resultó un poco más elevada que lo normal. (14) se procedió, después de anestesia local por contacto y por infiltración submucosa del septum, cornete inferior y piso de la nariz, a efectuar la operación por el procedimiento Manero, habiéndose retirado los tapones nasales 48 horas más tarde y regresando después de seccionado el colgajo a su primitivo lugar, viendo después de cinco días todo, totalmente cicatrizado y el septum nasal perfectamente obstruido en la porción que anteriormente presentaba la perforación.

Esta enferma hubo oportunidad, de volver a verla dos meses más tarde, manifestando que habían desaparecido casi totalmente las molestias que la aquejaban con anterioridad a su tratamiento tanto médico como quirúrgico.

Trabajo presentado en la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-rino-laringología.

La química orgánica base de industrias

Casas manufactureras de muy buena reputación mundial, que no lanzan a la consideración médica productos que se elaboran en cualquier parte, por la adición de ingredientes vegetales e inorgánicos que no implican combinación, tienen la base de su industria en la complicación de radicales orgánicos. Una serie de compuestos desde los terpenos, terpinenos, limonenes, etc., hasta los fermentos en su obtención, encimos, proteolíticos, triptasa de la levadura, encimos que desdoblan las grasas, encimos de fermentación y oxidantes y reductores, ofrecen un amplísimo campo al Químico-Farmacéutico.

El conocimiento de la naturaleza de los alcaloides ha sido y continúa siendo el camino de la preparación de sustancias que reforman—por decirlo así— los efectos terapéuticos de las más conocidas, en el sentido que convenga más a los médicos, en la cura de las enfermedades. Cualquier Química Médica e Industrial, nos habla de los procedimientos generales de obtención de los alcaloides, aquellos del núcleo pirídico, tropánico, quinoleico, isoquinoleico, fenantreno, indélico, y de los no definidos aunque sin entrelazar las fórmulas estructurales de la Esparteína—digamos—con la Tebaina, ni dar posibilidad de unión entre sus fórmulas, con la posible realización de una sustancia que comprenda o sume las propiedades terapéuticas de ambos alcaloides.

Entre las materias albuminoides, pocas han sido las no explotadas con fines médico-comerciales. Los procedimientos para separar los albuminoides de las sustancias animales y vegetales, conocidas perfectamente, han dado origen a preparaciones alimenticias que se dice mejoran las características conocidas de la lactalbumina, ovalbumina y otras de naturaleza semejante en sus combinaciones y mezclas de tal oso; los fosfo-proteidos en su grupo y utilidad: los núcleo-proteidos fuente de las más inagotables de hoy día, al haber presentado una época nueva entre las sustancias antisépticas poderosas no cáusticas y verdaderamente útiles.

Las fórmulas gráficas, o estructurales de las especialidades científico-farmacéuticas son de gran longitud, con lo cual pretenden, pues parece que bastara con ese detalle., ser de lo mejor. Quien lee la fórmula siguiente (no es patente alguno) Dietil-glicocolil-amino-ortoxibenzoato de Metilo, se queda sorprendido aunque se trate de un individuo un tanto familiarizado con la química y especialmente con los compuestos, esteroides de los amino-ácidos de núcleo bencénico; pero naturalmente hay una cierta tendencia a."n entre los hombres de ciencia, a aceptar como muy científico un preparado que lleve una composición que pueda expresarse en una línea larga de fórmulas a cambio de otra que sim-

clemente diga para el caso Sulfato de Quinina en solución acuosa.

La fórmula de la Urotropina, un compuesto Lar conocido, escrita gráficamente, causó por mucho tiempo el asombro de los pacientes que lo tomaron, preguntándose que sería toda aquella lista de elementos entrelazados, por eslabones cual una cadena. Cualquiera puede notar que este golpe de efecto de la Quinina Orgánica es un tanto teatral, y que no obstante la psicología de médicos y pacientes, las Casas manufactureras de compuestos médicos, especialmente de Norte América, prefieren la simplicidad y la sencillez en las fórmulas que van en las correspondientes viñetas, para dar mayor confianza al consumidor, cosa fácil desde luego, tuesto que se ha tendido a complicar los radicales de composición con la idea de que los enfermos crean que ya no se curan el paludismo con la quinina, sino con algo de otro carácter, cuyo valor es mayor,, cuanto que su preparación es más costosa.

