

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Doctor Manuel Larlos

Doctor Manuel Cáceres Vijil

Doctor José R. Burón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Doctor Humberto Díaz

Doctor Henry D. Guilbert

Año V | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Mayo de 1935 | N° 55

Las Bodas de Oro profesionales del Dr. Miguel Paz Baraona

Motivo de viva complacencia es para la Asociación Médica Hondureña celebrar llena de -júbilo intenso el día 8 de mayo, 50 aniversario de haber recibido don Miguel Paz Baraona la investidura de Médico-Cirujano en la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, en 1885.

Honrando a los justos nos honramos a nosotros mismos, reza el viejo proverbio; nada más adecuado para el caso actual.. Se trata de colocar en el sitio que sus merecimientos han conquistado en cincuenta años de una labor honrada, digna, solícita y plena de una ilustración, competencia y desinterés incomparables, a un hombre humilde que desde la cuna, en la obscura aldea de Pinalejo en Santa Bárbara, hasta las alturas del Solio Presidencial, ha recorrido con resplandores inigualados marcando los moldes, abriendo los surcos donde las generaciones actuales y venideras deberán caminar si quieren alcanzar su gloria y la de Honduras.

Médico de quilates sin cuento, adquiridos en las rudas faenas del estudio, en las lejanas épocas de su mocedad, aumentados y afirmados con los frutos de la experiencia y de continuos y prolongados viajes por Europa y Estados Unidos, el Dr. Paz Baraona es el más alto exponente de la cultura médica del país, porque a los conocimientos de la ciencia de entonces une los presentes gracias a la perenne lectura de los últimos adelantos de la medicina..

Colmado de afectos y de respeto fue llamado un día por el pueblo hondureño a ocupar la Presidencia de la República.. Y entonces aquel hombre nominado por los adversarios 'despectivamen-

te médico de pueblo, demostró con obras inmarcesibles que en su cerebro y en su alma habla algo más que la medicina y caridad, habla el recio espíritu de un grande hombre pletórico de valor, de talento y de justicia.

Un exquisito y excelente diplomático mejicano, psicólogo por naturaleza y por estudios profundos en todas las partes del globo, me decía en cierta ocasión a propósito del Dr. Paz Baraona: pocos hombres he conocido de semejante estructura y como mandatario, ninguno. Resumía aquel amigo en esas palabras toda su admiración por nuestro compatriota sintiéndose orgulloso de contarle entre los de la Rasa, y del Continente Americano.

Con el calificativo de Padre de la Democracia bajó las gradas de la Presidencia cuando entregó el mando al legítimo sucesor después de unas elecciones que hicieron época en la Historia del país.

Socio Honorario de nuestra Asociación desde el momento de su creación, ha aportado con el prestigio de su nombre y buenos consejos, magníficos servicios.

Ministro Plenipotenciario actualmente en Wasningto7i y Delegado a las Conferencias de Montevideo el año pasado, el Dr. Paz Baraona es el representante genuino del sentir nacional y de la hidalguía de este pueblo heroico.

Por tantas razones, nuestra agrupación acordó enviar el homenaje que aparece en otra página y dedicar el presente número ae la Revista a la figura gloriosa del Procer Dr. don Miguel Paz Baraona.

S. PAREDES P.

EL DR. MIGUEL PAZ BARAONA

Dos características perfectamente delineadas ofrece la personalidad del Doctor Miguel Paz Baraona: la del Médico y la del Ciudadano.

Hace hoy precisamente cincuenta años que el Doctor Paz Baraona entró a la vida profesional; con tal motivo, nosotros, que tantas y tan sabias enseñanzas hemos recibido de él, queremos consagrar un recuer-

do al Maestro, en frases saturadas de cariño, de gratitud y de admiración.

Coronados sus estudios en la Facultad de Medicina de Guatemala y deseoso de ampliar sus conocimientos para servir mejor sus ideales de hombre y de profesional, pasó a lEuropa, recibiendo cursos de perfeccionamiento en París y Londres; en la capital de Francia, a donde



DR, MIGUEL PAZ BARAONA

*JSx-Presidente de la República de Honduras — de 1925 a 1929.
Actual Ministro Plenipotenciario en Washington — desde 1933
Socio Honorario de la Asociación Médica Hondurena —
desde su fundación en 1929.*

ha estado varias veces en vía de estudio, visitando aulas, clínicas y hospitales, conoció y mantuvo contacto con Alcarrán, Farabeuf, Dieulafoy, Vidal y otros gloriosos Maestros de la escuela francesa; convivió en aquella Facultad con varios de los médicos que han sido figuras prominentes de la medicina en diversas partes del mundo y que estuvieron en París aumentando el caudal de sus conocimientos. En el Instituto de Enfermedades Tropicales de Londres, hizo estudios muy extensos, tanto de laboratorio como de clínica y terapéutica, gracias a la facilidad que ofrecían los hospitales coloniales, continuamente llenos de enfermos traídos de las posesiones inglesas ubicadas en el trópico. En América ha visitado varias veces las clínicas y hospitales de New York y New Orleans. Su dominio sobre los idiomas inglés y francés lo han mantenido siempre en contacto con las escuelas inglesa, francesa y americana. En su biblioteca profesional, la más extensa que hemos conocido en Honduras, además de las publicaciones periódicas, figuran un número considerable de obras médicas que contienen desde las clásicas y nunca superadas lecciones de Trousseau, de Patriek Mansson, hasta las obras modernas que encierran los últimos adelantos de la medicina; figuran también entre sus libros predilectos, voluminosos textos de Historia, especialmente de Historia de Francia, de Sociología, de Filosofía y de Moral, pues el Doctor Paz Baraona, no solamente se ha cul-

tivado como iMédico, sino también como humano, asimilando todo conocimiento o toda idea que él aprecia necesaria para llenar cumplidamente su misión de profesional y de ciudadano hondureño.

En sus diversos viajes de estudios, ha hecho cursos especiales de Urología, Ginecología Médica, Obstetricia, Pediatría, Bacteriología, Enfermedades del Trópico, Oftalmología y Dermatología.

Su radio profesional ha comprendido los departamentos de Cortés y Santa Bárbara, en los cuales ha mantenido sus actividades por espacio de unos cuarenta y cinco años. Fue el primero que en estos lugares aplicó el microscopio al estudio de la flora parasitaria del intestino, llegando a caracterizar con precisión las lesiones determinadas por estos agentes. Siempre han sido notorios sus empeños por establecer un laboratorio bacteriológico para el estudio de la sangre en ciertos estados infecciosos comunes en estas zonas, a muchos de los cuales les atribuye una patogenia de origen intestinal, propiciada por los traumatismos que determinan los parásitos en la mucosa intestinal. Ha sido también el primero en caracterizar diversos estados patológicos como el Spru, que se presentan en algunas localidades de los citados departamentos y que han pasado desapercibidas para los demás médicos.

La Clínica Médica es su fuerte; sus variados conocimientos y una experiencia profesional raras veces igualada, le dan una

precisión en el diagnóstico, que en ocasiones parece que estuviera auxiliado por especiales fuerzas intuitivas. Sus conocimientos terapéuticos, tan variados como minuciosos, que en tantas ocasiones aplica con no igualada paciencia, le han valido éxitos sorprendentes. Nadie como él en Honduras posee *ex forma* tan perfecta las tres cualidades que caracterizan a un verdadero Médico: ciencia, paciencia y experiencia.

Dos altos principios norman en la práctica de la vida profesional del Doctor Paz Baraona; el primero: "el Médico no es más que un simple ayudante de la naturaleza"; y el segundo: "Primum non nocere." De acuerdo con ellos, sus métodos de tratamiento se fundamentan en el reclamo orgánico, operando siempre dentro del margen disponible de tolerancia hacia los agentes medicamentosos. Los tratamientos incendiarios, los procedimientos drásticos, los ensayos aventurados de agentes no probados definitivamente, no entran en manera alguna en su caudal terapéutico. Es un Médico que libra concienzudamente su batalla con armas de seguridad, y si la pierde queda satisfecho de no haber favorecido los avances del estado morbo, restando o inhibiendo las defensas naturales con procedimientos de violencia o recursos terapéuticos de dudosa eficacia. Sus prescripciones tienen la sencillez que imponen en sus fórmulas los Maestros consagrados, sin desatender el uso de los agentes de la naturaleza, eficaces, seguros y siempre in-

ofensivos. Devoto del arte de formular, no repudia los patentados, pero los usa, a base del exacto conocimiento de sus componentes, con mano segura y precisa.

En los lugares en donde ha ejercido su profesión, el Doctor Paz ha sido el Maestro de consulta en todos los casos delicados; y los que hemos tenido el honor y la satisfacción de considerarnos sus discípulos, olmos con devoción sus doctos consejos, frecuentemente ilustrados con citas de casos semejantes que han recibido su atención y sus cuidados; tolerante, discreto y benévolo, nunca trata de imponer un diagnóstico o un tratamiento; se concreta a emitir su opinión reservadamente ante el colega, en forma culta, generosa y paternal, tratando siempre de justificar la actuación del colega de cabecera ante el paciente.