Como se ha asegurado más de **una** vez, en los campos de la medicina es Pasteur el único sabio cuya obra perdurará a través de los siglos: "el químico nada sabe" decía el Profesor Kraemer en sus tratados de Histología de las Plantas.. . ¿se aplicará esto a los preparados médicos de fórmula complicada que año con año salen de los laboratorios

destinados a desaparecer en muy corto tiempo una vez comprobada su inutilidad?

Nuestro país no puede todavía entrar en la industria de los cuerpos orgánicos sintéticos: ya México empezó esta tarea, lanzando al comercio de drogas sustancias cuya presentación desdice de las de igual índole de otros países.

El objeto de estas líneas es llamar la atención sobre los hechos siguientes: ¿no es sospechoso el aumento anual de preparaciones medicamentosas de composición complicada, de difícil análisis, en las cuales las Casas Manufactureras procuran engañar más que convencer? ¿No es fuera de toda lógica que los médicos prescriban estos preparados, sin conocer a fondo su verdadera identidad, solamente por las propiedades que se les señalan en la propaganda que los acompaña,

Si es verdad que hay un noventa y cuatro por ciento, que suma prestigios día a día, también hay preparaciones que complicaron pacientes, que circularon un día, para desaparecer el siguiente

La industria farmacéutica de los compuestos orgánicos será la base de la ciencia química aplicada la medicina, pero debe ser observada para que no resulte mayor charlatanería **que** la sostenida por los vendedores específicos ambulantes.

Guillermo E. DURON.

Atenuación del dolor en el parto

Hans Schultze: *Atenuación del dolor en el parto.* — Zbl. Gynak., 46, 1932. El método, que se usa desde 1927 es el de E. Kahn (núm. 37 de 1927 del Zbl. Gynak..)

Consiste en la administración de una *enema* de una mezcla en determinadas proporciones de *éter sulfúrico puro, aceite de parafina y aceite de cacao.*

Kahn recomendaba administrar a la parturienta 0,10 de *luminal* por vía oral y 0,01 de *morfina* subcutáneamente.

El autor refiere los resultados obtenidos del método desde 1927 a 1931, en 561 partos. Hubo analgesia completa con amnesia retrógrada de los dolores del parto en 27,5 por 100 de los casos; en 52 % se comprobó gran atenuación de los dolores; en 20 por 100 *Óio* atenuación ligera y en 0,4 por 100 no se consiguió ninguna influencia apreciable.

Así, pues, en el 80 por 100 de los casos, se obtuvo un resultado y en el 20 por 100 el efecto fue* deficiente. La analgesia completa con ausencia total de los dolores se observó en más del 27 por 100 de las parturientas

La enema debe aplicarse *muy lentamente*, durante unos diez minutos y en *decúbito lateral*. Es de gran importancia para el éxito el *momento de la administración del narcótico.*

Si se aplica la enema muy precozmente, el medica me ato trastorna el buen ritmo de las contracciones uterinas. En periodo muy adelantado del parto,

el recto, comprimido, sólo recibe el líquido que puede ser ins-tilado.

El momento oportuno es al iniciarse el período expulsivo en la primípara, cuando el feto, impulsado por regular actividad contráctil del útero no ha descendido aún del todo en la excavación. En las múltiparas la enema debe ser más precoz: cuando la dilatación del cuello alcanza 4 centímetros de diámetro.

Según el autor, la enema debe preceder unas dos horas a la expulsión del feto.

He aquí el tiempo que trascurrió entre la administración de la enema y el momento en que se produjo el parto: en 316 por 100 de los casos, una hora; en 42,4 por 100, media a dos horas; 10,8 por 100, tres o más; horas.

La recomendación de E Kahn, de que se administre previamente luminal o morfina, no se observó siempre y el autor no encuentra inconveniente, en que se prescindiera de estos componentes del método.

La composición de la mezcla para la enema es la siguiente:

Parafina líquida	290 o. ;.
Éter sulfúrico puro	...	
Aceite de cacao c. s.		
para.....	660	\ c.

Las parturientas recibían de 150 a 170 c. c, según el peso de cada una.

El autor, para no perjudicar a la madre ni al feto, empleó siempre dosis algo más bajas de las prescritas por E. Kahn, que eran de 1 y medio c. c. de éter por kilogramo del peso.

NOTAS

El 20 del presente falleció de manera repentina en su ciudad natal Ocotepeque nuestro estimado consocio y amigo el Doctor Domingo Rosa. La Asociación Médica Hondureña hace suyo el justo duelo que embarga a la familia del extinto y con verdadero sentimiento coloca la cruz por sexta vez en la lista de sus miembros

Por motivos de salud salió de Washington para París nuestro Ministro en aquella ciudad Dr. Miguel Paz

Baraona socio honorario de la Sociedad Médica.

Los Doctores Héctor Valenzuela, Antonio Vidal, Julio Aspuru España y Gabriel Aguilar

han sido nombrados para desempeñar cátedras en las Escuelas de Farmacia.

Con el nombre de ASOCIACIÓN MEDICA SAMPEDRANA fue organizada una sociedad médica en San Pedro Sula según notificación enviada a la nuestra; solo sabemos hasta hoy el nombre de sus componentes que figuran en la Junta Directiva.

Con procedencia del Puerto de Tela donde trabaja en el Hospital desde hace mucho tiempo llegó a esta capital en vía de paseo nuestro antiguo amigo y consocio el Dr. Carlos Pínel h.

Poco después de terminada la instilación de la enema, la parturienta experimenta marcada somnolencia, a veces parecida a la verdadera narcosis, que dura media hora aproximadamente.

Si sobreviene una disminución de las contracciones uterinas, . Schultze administra pequeñas dosis de *pituigan* (Henning): medio c .c.—1 y medio de *Vogtlin*. Vuelta la paciente del sueño profundo y restablecidas las contracciones, la analgesia continuaba y las parturientas atendían el ruego de efectuar el esfuerzo en las contracciones. El parto transcurría rápido y sin dolor. En la cuarta parte de los casos se notaba amnesia retrógrada, y la parturienta había olvidado completamente

los dolores del principio del parto.

Sólo cuatro veces se registraron estados de excitación como los que a veces sobrevienen en la narcosis por el pernocten o por la avertina.

No se observó efecto alguno en el feto, ni más casos de asfixia que los habituales, ni la menor irritación sobre la mucosa rectal.

El autor concluye que es un método eficaz y desprovisto de inconvenientes y recomienda su aplicación, no sólo en pártelas y de las Maternidades bajo 3a vigilancia médica, sino también en la clínica domiciliaria por los métodos prácticos. (Ap. Rev. de *Cynecología e d'Obstetricia*,

La alimentación de los Tuberculosos

*Por el Dr. Jorge Orgaz
(Profesor Suplente de Patología
Médica de la Facultad de Medi-
cina de Córdoba. Médico del
Instituto)*

Mucho se ha publicado ya en el extranjero sobre el tema, pero casi todo dentro de conocimientos deficientes tanto en lo que a dietética se refiere cuanto al estudio completo de la patología del tuberculoso.

Bien es sabido que la patología del tuberculoso es polimorfa y compleja y si el profesor Escudero ha podido demostrar la irracionalidad corriente de la alimentación del individuo sano mismo, como ha de resultar absurdo persistir en el viejo dogma de *alimentar al tuberculoso como si fuera un sano*.

En la clientela privada se alimenta al tuberculoso con *lo que tolere mejor*, dejándole a su organismo una función selectiva de alimentos que puede resultar eficaz, pero que es anti-científica y a veces perniciosa. En los servicios hospitalarios no se va más allá de asegurar a un enfermo *alimentación sana y abundante*.

La experiencia personal nos permite suponer que esto sucede por no haber aplicado racio-

nalmente ideas conocidas a hechos de observación clínica común. Por ello intentamos señalar aspectos prácticos relativos al asunto.

1) *La sobrealimentación*.— Salvo casos de verdadera excepción, la sobrealimentación constituye una medida dietética de indudables alcances terapéuticos. Este concepto de sobrealimentar al tuberculoso es legítimo en términos generales. Pero debe estar condicionado siempre por la constitución biotipológica del sujeto, por la forma clínica del mal, por el estado funcional integral del tuberculoso y también por el tipo y carácter de los tratamientos que simultáneamente se efectúan. Así, por ejemplo, la sobrealimentación de un tuberculoso, caseoso, fuertemente intoxicado, nauseoso, timpanizado y diarreico, obligado al reposo permanente en cama, no era la misma sobrealimentación que vaya bien a un tuberculoso fibroso, en reposo relativo y estado clínico de compensación. Dentro de estos

extremos caben variedades frecuentes en clínica que prueban acabadamente cómo el concepto de *sobrealimentación es relativo y propio a cada caso*, y cómo aquí la aplicación del cálculo calórico en función del peso, de la talla, deberá ser referido también a factores individuales dependientes del proceso infeccioso mismo del modo cómo el organismo lo soporta.