A pesar de sus indiscutibles capacidades clínicas, de su ilimitada paciencia y de su incansable dedicación al ejercicio de la medicina, el Doctor Paz no ha derivado ni grandes ni pequeños beneficios económicos de su trabajo profesional. Es notoria su predilección por atender a las clases pobres, suministrándoles corrientemente la medicina, contribuyendo en muchas ocasiones hasta para el sustento de los enfermos, ha sido un Médico muy humano, desprendido hasta de sus propias comodidades, un filantrópico de cuerpo entero, para quien tiene mayor mérito el reconocimiento de la gratitud de sus semejantes a quienes tantas veces ha

librado del dolor y de la muerte, La "Asociación Médica Sampedrana" en su sesión del 6 de enero y en atención a los altos méritos del colega ilustre, acordó nombrarle su Presidente Honorario.

Vayan para el querido y admirado Maestro estas humildes

frases justicieras que deseáramos mantener perennemente encendidas en devoción, como una antorcha de gratitud,

P. CENTENO,

San Pedro Sula,
8 de mayo de 1935.

La Asociación Médica Hondureña

rinde al Dr. don Miguel Paz Barahona, socio honorario, con motivo de cumplirse hoy el 50 aniversario de su investidura de Médico y Cirujano, homenaje de admiración, simpatía y afecto, a que es acreedor por los relevantes méritos en los campos de la medicina y la vida ciudadana.

Tegucigalpa, 8 de mayo de 1935.

S. PAREDES P.
Presidente.

HUMBERTO DIAZ,
Secretario.

G. R. AGUILAR,
Secretario.

Respuesta del Dr. Paz Baraona

Legación de Honduras,
Washington, D. C.

Mayo 8 de 1935.

Señores Doctores

«S. Paredes P., Humberto Diaz y G. R. Aguilar,
Presidente y Secretarios, respectivamente de la
Asociación Médica Hondureña, Tegucigalpa,
República de Honduras.

Muy estimados señores y amigos:

Honda satisfacción he experimentado al recibir de la Asociación Médica Hondureña la atenta felicitación que, con motivo del

quincuagésimo aniversario de mi investidura de Médico y Cirujano, se ha servido enviarme, nítidamente impresa, por el digno medio de Uds.

Aprecio, en todo lo que vale, tan cumplida muestra de simpatía y al dirigir a los distinguidos colegas de la Asociación Médica Hondureña la expresión de mi sincero agradecimiento, me es grato formular los mejores votos por el éxito de tan importante Sociedad y por el bienestar personal de cada uno de sus estimables miembros.

Con el testimonio de mi aprecio, soy de Uds., estimados colegas, atento servidor y amigo,

M. PAZ BARAONA.

Las sombras en radiografía urinaria

Todo médico general está obligado a interpretar siquiera las lesiones gruesas urinarias mostradas por la radiografía, actualmente indispensable en el diagnóstico de muchas enfermedades del aparato urinario; la litiasis calculosa en primer término. Pero no debe creerse que este solo examen sea suficiente para sentar con absoluta certeza el diagnóstico; en repetidas ocasiones sombras de difícil interpretación no serán calificadas como cálculos sino por el estudio concienzudo de los diversos síntomas por separado y en sus íntimas relaciones. Familiarizarse con la situación anatómica de los riñones, uréteres, vejiga y con el aspecto de los cálculos para distinguirlos, de las falsas sombras es nuestro deber.

Toda radiografía urinaria debe ordenarse sobre todo el aparato urinario siempre. El dolor de un riñón o de la vejiga no significa que ellos sean los enfermos, con frecuencia los

cálculos se encuentran en el lado opuesto; otras veces un cálculo del basinete de un lado coexiste con uno del parenquima renal del lado opuesto; un cálculo de la vejiga coexiste con cálculos renales. Radiografiar siempre la totalidad de las vías urinarias. En los hospitales se acostumbra hacer una gran placa que va desde la extremidad superior de la casilla renal hasta la base de la vejiga, pero no es lo mejor; el ideal es radiografiar el aparato urinario segmento por segmento: dos clichés para los dos riñones, dos para los dos uréteres y un quinto para la vejiga y uréteres pélvicos tomados con un localizador representado por un cono compresor interpuesto entre la ampolla y el enfermo por cuyo interior pasa el haz de rayos que va impresionar el film.

La porción donde va a tomarse la radiografía debe ser inmovilizada y comprimida, la primera adalgaza y la segunda impide las imágenes veladas; am-

bas se consiguen con el Potter-Bucky.

El enfermo debe ser preparado convenientemente: la víspera un purgante de 15 gr. de aceite de ricino y un lavado rectal el propio día.

Métodos especiales se usarán a veces como la colocación de una sonda opaca en el uréter, la radiografía de perfil, la insuflación perirenal de Carelli.

Se considera una radiografía urinaria como buena cuando se distingue claramente la 11 y la 12 costillas, las vértebras y los límites óseos de la pelvis; la sombra triangular, de borde externo que proyecta el psoas. Un cliché es malo cuando muchos gases llenan los intestinos e impresionan el film.

El primer segmento que enfoca el riñon contiene la 12 vértebra y las dos primeras lumbares, la 11 y 12 costillas y la sombra triangular del psoas. En ese cuadro aparece la sombra del riñon en 3/4 de casos, más frecuentemente con el Potter. A menudo sólo el polo inferior del riñon se perfila. Si una mancha homogénea aparece en ese cliché se le situará sea en el parenquima renal o en la pelvis renal; la forma triangular cuyo vértice mira hacia abajo, al origen del uréter es característico de un cálculo de la pelvis. Una sombra coraliforme que se amolda en los cálices y la cavidad piélica no puede estar situado sino en el parenquima renal. Por desgracia no siempre la forma de la imagen es característica, entonces debe recurrirse a ciertos puntos de reparo para situar la posi-

ción exacta. Moyrand y Bazy han trazado un cuadrilátero limitado arriba y abajo por dos líneas horizontales pasando la superior por el medio de la primera vértebra lumbar y la inferior por el centro de la segunda, adentro por los cuerpos vertebrales y afuera por una línea perpendicular pasando a 5 cm. de la línea media. Este cuadrilátero sólo tiene valor cuando el riñon está en posición normal.

Cuando el riñon aparece abajo y existe una sombra redonda u ovalar adentro de 5 cm. de la línea media deberá concluirse en la presencia de un cálculo de la pelvis renal. En cambio cuando el riñon no sea visible habrá que distinguir la sombra de un cálculo con la de uno lumbar, la sonda opaca en el uréter y la pielografía harán el diagnóstico.

Toda sombra formada por un cálculo que no está situada en el cuadrilátero de Moyrand-Bazy, el riñon en posición normal, deberá considerarse como localizada al parenquima renal, y de la pelvis cuando el riñon caído, pero visible, si la sombra está situada dentro de 5 cm. de la línea media.

El segmento del uréter lumbar comprende la 2, 3, 4 y 5 lumbares y parte del sacro el uréter es invisible y camina ya sobre el plano vertebral y a algunos centímetros del raquis. Los cálculos de este segmento no son frecuentes, su forma es ovalar alargada en el sentido del uréter. A veces las concreciones calcáreas se amoldan sobre

el uréter siendo entonces muy características.

La quinta radiografía comprende la vejiga y uréteres pélvicos limitados por la pelvis menor. La visión clara del coxis y articulación sacro-ilíaca indica la excelencia de la radiografía. La forma de los cálculos semejante a los anteriores. Los vesicales son elípticos, ovalares o en forma de caracol. Son medianos en el hombre porque caen al fondo vesical; en la mujer laterales, al nivel de los cuernos uterinos.

Diagnóstico diferencial de las sombras: en los segmentos renales y ureterales lumbares, numerosas manchas pueden simular imágenes de cálculos, la

homogeneidad y claridad de contornos están en favor de cálculos; al lado derecho los errores son frecuentes por la vecindad de la vesícula biliar y del apéndice. La tuberculosis renal puede dar una imagen especial llamada riñon atigrado.

Las masas caseosas infiltradas de sales calcáreas dan sombras cuyo conjunto forma una mancha moteada; pálida, difusa de densidad desigual; por excepción se ven una o varias tan visibles como los cálculos, de los que se distinguen por la forma redonda; representan bolsas mástic, caseosa, infiltrada de fosfatos.

La osificación de los cartílagos costales se reconoce por su

continuidad con las costillas.

Los scylabos dan manchas oscuras, redondas, de límites imprecisos, alternando con manchas claras de los gases intestinales. Un buen purgante y una segunda radiografía eliminarán causas de error.

Cálculos intestinales y biliares caídos al intestino pueden confundir su imagen con los renales; la insuflación del colón desplazando la sombra y el segmento intestinal del cálculo hará el diagnóstico; lo mismo el enema de bario que envuelve los cálculos en todas direcciones.

Los ganglios calcificados se mejan a veces un calculo del uréter lumbar, pero su densidad es poco homogénea, como vacuolar y frambuesado; en la duda : adiografiar con sonda \ opaca uretral.

La mayor causa de eVfor.-es con los cálculos de la ve&qgflIJ biliar. Pero un cálculo volum^ noso y redondo es rara vez renal. Los cálculos con facetas son característicos de la vesícula, por excepción puede encontrarse uno en la pelvis renal. La radiografía de perfil resuelve la cuestión: los cálculos renales se dibujan claramente detrás de las vértebras mientras que los vesiculares adelante, pero un riñon vasculado adelante o una vesícula retraída hacia atrás por adherencias inducirían al mismo error remediable por una pielografía de perfil. El desplazamiento de las sombras, forzando al enfermo a cambiar de actitud, y nuevas radiografías muestran los cambios de los cálculos biliares en direcciones varias y amplias

mientras que los renales sólo se desplazan en sentido vertical. Una mancha siempre situada en el mismo lugar de riñon debe interpretarse como cálculo del parénquima. El pneumoperitoneo es excelente método para separar las sombras hepáticas de las renales, con el inconveniente de ser desagradable para el enfermo.

En el trayecto del uréter pélvico y vesical se presentan muchas sombras pseudocalculosas que inducen a error: la homogeneidad y claridad de la sombra están en favor del cálculo. - E'lebolitos, ganglios calcificados. concreciones calcáreas en el proyecto de los ligamentos sacrotJíacos, ateroma de los vasos ilíacos, calcificaciones del ovario, rniomas calcificados, simuí an/ cal culos. Todos dan somlifem^poco homogéneas, de con-""tórnos difusos. La radiografía con sonda opaca uretral salva las dificultades. Sin embargo la sonda opaca puede aparecer muy lejos de la sombra calculosa si el uréter está muy dilatado o si se trata de cálculos que ocupan un divertículo ureteral; la pielografía lo muestra todo con claridad.

En caso de dudas por cálculos vesicales la cistoscopia las resuelve; pero si es negativa, la cisto-radiografía de frente y oblicua comparada con la simple radiografía mostrará la existencia de un cálculo en un divertículo.

O. M.

Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

Diagnóstico.

- NO hagáis diagnóstico por el hecho de que habéis visto un enfermo. Fuera de los casos en que el enfermo os lo da o que el diagnóstico se hace solo, muchas veces o no hacéis ninguno o lo hacéis falso.
- NO prefiráis acertar, procediendo sin lógica, a errar procediendo conforme a ella.
- NO hagáis un proceso mental complicadísimo para llegar a un diagnóstico. El más sencillo es generalmente el más exacto.
- NO hagáis muchos diagnósticos en un mismo enfermo.
- NO os dejéis fascinar por los diagnósticos de excepción.
- NO olvidéis la epidemia reinante al hacer vuestro diagnóstico; pero no creáis que todo enfermo que véis, está atacado por ella.
- NO cometáis el error frecuentísimo de creer que todo enfermo que os consulta, padece de la enfermedad en que os habéis especializado.
- NO olvidéis que hay diagnósticos inútiles, cuya exactitud de nada sirve al médico ni al enfermo; necesarios y urgentes, de los cuales depende muchas veces la vida del enfermo.
- NO os apresuréis a dar vuestro diagnóstico al enfermo, que lo que necesita es el pronóstico y el tratamiento exactos.
- NO dejéis de solicitar el auxilio de un colega cuando no hayáis llegado a establecer un diagnóstico racional.
- NO os dejéis sugestionar por el último libro que habéis leído o por el último caso que habéis visto; haced que lo que véis os recuerde lo que sabéis y no que lo que sabéis os imponga lo que no véis.
- NO creáis que todo fenómeno que se presenta en el curso de una enfermedad aguda o crónica, obedece a esa enfermedad. No todas las enfermedades que aparecen en un sífilítico o un tuberculoso son necesariamente sífilíticas o tuberculosas.
- NO aceptéis sistemáticamente el diagnóstico hecho anteriormente por otro médico, pero tampoco lo rechazéis por sistema.
- NO deduzcáis el diagnóstico por la forma del síntoma, sino por las condiciones en que ha aparecido.
- NO olvidéis la edad del enfermo al hacer el diagnóstico; la parálisis del velo del paladar en un niño, os hará pensar en el origen diftérico; en un adulto, en una lesión bulbar; un abultamiento de la pared posterior de la faringe es probablemente un absceso retrofaringeo, si se trata de

	<p>un niño; un sarcoma, si se trata de un adulto.</p> <p>NO lleguéis a la infalibilidad nunca; sin dar a conocer vuestra incertidumbre, dejad siempre amplio campo a la duda investigadora, que es más fecunda que la certeza irrazonada.</p> <p>NO hagáis diagnóstico de primera impresión; aun en las enfermedades más fácilmente reconocibles, es necesario un estudio detenido.</p> <p>NO os conforméis con haberle dado un nombre a la enfermedad de que padece vuestro enfermo. Determinad su período, su forma y la resistencia del enfermo. Diagnosticar simplemente tuberculosis es casi como no decir nada; si no determináis su forma, el período</p>	<p>la estación, o de la dominante.</p> <p>NO comunicuéis al enfermo ni a su familia los diagnósticos alarmantes, salvo cuando haya indicación especial.</p> <p>NO os conforméis con un examen negativo de laboratorio; hacedlo repetir en las enfermedades rebeldes, con lo que podéis descubrir la causa de ellas, o causas nuevas que se han venido a sumar a las anteriores.</p>
<p>el estado ponéis a un tra- lo. samente in diag- mpre es os causa lso, que óstico. de ex- amente; tros en-</p>	<p>tación.</p> <p>NO dejéis de investigar la existencia de focos purulentos que provocan diarrea por la ingestión del pus: piorrea, abscesos dentarios, flegmones de la amígdala y retrofaringeos.</p> <p>NO olvidéis que la apendicitis crónica, el cáncer y la cirrosis, producen alternativamente crisis de estreñimiento y de diarrea.</p> <p>NO olvidéis que las grandes au-</p>	<p><i>Diarrea.</i></p> <p>NO os conforméis con diagnosticar diarrea, sin determinar su causa.</p> <p>NO déis medicamentos en la diarrea infantil ligera, que no daña el estado general. Modificad la alimentación que se halla y del enfermo, os exponer en práctica tamiento inadecuado.</p> <p>NO os consideréis forzosamente obligado a hacer diagnóstico; eso no siempre es posible; y más dañar diagnosticar en favor de posponer un diagnóstico.</p> <p>NO hagáis diagnósticos por percepción sistemática; la mayoría de vuestros diagnósticos</p>

- NO combatáis la diarrea de los urémicos, los gotosos, los asistólicos, los indigestos, tíficos, y la de los exantemas febriles.
- NO déis purgantes en la diarrea de los recién nacidos.
- NO combatáis nunca la diarrea que produce la abertura de un absceso en el tubo digestivo.
- NO prescribáis ningún tratamiento sin regular la alimentación.
- NO prescribáis grandes dosis de opio, salvo en las diarreas coleriformes.
- NO déis opio en la enteritis mucomembranosa; preferid la belladona.
- NO déis jamás opio ni suero artificial en las diarreas de los urémicos; dad tónicos y suero glucosado.
- NO inyectéis jamás suero artificial en las diarreas de los tuberculosos.
- NO déis leche de vaca a los niños de menos de 4 meses que tienen diarrea. No olvidéis que el cólera infantil no existe en los niños alimentados por su nodriza.
- NO dejéis de hacer la desinfección de la boca.
- NO déis bismuto, astringentes ni opio, sin haberos convencido de que no hay amibiasis.
- NO olvidéis que la insulina provoca diarreas intensas, que ceden con la suspensión del medicamento.
- las consecutivas a la amigdalotomía y a las cauterizaciones de las amígdalas.
- NO concluyáis que no hay difteria porque no hay angina diftérica.
- NO confundáis el crup diftérico con el acceso de laringitis estridulosa, que estalla violentamente en la noche, con un acceso de sofocación; el crup es progresivo y termina con la sofocación.
- NO confundáis el crup con el edema laríngeo, que generalmente solo se presenta en los adultos y provoca disnea inspiratoria y disfagia.
- NO olvidéis que en el crup no diftérico no hay, generalmente, coriza ni adenopatía cervical, la fiebre es más elevada, las complicaciones pulmonares son más frecuentes y el suero no alivia en nada al enfermo.
- NO dejéis de buscar los ganglios submaxilares que están hipertrofiados constantemente en la difteria.
- NO olvidéis que, por lo menos al principio, la rinitis diftérica es unilateral y que su escurrimiento purulento exulcera el orificio nasal y el labio superior.
- NO dejéis de hacer la rinoscopia anterior que a veces permite descubrir pseudomembranas.
- NO dejéis de examinar la orina con frecuencia para descubrir la albuminuria.
- NO paséis inadvertida la peque-

Difteria.

NO confundáis las pseudomem-

- lidez y el abatimiento que acompañan la difteria.
- NO olvidéis que el crup puede aparecer sin que haya habido angina diftérica.
- NO dejéis de buscar el signo de Variot, que permite descubrir pseudomembranas de la epiglotis, al provocar la náusea.
- NO hagáis pronóstico sin tomar en cuenta la mortalidad reinante.
- NO olvidéis que el pronóstico de la difteria es muy grave en los recién nacidos, los adultos y los viejos.
- NO olvidéis que el crup secundario es más grave que el primitivo y el estreptodiftérico.
- NO hagáis pronóstico favorable porque la temperatura sea baja; generalmente la difteria no es hipertérmica.
- NO olvidéis que la oliguria y la albuminuria en la difteria imponen un pronóstico grave.
- NO dejéis de estudiar detenidamente el pulso; el pronóstico es gravísimo si hay pulso paradójico.
- NO dejéis de examinar cuidadosamente el corazón y los pulmones; la broncopneumonía y el desfallecimiento cardíaco son muy frecuentes en la difteria.
- NO paséis inadvertida la taquip-

Las Jornadas Médicas de 1935

En la sesión ordinaria del mes agosto quedó resuelto el temario para las Jornadas Médicas que han de celebrarse del 20 al 27 de julio de 1935. Fueron seleccionados puntos de interés general, siguiendo como en las anteriores, la misma norma de aportar el mayor contingente posible de conocimientos para el bienestar de la colectividad hondureña.