Otro tanto puede decirse con respecto a los tuberculosos jóvenes, siempre más estragados por el mal que los tuberculosos viejos, mejor defendidos por la Inmunidad que se adquiere con solo ir envejeciendo. Desde otro punto de vista cabe afirmar que la sobre alimentación no debe ser entendida solo cuantitativamente, sino también, y sobre todo, cualitativamente, no olvidando los renglones de déficit que la tuberculosis por sí determina; la *decalcificación* en primer lugar.

2) *Necesidad del conocimiento integral de cada tuberculoso.*— Hasta ahora el problema dietético del tuberculoso ha sido solucionado con un criterio inaceptable en el momento actual de la medicina.

En la práctica el tuberculoso ofrece dos problemas inmediatos

a) Un problema diagnóstico que la semiología, el laboratorio y la radiología resuelven con precisión.

b) Un problema terapéutico médico-quirúrgico (reposo, b neumotórax, sanocrisina, frenicectomía, plástica).

El problema- diagnóstico queda reducido casi siempre al examen del pulmón y a algunos análisis comunes, que resultan insuficientes para instituir una dietética apropiada. Raramente se estudia la capacidad funcional de los órganos o aparatos que juegan un papel primordial en el estado de nutrición: aparato digestivo, estado funcional *del* hígado y del sistema neuroendócrino vegetativo, en primer término. Y es de clínica corriente y de larga y reiterada comprobación ver cómo la tuberculosis más que otra enfermedad, altera la dentadura, el estado gastro-intestinal, el del hígado, el de las glándulas endocrinas, tiroideas y suprarrenales sobre todo, órganos de importancia en el mecanismo de la nutrición general.

Es por todo esto y por la capacidad terapéutica que cabe asignar a una dietética exacta y adecuada que se hace indispensable el conocimiento prolijo de cada tuberculoso. Desde luego que este conocimiento prolijo es necesario en todo enfermo, tuberculoso o no, pero más aún en el tuberculoso que en los otros, por lo mismo que en él la alimentación, desde tiempo inmemorial, viene afirmando su influencia en mejorías y curaciones.

(Continuará).

Indice
delle
Riviste di Medicina
di tutto il
Mondo

dirigido y redactado por
SANTO VANASIA

Volume in XVI^o de cerca 440 pagine

Santo Vanasia — Editor — Milano

Asociado a la divulgación

Benno Schwabe & C. Basilea Amedée Legrand Paris Thacker Spink & C. Calcutta Salvat Editorer S. A. Barcelona Mushew Miller Ciudad del Cabo	Bruce Publishing Co. St. Paul, Mo. U.S.A. Gustav Fock G. m. b. H. Leipzig C. I. Balliere, Tindall & Cox. Londres W. C.2	Wm. Dawson Sons Ltd. Toronto, Canadá Maruzen Company Ltd. Tokyo Meshdunarodnaya "Kniga" Mosca U. R. S. S. Livin & Munksgard Copenague Palacio del Libro Buenos Aires
---	---	--

CRITERIO DELL'INDICE

L'Indice si propone di far conoscere ai medici la vasta mole della stampa medica periodica di tutto il mondo per informarli dello sviluppo degli studi della medicina contemporanea.

OGNI RIVISTA È CATALOGATA SECONDO LA:

specializzazione, anno di fondazione, quantità di pagine, numero di fascicoli annui, impostazione editoriale (parte originale, recensioni, cronaca, notiziario, novità tecniche ecc.)	riassunti dei lavori in varie lingue, Direzione e Redazione, luogo di pubblicazione, Prezzo di abbonamento nelle monete dei rispettivi paesi,
---	--

I GIORNALI E LE RIVISTE CATALOGATE SONO CIRCA 2500.

LA PRESENTE PUBBLICAZIONE SERA DIVULGATA IN
TUTTO IL MONDO

Prezzo del Volume L. 24,—

Prezzo di prenotazione:

in ITALIA Lit. 15,—, ESTERO L. 18,—

Le prenotazioni sono accettate a tutto il

30 NOVEMBRE 1933

Le industrie Farmaceutiche e le Case editrici che volessero inserirvi i loro annunci sono pregati di richiederne le tariffe.