I.—Biología Hondureña:

- a) Talla, Peso, Superficie, Volumen del hondureño.
- b) Aparato Respiratorio.
- c) Aparato circulatorio.
- d) Sangre, Glóbulos, Hemoglobina.

II.—Régimen alimenticio del hondureño.

III.—Heridas penetrantes del abdomen.

Afecciones de la Vesícula Biliar Colecistografía

IV.—Demografía Hondureña.

V.—La Tifoidea en Honduras.

VI.—Temas Libres.

Podrán tomar parte en las Jornadas todos los médicos, farmacéuticos, dentistas incorporados en la Facultad de Medicina.

Las personas que deseen tomar participación deberán comunicarlo a la Secretaría de la Asociación Médica Hondureña a más tardar el primero de Junio, y quienes quieren publicar sus trabajos antes de las Jornadas, los remitirán antes del primero de mayo.

La extensión de los trabajos queda a voluntad de los autores, pero cuando su lectura dure más de media hora sólo se permitirá leer las conclusiones.

- nea, tipo inverso de la respiración e hipertermia, que indican la aparición de la broncopneumonia.
- NO olvidéis que la broncopneumonia es más frecuente en los niños traqueotomizados que en los entubados.
- NO creáis que con la seroterapia combatís la broncopneumonia; no es el bacilo de Löffler el que la produce.
- NO temáis las complicaciones tóxicas si habéis hecho la seroterapia oportuna.
- NO hagáis la entubación cuando haya un exceso de falsas membranas, dificultad para la introducción del tubo, cuando el niño lo expulsa frecuentemente y cuando la sofocación persista a pesar del entubamiento.
- NO hagáis la entubación, que puede fracasar, sin estar preparados para hacer la traqueotomía.
- NO hagáis la entubación bruscamente; podéis provocar una falsa vía.
- NO entubéis al paciente si no podéis vigilarlo de cerca; traqueotomizadlo.
- NO quitéis el tubo antes de que hayan desaparecido la polipnea, la fiebre y las falsas membranas.
- NO hagáis la traqueotomía inferior; preferid la cricotraqueotomía.
- NO esperéis el dictamen del laboratorio para inyectar el suero, en los casos dudosos. Toda angina acompañada de laringitis y de catarro con escurrimiento serosanguinolento, debe ser tratado como difteria.
- NO olvidéis la regla de la seroterapia: precoz, abundante y prolongada.
- NO inyectéis toda la dosis de suero bajo la piel; introducid la mitad en pleno músculo.
- NO suspendáis las inyecciones mientras haya síntomas locales y generales.
- NO dejéis de aplicar el suero si los accesos de sofocación se acentúan, aun cuando el cultivo sea negativo.
- NO dejéis de combatir el espasmo laríngeo ni descuidéis el estado general.
- NO hagáis toques, que son inútiles. Haced el tratamiento sérico local.
- NO dejéis de aislar al enfermo rigurosamente; su comunicación sólo debe ser permitida después de dos exámenes de laboratorio negativos.
- NO olvidéis la protección de las personas que rodean al enfermo.
- NO dejéis de hacer la prueba de Schick y de vacunar a las personas sensibles, si no podéis hacerlo con todas las personas que rodean al enfermo.
- NO dejéis de buscar a los portadores de gérmenes, muchos de los cuales reaccionan negativamente a la prueba de Schick.

Ricardo D. Alduvin.

(Continuará).

La Peste verde

(continua)

SEGUNDA PARTE

COMO LA HIGIENE VENCE A LA MALARIA

La Higiene, aplicada con rigor técnico, vence a la Malaria.

Es la enseñanza que por doquiera brinda al mundo.

Con sus poderosos elementos de acción, la Higiene reduce el imperio de esta plaga redimiendo las comarcas, otrora malditas por la fiebre, la anemia y la muerte, que impedían su dominio por el hombre.

Esta victoria no se obtiene, sin embargo, con elementos de acción desconectados e insuficientes. Hay necesidad de organizarlos y de darles la unidad que asegure el triunfo.

En tres grandes direcciones se puede alcanzar la derrota de la Malaria: por la Asistencia que organiza los tratamientos adecuados para cuantos los necesitan hasta conseguir la curación de los enfermos; por el Saneamiento suprimiendo el desorden de las aguas y de las tierras para impedir la formación de criaderos de zancudos y por la Profilaxia, con amplias medidas de carácter social y económico que signifiquen mejoría de vida para las masas rurales. ..

Sobre la base firme de las nociones positivas que se poseen sobre la Malaria de cada lugar, es como estas direcciones, que no se excluyen sino que se completan, logran la derrota de la tremenda plaga.

De esto trata la segunda parte de estas "INSTRUCCIONES CONTRA LA MALARIA."

I.—La asistencia de los enfermos de malaria

En un país como el Perú, con recursos médicos, sanitarios y medicinales insuficientes, con escasísima cultura pública y con una población rural desamparada y mal unida entre sí y con los centros urbanos, la lucha contra la Malaria ha de inspirarse, fundamentalmente, en la asistencia de los enfermos.

Esta Asistencia, entendida como la organización adecuada y económica de los cuidados médicos para cuantos los necesiten, sólo obtendrá resultados provechosos y permanentes que reduzcan la extensión, gravedad y daños de la Malaria, sometiéndola a algunos principios de organización racional que garanticen su ejecución.

Estos principios fundamentales son:

A).—La Asistencia ha de prestarse a todos los enfermos que habiten en las zonas donde impere la Malaria. Una asistencia limitada a determinados centros rurales con presidencia de los demás centros poblados del valle, por pequeños que sean, si es verdad que logra resultados locales efectivos, jamás determinará la victoria contra la malariogénesis, es decir, contra las epidemias activas anuales

La solidaridad forzosa que crean los zancudos entre los habitantes de las comarcas azotadas por la Malaria, los torna, igualmente, solidarios frente a la obra de salubricación.

B).—La Asistencia de los enfermos atacados de Malaria, ha de ser continuada por largo tiempo, hasta la desaparición de los parásitos que existan en la sangre. Sólo de esta suerte se alcanzarán resultados provechosos, para el individuo y para la colectividad, previniéndose las epidemias activas;

C).—La Asistencia para ser económica, y por lo tanto en relación con los recursos de que disponen los trabajadores de las tierras de cultivo en el Perú, debe ser organizada según las técnicas de la Higiene y no de la Medicina curativa; y ha de utilizar medicamentos seguros, baratos y de valor confirmado por el tiempo. La quinina, en todas sus formas, pura y administrada convenientemente — de preferencia por la boca — es hasta hoy el remedio más eficaz sencillo e inocuo. Su empleo, a diferencia de lo que acontece con otras sustancias de efectiva acción contra la Malaria, no ofrece peligros cuando es distribuida entre los trabajadores rurales. Es por la quinina, originaria del Perú, como se han obtenido, en el curso de los siglos, los mayores y más evidentes beneficios contra la plaga.

D).—Sin el conocimiento preciso del tipo particular de Hematozoario que determina la enfermedad (*Plasmodium vivax*, *malariae*, o *falciparum*) y del

estado de evolución en que se encuentra en el organismo infectado (*esporo zoito*, *esquizonte*, *merozoito*, *gameto*) la curación de la Malaria es un problema difícil y de incierta solución. Sólo por el diagnóstico microbiológico y clínico preciso se obtiene curaciones seguras. De aquí la necesidad de que intervengan en la Asistencia, médicos y un personal auxiliar especializados que instituyan los tratamientos.

E).—Los niños, depositarios del virus malárico en su sangre y en sus bazos, bajo la forma de gametos infectantes para los zancudos, han de merecer la *máxima atención* de la Asistencia. Esa es la forma más eficaz de controlar la salubridad rural en materia de malariogénesis. La curación completa de estos niños, aún cuando no presenten signos ostensibles de enfermedad activa, es de enorme utilidad para el porvenir los brotes epidémicos de Malaria. El aislamiento, en Colonias—Escuelas debidamente instaladas y alejadas de las zonas rurales de Malaria, durante los meses de la epidemia activa, de estos niños, cuando no es posible librarlos de sus gametos, es medida excelente, que determina enorme beneficio sanitario.

F).—La Asistencia en masa de toda población rural de las zonas maláricas de nuestra Costa, en las semanas anteriores a la Onda anofelina (febrero y marzo); la que ha de repetirse una o dos veces durante los meses más activos de la epidemia (junio y agosto) es medida valiosísima que debería ser em-

pleada en las comarcas azotadas por este flajelo.

//,—*Los Centros Rurales de Salud, órganos de la Asistencia*

Si la asistencia antimalárica, es la organización de los tratamientos para hacerlos accesibles a cuantos necesiten curarse, hay que conocer, de conformidad con este criterio médico-social, los órganos llamados a realizar esta Asistencia.

Los "Centros Rurales de Salud" son la creación moderna que recomienda la Higiene. Frente a la Malaria, la combaten y la previenen. La Conferencia Europea de Higiene Rural los define: "Instituciones que tienen por objeto el mejoramiento de la salud y del bienestar de la población de una región agrícola determinada." Así concebidos, forman parte de la organización general de la sanidad pública de cada nación.

La Asistencia que pueden prestar los médicos aislados que sólo acuden una o dos veces a la semana a estos inclementes parajes devastados por la Malaria, privados a menudo de los auxilios de un personal subalterno preparado, de medicamentos y de laboratorio para bien orientar sus decisiones terapéuticas, es simplemente, desde el punto, de vista de la lucha contra la Malaria, casi un dispendio de dinero, de tiempo, de energías y de prestigio de la Higiene.

Un Centro Rural Antimalárico-Centro de salud rural diferenciado para hacer frente a

esta plaga, la más funesta entre nosotros para los trabajadores de la tierra costeña, deberá concebirse como un equipo técnico compuesto, cuando menos, del siguiente personal:

Un médico jefe, preparado en Higiene y especializado en Malariaología;

Un auxiliar, microbiologista;

Dos enfermeras;

Una brigada de sanitarios, formada por menores y adultos para las labores del pequeño saneamiento.

Como material, a título de sujeción, señalamos el siguiente:

Un pequeño laboratorio de diagnóstico;

Un botiquín con quinina, en todas sus formas, de preferencia en comprimidos azucarados, fáciles para ser consumidos sin mayor preparación por todos los enfermos; con plasmuquina, excelente en el tratamiento de los gametóforos; y además, con algunos otros medicamentos adyuvantes, (sulfato de soda, etc.)

Un reducido instrumental para exámenes clínicos y pequeñas intervenciones. (La asistencia de urgencia, servida por estos Centros, aumenta su prestigio);

Aparatos para mezclar las sustancias larvicidas, como el verde de París; y para insuflarlo sobre los charcos (como en el arseniatado de las plantas).

Útiles de escritorio y de registro de enfermos;

Una cocina o quemador portátil;

Red de tul y aparatos para cazar zancudos y destruirlos;

Paños, toallas, mandiles y sábanas;

Una instalación sumario de muebles: una mesa, un estante, una cama para exámenes, algunas sillas.

Es evidente que esta organización de los Centros Rurales Antimaláricos, puede ser más amplia. Lo indicado, es bastante para hacer frente, con seguros resultados apreciables, a la campaña antimalárica en un valle, no muy extenso, que tenga medios relativamente fáciles de comunicación y que no cuente con más de 5,000 habitantes.

III.—*La curación de las tercianas*

La acción técnica del médico es siempre indispensable en el tratamiento acertado de la Malaria. No basto, que una persona se sepa enferma de tercianas para comenzar en el acto su medicación por la quinina o por otra cualquiera de las drogas eficaces o recomendadas contra la enfermedad. Las cosas no son tan simples, como pudieran imaginarse. La intervención del médico es necesaria para fijar el diagnóstico exacto; el tipo de hematozooario que interviene en la infección y el momento de evolución que atraviesa en el organismo humano. Sin este diagnóstico cabal no es fácil obtener rendimientos favorables de las drogas curativas, a las que, por esta ignorancia, se acusa, erróneamente, de no ser útiles para dominar el mal.

Una experiencia multiseccular tiene enseñado que desde que el enfermo se siente presa del acceso, cuya proximidad percibe

muy bien, conviene que adopte las providencias útiles siguientes:

- a). Ponerse en cama;
- b). Abrigarse, para prevenir enfriamientos;
- c). Tomar un purgante ligero: Una onza de sulfato de soda en agua hirviente, es el remedio más barato y eficaz.
- d). Aplicación de botellas calientes que defiendan contra el rigor del calofrío inicial;
- e). Beber una tizana o un caldo calientes;
- f). Una lavativa para descongestionar la cabeza y ayudar a la acción medicinal de la quinina es siempre útil: (Cuatro cucharadas de azúcar en un litro de agua hervida fría).

Todo eso es recomendable y de fácil realización doméstica. Los estudios modernos han demostrado que así se puede resistir, sin peligro, al primero o segundo acceso de tercianas, preparando la acción más eficaz de la quinina, que actúa decisivamente cuando el organismo ha pasado ya estos ataques iniciales y triunfado espontáneamente de ellos.

Sólo cuando se trate del paludismo pernicioso, a *plasmodium falciparum*, es cuando hay que adelantarse con el remedio específico, que para esos casos es la quinina empleada a altas dosis: Dos gramos cuando menos, en las 24 horas del comienzo.

En nuestros valles, castigados desde tiempo inmemorial por las tercianas, la quinina puede emplearse desde el primer momento, con la seguridad de que los enfermos acuden a su

acción milagrosa cuando ya han soportado varios accesos de la Malaria sin medicación alguna. 'Xa muerte por la Malaria, cuando no depende de la negligencia del enfermo, o de su abandono total, es necesario que lo recordemos, que se debe a la cura insuficiente por parte del médico." (Schüffner-MissiróliJ.

IV.~Los objetivos del tratamiento de la malaria Por mucho que parezca excesivamente técnica esta exposición, con el fin de que se aprecie toda la complejidad que en-

cierra la terapéutica eficaz de la Malaria, en sus múltiples aspectos y complicaciones, ofrecemos el cuadro que sigue y en el que se contiene, a la manera de un diccionario por decirlo así, las fases que atraviesa el parásito en el cuerpo humano, los daños que de estas fases derivan y la acción preferencial de cada droga sobre las consecuencias clínicas que de estos provienen. No se olvide que el hematozoario atraviesa por diversas etapas de desarrollo, sus edades se diría, cada una de las cuales demanda medios especiales de aniquilamiento.

CUADRO DE LAS FASES DEL PARÁSITO, de LOS DAÑOS QUE DETERMINA Y DE LOS MEDIOS ÚTILES PARA DESTRUIRLO

FASES DEL PARÁSITO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE DETERMINA EN EL ENFERMO.	MEDICAMENTOS ÚTILES PARA DESTRUIRLOS Y POR LO TANTO PARA CURAR LA ENFERMEDAD.
ESPOROZOITO, hematozoario recién inyectado por el zancudo y que va a atacar al glóbulo rojo para producir la Malaria,	No hay sustancia que destruya a este esporozoito y por lo tanto que prevenga su desarrollo.

EZQUIZONTE, hematozoario que ha invadido ya los glóbulos sanguíneos, en cuyo interior evolucionará ocasionando el ataque de tercianas, con sus períodos de calofrío, fiebre y sudor, que corresponden a la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre, parasitados, dando así origen a nuevos parásitos, los merozoitos.

La QUININA es la sustancia más activa y eficaz hasta ahora conocida para destruir a los esquistosomas de todos los tipos del parásito y muy especialmente a los del paludismo grave, a plasmodium falciparum, que ocasiona la perniciosa.

(Véase más adelante como se emplea esta preciosa droga).

MEROZOITO, o hematozoarios nacidos en el interior del organismo humano, que invadirá nuevamente a los glóbulos rojos ocasionando las recaídas ó mejor recidivas de la Malaria. Originan la anemia.

La QUININA es igualmente activa para destruir estos merozoitos. Ultimamente la ATEBRINA, medicamento sintético, ha venido a dotar a la Medicina de un nuevo poderoso elemento de acción contra este tipo

GAMETOS, hematozoarios derivados de los merozoitos, resistentes a la acción destructora del organismo, al que parasitan por largo tiempo. Estos gametos son los que infectan a los zancudos.

La PLAMOQUINA es el medicamento de acción más poderosa y eficaz contra los gametos. Lg[^] QUININA al impedirles que retornen a ser infectantes para el propio organismo, lo es igualmente.

Este cuadro, dentro de su laconismo y por tanto de su oscuridad para los que no están familiarizados con la malaria, permite sin embargo vislumbrar cuan delicada es la labor terapéutica en esta enfermedad y por qué, en muchos casos, no se obtiene todo el rendimiento útil que cada droga es susceptible de dar.

Por esto, es que consagramos un párrafo especial a las drogas útiles contra la Malaria y a

V.—Valor de las drogas útiles contra la Malaria

No todos los remedios que se anuncian como eficaces contra las tercianas merecen crédito. Hasta el presente, contra el Paludismo sólo hay tres sustancias que se han demostrado de acción segura y benéfica: la QUININA, medicamento originario del Perú al que se deben las más grandes victorias contra la enfermedad; la PLAMOQUINA y la ATEBRINA, medicamentos sintéticos, debidos al genio científico de la Alemania.

Examinar, brevemente, el valor y los modos de empleo de estas preciosas drogas, es necesario, a fin de indicar como deben ser usadas en las comarcas azotadas por la Malaria.

La QUININA, en la forma de sus sales más útiles: biclorhidrato, formiato, valerianato, bromhidrato y sulfato, la más empleada, es el remedio universal, soberano contra la Malaria en todas sus formas. Administrada desde los comienzos de la enfermedad y de acuerdo con sus especiales indicaciones terapéuticas, domina la infección y amengua sus daños.

"Tres siglos, dice el gran malariólogo Lutario, han pasado desde que la quinina fue conocida en Europa y la escuela italiana guarda hasta hoy su creencia en el valor de la *QUININA como el más poderoso medio para la profilaxia y el tratamiento de la Malaria*. Italia, en el momento actual, considera a la Quinina como el medicamen-

to que ocupa lugar de honra y la legislación sobre la materia estima a la química como el baluarte de toda la actividad antimalárica."

Esta confianza en el precioso medicamento originario del Perú, es universal; y por doquiera, la QUININA, es la sustancia a la que todos cuantos luchan contra la Malaria, conceden la preferencia.

La razón es muy simple: la QUININA puede ser manejada sin riesgos de envenenamiento. Entre su dosis curativa y su dosis tóxica hay un gran límite, lo que no acontece con los otros medicamentos de acción antipalúdica. La QUININA es barata, se conoce admirablemente sus efectos, se sabe como ha de administrársele, es inocua y su distribución puede ser confiada a cualquiera. A pesar de estas ventajas incuestionables, conviene que lo advirtamos, no hay, ni puede haber un tratamiento quinico contra la Malaria.

Sólo hay esquemas generales que tienen utilidad para la asistencia en masa de los trabajadores rurales, sobre todo cuando no se dispone de elementos suficientes y hay que asistir a un gran número de enfermos, caso que frecuentemente ocurre en la costa del Perú.

La QUININA se usa como preventiva y como curativa de la Malaria. Como preventiva, su uso es **útil**. Ningún otro medicamento tiene, a este respecto, valor superior. No por que impida el mal, sino por que adelantada su cura. Se diría que acorta como lo quiere el dicho popular. "Poniendo el parche antes de que salga el chupo." Esta protección de la quinina, de la que hablamos más adelante, sólo tiene utilidad limitada: durante el período de la epidemia activa y en colectividades muy disciplinadas o en casos individuales. Como curativa, la QUININA no necesita de mostrar su altísimo valor. Lo único que se requiere para reconocerle esta preciosa virtud, es que no se le pretenda pedir lo que ni ella, ni ningún otro medicamento de acción anti-malárica, puedan dar: curar a un tiempo mismo, el acceso y las recidivas, ideal no alcanza todavía en la terapéutica de la Malaria.

La PLASMOQUINA es un producto químico sintético. Su acción sobre el parásito del paludismo es evidente e intensa. Contra los gametosos se ha mostrado soberana. Los destruye y previene que infecten a los zan-

culos. Es una arma magnífica, pero que debe sólo emplear el médico, mejor aún el higienista. Los dos inconvenientes que presenta son: su acción tóxica cuando se pasa la dosis terapéutica y aún dentro de ella — seis, centigramos por día en el adulto — con el enfriamiento y la asfixia; y su alto costo; 9,000 soles el kilo.

La ATEBRINA, otro medicamento sintético poderoso, está en su período de prueba. Se anuncia como un medicamento muy eficaz para destruir rápidamente a los esquizontes sin dejarles la posibilidad de que adquieran las formas resistentes y por lo tanto cerno un medicamento preventivo de las recidivas. Es quizás el medicamento del porvenir. Por ahora su empleo no puede confiarse a las legiones de maláricos, que cuentan en la QUININA una droga de acción ya experimentada.

Todos los demás remedios — que se anuncian como "ANTIPALUDICOS" más o menos poderosos, si no tienen en su composición alguna o algunas de estas tres sustancias mencionadas y en la dosis conveniente, carecen de valor medicinal. Son apenas intentos de "comercializar" el gran drama que es la Malaria, cobrando un impuesto a sus víctimas.

Dr. Carlos Enrique Paz Soldán,

{Continuará}

TRES CASOS

En reciente sesión ordinaria de la Asociación Médica presenté la Señora Simona Andino, de 86 años, de oficios domésticos, originaria de San Buenaventura, operada el 21 de noviembre de 1929 por un carcinoma del borde izquierdo y parte media de la lengua de tres meses de evolución sin infarto ganglionar ni propagación a la vecindad. Le hice una amputación total de la lengua por la vía natural; sin la menor complicación curó en diez días; anestesia local.

5 años y cinco meses han transcurrido y no se encuentra el más mínimo indicio de recidiva local o lejana.

El hecho de que un caso de cáncer de la lengua operado precozmente pase de los 5 años sin reproducirse nada tiene de extraordinario pero sí lo es el asombroso que la paciente hable tan bien y tan abundantemente que con dificultad se creería tratarse de un desprovisto de lengua. Mi enferma maneja admirablemente los músculos del piso de la boca y el velo del paladar. Como es natural no puede pronunciar las linguales c, d, z, t, etc.

Mujer inteligente, explota su mutilación y la gracia de la verborrea solicitando dádivas que jamás se le niegan.

Aplasia útero-ovárica

O. B. M. de 22 años, soltera, maestra, procedente de Cholulteca, ingresa al servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General quejándose de que nunca ha menstruado.

Muchacha muy bien constituida, robusta sin ser obesa, inteligente, cuenta que sufre muchas contrariedades porque la excesiva delicadeza de sus padres le impide, como ella quisiera tener relaciones amorosas

y sexuales como todas las mujeres a pesar de no sentir ningún fenómeno que acuse vivos deseos, pero que ella quiere ser igual a las otras.

Refiere historia de padecimientos vanales, sin importancia para explicar la amenorrea. El examen ginecológico enseña una vulva normal con su imen intacto de muy pequeño agujero central, no da lugar al paso de un dedo. El tacto rectal.

muestra una ausencia total de útero y anexos.

Aunque la aplasia uterina es sumamente rara al contrario de la atrofia que es frecuente y dado que sólo un examen anatómico o una laparotomía accidental es capaz de confirmar el diagnóstico he vacilado en nominar el caso: es una atrofia o una aplasia uterina.

La explicación es sencilla; las trompas y el útero se forman a expensas de los canales de Muller, uno de cada lado separados

hasta el tercer mes de la vida intra-uterina; al unirse para formar un solo cuerpo constituyen el útero y la vagina en el curso del cuarto al sexto mes. De la unión más o menos alta o baja resultan las anomalías de úteros dobles, didelfos, bicornes y las ausencias parciales o totales de trompas, útero y vagina o la total aplasia.

En el caso presente la unión de los canales de Muller se hizo tan baja que sólo formó la vagina.

Herida penetrante Toraco-abdominal

X. X. ingresa a la Policlínica el primero de mayo a las 12.30 p. m. por varias heridas por arma corto punzante de la cara, brazo, antebrazo y tórax recibidas media hora antes.

Sólo interesa una situada en el noveno espacio intercostal izquierdo sobre la línea axilar media. Neumotorax y disnea es cuanto traduce la herida penetrante simple del tórax. La posición que guardaba la víctima en el momento de ser herido por el victimario, uno enfrente del otro, un fuerte vómito de sangre al ocurrir el accidente, y una ligera contractura de la pared abdominal inmediatamente por debajo de la herida nos hicieron pensar en una herida penetrante toraco-abdominal.

Al practicar laparotomía acto continuo, encuentro solamente herida del diafragma de la cual se oye una fuerte inspiración en cada movimiento respiratorio. Suturo el diafragma por medio

de un punto cruzado de catgut y cierre de la pared en tres planos. El enfermo sale curado al décimo día.

No interrumpieron en nada la favorable evolución del postoperatorio ni un estado de alcoholismo agudo prolongado desde quince días antes ni una bronquitis supurada.

Por qué este individuo tuvo un vómito de sangre al ser herido sin haber sido lesionado el estómago Sería una /neníatemesis por herida del pulmón? La dirección de arriba abajo y la ausencia de hemotorax me hacen desechar la idea de la segunda hipótesis.

O no sería vómito de sangre sino un vómito vanal coloreado por alguna sustancia ingerida antes por el paciente? O sería un vómito de sangre por gastritis aguda alcohólica

Difícil de averiguar la exactitud de la calidad del vómito por el estado de ebriedad del enfermo.

S. PAREDES P.

TOXICOSIS GRAVIDICAS (GESTOSIS)

Contribución a la solución terapéutica del problema

Por el Dr. Ricardo Horno Alcorta

Profesor Excedente de la Facultad de Medicina, Director de la "Obra Maternal del Refugio"

Las "cosas del embarazo" es hora ya de que pasen a la historia. El tocólogo actual debe conocer y dominar la biología y la patología de la gestación, ya que la fisiología materna experimenta por el hecho de la gestación misma cambios importantes que a veces pueden ser funestos para ella y para su hijo.

Por el hecho del crecimiento fetal, el metabolismo materno sufre grandes variaciones en lo que se refiere a los albuminoides, grasas, hidratos de carbono, etc. A nuestro modo de ver todas estas variaciones tienen su origen único y todas ellas son grados, más o menos avanzados, de la rotura de lo que Bar denominó "*simbiosis armónica perfecta*."

Este problema, por su importancia, por sus modalidades, se ha estudiado desde los puntos de vista más distintos; nosotros hemos tratado de resolverlo desde el punto de vista terapéutico del que quizá pueda derivarse el profiláctico.

Hecho inicial. —Nuestro colaborador, el Dr. Vicente Carceller, a quien en realidad se debe que fijáramos la atención en este asunto, llevaba ya año es-

tudiando las variaciones de la colessterina en la sangre de diversos procesos y él fue quien nos propuso su estudio en los procesos tóxicos gravídicos.

Sentado este precedente, como es de justicia, un hecho de la clínica, nos hizo prestar la mayor atención al problema; el hecho es vulgar y estoy seguro que otros muchos lo han observado.

Tratábase de una tuberculosa pulmonar, muy desnutrida, con un embarazo de dos meses y un cuadro de toxicosis gravídica considerable: náuseas, abatimiento, sialorea, cefaleas, vómitos pertinaces y rebeldes; mal cuadro. Recuerdo entonces una indicación de Codina: "en las embarazadas con vómitos la tasa de colessterina está disminuida." A pesar de la contraindicación aparente, ya que a la acetylcolina placentaria se atribuye papel ocitócico, esta enferma es tratada con clorhidrato de colina, sin más objeto que levantar su estado general, decaído y precario. Y con gran sorpresa observamos, que a la vez que el estado general de la enferma se levanta, desaparece el cuadro de su toxicosis. Ello hace que íjemos entonces aún

más nuestra atención en los estudios del Dr. Vicente Carceller.

¿Por qué ese aumento de la tasa de colessterina en los procesos patológicos más variados y por qué disminución en otros? ¿Qué papel puede jugar este elemento en las toxicosis gravídicas?

Hechos comprobados. — Para poder interpretar la observación anterior, es necesario basarse en los estudios ya comprobados. Y nos encontramos los siguientes:

La colessterina obra como vacuna contra el veneno de la víbora, provocando *inmunidad* y obteniendo la *curación* de los atacados.

La colessterina tiene acción antitóxica contra la estricnina, curare, alcohol y venenos bacterianos.

La colessterina de la sangre en las embarazadas normales tiene una tasa superior a dos gramos por mil, en líneas generales. La colessterina de la sangre en las embarazadas con las toxicosis más variadas, tiene una tasa inferior a dicha cantidad. Ello está comprobado, sin excepción, en más de 500 análisis practicados por el Dr. Vicente Carceller en nuestra "Obra Maternal," más los realizados por los Dres. Gota y Gines Amelia en nuestra clínica privada.

¿No estará pues aquí la clave de la causa de estos trastornos?

¿No es para muchos autores un índice pronóstico la tasa de la colessterina? ¿No está por otra parte la inmunización en relación con la tasa de esta colessterina?

Deducciones. — Para explicar estos fenómenos, teorías no faltan. Unos, como Bar, atribuyen a la colessterina poder antitóxico. Otros, como Stander, le conceden papel equilibrador. Otros, como Havers, le consideran como fenómeno secundario.

Pero lo indudable es: *V*> Que mientras la simbiosis materno-fetal es perfecta, existe en la sangre una *hipercolesterinemia*. 29 Que cuando esta simbiosis se rompe y se transforma en parasitismo, aparece el cuadro de la toxicosis gravídica y entonces en la sangre existe *hipocolesterinemia*.

La sangre de la embarazada es la cloaca donde van a parar las toxinas ovulares, que son destruidas por las reservas de colessterina circulante. Si así ocurre todo se desenvuelve normalmente. Pero si la cifra de colessterina baja, la toxicosis se manifiesta y con ella se inicia los trastornos de órganos a que las toxinas dañan. El hecho no es nuevo.

De aquí que ante lo expuesto surge la deducción; hay que llevar a la sangre de la embarazada la cantidad de colessterina necesaria para que su tasa sea normal!

Método terapéutico. — Para conseguir esta modificación de la tasa de colessterina en sangre, tenemos a nuestra muñe dos caminos:

19—Directo: Administrar a la embarazada colessterina. A nuestro juicio, este procedimiento no es recomendable, porque así como cada organismo tiene sus características propias, tienen su albúmina propia (Carracido)

y podríamos agravar el cuadro de toxicosis por la sobrecarga del trabajo hepático.

29 Indirecto: Llevando al organismo de la embarazada sustancias capaces de aumentar la cifra de colessterina circulante (Caries y Leuret), como ocurre con la administración del cloruro de colina.

Pruebas clínicas. — Entre los casos recogidos en la "Obra Maternal" y en nuestra clínica privada, pasan de quinientas las gestosis tratadas con el criterio anteriormente expuesto.

En todas ellas se ha hecho.

19 Tasa de colessterina previa.

29 Tratamiento hasta la desaparición del síndrome tóxico.

3¹? Nueva tasa de colessterina.

En todos ellos se ha observado:

1° Antes del tratamiento, cifras de colessterina menores de dos por mil.

2° Desaparición total del síndrome tóxico.

3° Después del tratamiento, aumento de la tasa de colessterina por encima de 2 por mil.

En algunos casos se ha hecho un estudio diario de la tasa de colessterina en sangre para poder seguir su evolución y formar así la curva completa durante el tratamiento.;

Este tratamiento ha consistido en la inyección de un centímetro cúbico de cloruro de colina al 2 %. Corrientemente la inyección es hipodérmica y solo en algunos casos en que ésta, no es bien tolerada se hace la inyección intramuscular. Hemos comprobado así mismo que

la inyección intravenosa no beneficia en nada los resultados. Por regla general, desde la cuarta o quinta inyección el síndrome tóxico comienza a ceder y a los diez o doce días se llega a la normalidad.¹ Sin embargo, esto solo puede tomarse en líneas generales, pues hay casos en que la mejoría y la curación se obtienen mucho antes o mucho después.

Durante el tratamiento hemos observado alguna cefalea, hemicránea, a los quince o veinte minutos después de la inyección, que desaparece fácilmente y que parece estar en relación con ciertos fenómenos de alergia (estímulo desencadenante).

Consideraciones finales. — En esta labor hemos incluido con el nombre de embarazos tóxicos todas aquellas manifestaciones que conciden con la gestación y que con ella terminan, no presentándose fuera del embarazo. De hecho hemos considerado que el síndrome tóxico no es exclusivo de la primera ni de la segunda mitad del embarazo; no puede considerarse como provocado por el cuerpo amarillo, ni por la placenta de modo exclusivo.

Hasta la fecha quedan fuera de nuestro estudio los casos de gestosis graves, a los que hemos de dedicar nuestra atención más adelante. Pero podemos anticipar un hecho evidente y consolador. Ninguno de los casos tratados ha evolucionado en forma grave y todos se han resuelto de modo completo y rápido.

Ello nos hace pensar que quizá exista entre todas las diversas formas de gestosis una interdependencia, una correlación indiscutible, ya que en más de quinientos casos no se ha observado durante el resto del embarazo trastorno alguno de otra índole.

El ciclo de la colesterinemia de Grigaut puede, a nuestro juicio, ser el índice diagnóstico por excelencia de la normalidad de la gestación. Acabamos de ver que la hipocolesterinemia es la manifestación evidente de las toxicosis, las cuales desaparecen tan pronto como la tasa de colesteroína se lleva a la normal.

Por otra parte, las graves gestosis, como la eclampsia, van acompañadas de una tasa elevadísima de colesteroína. Estas hipercolesterinemias van unidas a una elevada albuminuria. Y como en estos casos la intensidad de los procesos de degeneración hepatorenal da lugar al aumento de ácidos grasos en el suero sanguíneo y estos van a la par del movimiento de la colesteroína, todo hace pensar que estas hipercolesterinemias sean citolíticas y por lo tanto indicadoras de la catástrofe que se avecina, consecuencia y no causa de la importancia que la gestosis adquirió.

Queda, pues, el estudio planteado y el campo abierto para la investigación: estos son los hechos:

- 1° Las toxicosis gravidicas (no graves), van siempre acompañadas de una hipocolesterinemia (menos

de dos por mil

- 2° La elevación orgánica de la tasa de colesteroína a la cifra normal (dos por mil, lleva consigo la desaparición del síndrome tóxico.
- 3° Esta elevación de la tasa de colesteroína se obtiene fácilmente de modo indirecto por la administración de un preparado de cloruro de colina.
- 4° Todos los casos así tratados, cuyo número sobrepasa de quinientos, han sido seguidos durante la gestación de evolución distinta.
- 5° Las hipercolesterinemias que acompañan a las gestosis graves (eclampsia), son debidas a la destrucción que la toxemia produjo en los órganos de transformación.
- 6° La tasa de colesteroína en la sangre de las embarazadas debe servir como medio diagnóstico y pronóstico de las toxicosis gravidicas.
- 7° El tratamiento de las despreciadas pequeñas toxicosis es la profilaxia de las formas graves de gestosis.

NOTA.—El estudio detallado de todas las observaciones recogidas, los fundamentos del método terapéutico, etc., que son base de este trabajo, formarán una completa monografía que el Dr. Vicente Carceller, está a punto de publicar.

, ... Del Día Médico.

Radiografía abdominal sin preparación en la oclusión intestinal aguda

Moulonguet en la sesión del 20 de marzo del presente año de la Sociedad de Cirugía de París opina por la propaganda de un método tan menospreciado como útil.

Es perfectamente inofensivo radiografiar un abdomen sin preparación. La ingestión de sustancias opacas requiere un cierto tiempo para llegar al sitio del obstáculo. El lavado de bario es magnífico para reconocer las oclusiones del colon. Si la radiografía sin preparación no muestra ninguna imagen de distensión gaseosa no hay que pasar adelante. Si muestra una oclusión evidente del intestino delgado no hacer enema de bario; y si hacerlo en caso de duda.

Se utilizará de preferencia la posición vertical; el cliché muy grande abarcará todo el abdomen, centrandolo primero en decubito dorsal y poco a poco ir poniendo la mesa vertical. Imágenes gaseosas e hidro-aéreas pueden verse excepcionalmente en el adulto al estado normal pero en el niño siempre. Los niveles líquidos se encuentran en las oclusiones agudas y constantemente las imágenes hidro-aéreas.

Las imágenes cólicas son de más difícil interpretación; normalmente hay gases en el colon y pequeños niveles de líquido sin oclusión; debe hacerse intervenir la noción de cantidad del volumen de las bolsas gaseosas y la extensión de los niveles líquidos. Para localizar-

las debe considerarse el sitio del abdomen y la pelvis, el número, situación recíproca de los niveles del líquido.

La lectura de los clichés se hará con mucho cuidado anotando en un esquema todos los detalles morfológicos y topográficos.

Cuando la experiencia sobre imágenes radiológicas sin preparación sea abundante podrá mostrar varios tipos anormales de diferente pronóstico, benigno, grave o que no requieran intervención inmediata, por ejemplo una estrangulación herniaria y un ileus paralítico postoperatorio. En repetidos casos este procedimiento ha evitado una intervención innecesaria.

Una observación: un individuo entra de urgencia al Hospital por síndrome oclusivo; se siente una resistencia detrás de la pared arriba del canal inguinal, se piensa en el estrangulamiento de una hernia preperitoneal; la radiografía sin preparación muestra la existencia de un nivel líquido muy claro en el delgado que indica una intervención practicada; a pesar de negativa del enfermo anestesiado con enema de Avertina es operado y curado de su estrangulación en el sitio precisado por la radiografía.

En conclusión la observación radiológica en las oclusiones intestinales agudas es indispensable.

L. R.

ry, Gynecology and Obstetrics publican un estudio sobre 250 casos de fracturas del cuello observadas en 23 años. 159 fracturas recientes de la parte supero interna del cuello; 56 trocanterianas; 36 pseudo-artrosis. Dos tercios de fractura en individuos al menos de 60 años. En 159 fracturas del cuello solo se han utilizado 91. Todas salvo 7 tratadas por el método de Wliitman en los primeros días sea el 80 %.

Los resultados al cabo de 4 años, son: buenos 61.5 %; suficientes 18.7 %; malos 19.8 %.

En 60 radiografías utilizables 53.3 % mostraron unión ósea; 13.3 % cayo fibroso; 28.4 ausencia de consolidación.

Muertos en los 6 meses siguientes a la reducción: 31 a 20 % (7 % atribuibies al accidente o al tratamiento).

El método de Whitman da pues un 80 % de buenos resultados pudiendo mejorarse reconociendo precozmente los malos casos que requieran intervención sangrienta.

Sobre 56 casos de fracturas trocanterneas 30 utilizables dieron 87 % buen resultado; 3 % suficiente 10 % pseudoartrosis; muertos 11 %; tratamiento espica enyesada.

En 35 pseudoartrosis los casos observados mostraron resorción del cuello debido a tratamiento tardío. En 16 casos don-

de se aplicó el procedimiento reconstructivo de Whitman hubo 86 % de buenos resultados.

Tuberculosis del seno

W. E. Lee y W. H. Floyd de Filadelfia en Anals of Surgery señalan una estadística de 399 casos de tuberculosis del seno, de los que 14 en el hombre.

Edad: de 6 meses a 73 años, la mayoría de 20 a 40.

Casadas, 294. Habiendo tenido niños, 188. Con historia de tuberculosis familiar 13 %. Con traumatismo anterior 7 %.

Infecciones primitivas, 234. Bilaterales, 13.

Los autores relatan 3 observaciones personales: en la primera se pensó en una enfermedad de Faget. Después de la extirpación de ambos senos se comprobó la naturaleza tuberculosa. En la segunda un cáncer y se trató, por radio y rayos X con mal resultado y en la tercera en una mastitis estafilocócica.

Tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo

A. Correia Neto en Revista de Associacao Paulista de Medicina muestra con 4 observaciones que la lobectomía subtotal con ligadura previa, extra-tiroidea de las arterias es el mejor tratamiento en el adenoma tóxico y la enfermedad de Basedow.

LA EDAD DE LOS MÉDICOS

CUANDO MUEREN Y CUANDO REALIZAN SUS GRANDES
HECHOS (1)

Por el Dr. ARISTIDES A. MOLL,

Corresponsal de la Revista de la
Facultad de Medicina de Bogotá

I.—CUANDO MUEREN

Ya el buen Hipócrates reconoció que, si bien los médicos debían saber gobernárselas a fin de vivir más que el resto de la familia humana, no sucedía así en la vida real. Voltaire, amigo de los galenos, pero como heredero de la tradición de Moliere, también aficionado a ponerles banderillas, solía recordar con toda intención a la Facultad de París que en sus filas no figuraba un solo centenario. Sin embargo, la clase médica en Francia había tenido sus centenones; por ejemplo, Marco Galo, cirujano de Cario Magno, quien se vanagloriaba de que el brandy le había prolongado la vida hasta los 124 años; el español Saporta, facultativo de Carlos VII, quien alcanzara la proveyta edad de 106 años; en el siglo XVI el ríorman-do Constantín, de 103; en el XVII, Grou, de 120, y Patenotre, de 103, aún empuñando el bistur**ria** a los 101; en el XVIII el lorenés Politiman, de 140; Poney, de 104; el neurólogo de Petit, de 107 años; Desfournelle de Barjac, cuya mano, que ya llevaba 119 años en la tierra," estrechó Napoleón en 1809; y en pleno si-

glo XIX, Cadart, de 120, Chaule, de 103; Zalewski, de 144; Tremouille, de 126; Fau, de 105, y por fin los tres hermanos de Bossy, el Havre, los tres centenarios, sin olvidar a Gueniot, quien pasada la centena, escribe un libro relativo al modo de alcanzar tal edad y sigue tan campante asistiendo a las sesiones de la Academia de Medicina de París.

A la lista podríamos agregar al químico Chevreul, de 102 años, ya los italianos Corti, de 102, y Bassini, de 110. En 1776 Haller sólo halló un médico centenario y Hufeland en 1818, también únicamente uno. En su galería de centenarios en 1842, Goncourt citaba a 12 médicos. A principios del siglo actual, Picard citaba a 4 centenarios en Inglaterra, y a otros tantos en los Estados Unidos, uno de ellos, Smith, de Cairo, de 123, y en realidad se le quedaron algunos en el tintero. En los Estados Unidos no ha mucho cumplió la centena el profesional más anciano del país, y en bastantes años los vemos aparecer en las listas mortuorias, por ejemplo, en 1932, 1925, 1923, 1905. En Italia celebraron hace poco el centenario del Dr. Luigi Gordani. Lo engañosas eme resultan a veces tales ci-

(1) *Rev. de la Fac. de Med., de Bogotá*, junio de 1933.

fras queda demostrado, por el hecho de que el francés Morango, cuya partida de defunción le atribuía 117 años, luego resultó no tener más de 92.

Lumbreras. — Si consideramos ahora la edad a que han muerto los médicos más famosos del número, incluso ciertos cultores de profesiones aliadas, obtenemos la información que sigue:

26, Carrión (autoinfectado); 31, Balfour (muerto en los Alpes); Bichat; 32, Graat, Varolio; 33, Wells (suicida); 35, Schaudinn; 36, Gray, Negri; 38, Stensen; 39, Falopio, Martine (autoinfectado); 41, Alcorta; 42, Graefe; 43, Bayle, Servet quemado; 45, Cohnheim, Cruz, Herther Colombo, Swammerdam; 44, Bartholin, Brissot, (C. A.), Laennec; 46, Stoll, Vicq d'Azir, Wallace; 47, Perroncito, Semmelweiss; 48, Lorry, Paracelso (asesinado); 49, Morton (W. T. G.), Murchison, Schultze; 50, Eustaquio, Flack, Meckel, Remak, Vesallo; 51, Acosta Ortib Desault, Griesinger, Pirovano, Lavoisier (guillotinado),

Reed, Venel; 52, Albarrán, Montes de Oca, Morton (S. G.); Much, Noguchi, Whytt; 53, Darling, Graefe (C. F.), Listón, Gopden, Mobius, Tagliacozzi; 54, Abderhalden, Bordeau, Fernández, Tait, Willis (Th.); 55, Celli, Cruikshank, Delpech, Leri, Mikulicz, Willan; 56, Bert, Broca, Cantani, Spurzheim, Oung; 57, Avicena, Ayerza, Bell (J.), Friedreich, Graves, Lisfranc, Müller, Valsalva, Westphal, Wernicke (C), Vilerdebó; 58, Balfour, Dupuytren, Lortat-Jacob, Pethes, Traube, Withering, Zlatogoroff; 59, Horsley, McDowell, Meynert, Moussy, Murphy, Peyer, Simpson, Weigert; 60, Casal, Cushing, Grocco, Mondeville, Otero, Wassermann; 61, Arrizabalaga, Centeno, Ehrlich, Oppenheim, Parinaud, Wolff; 62, Argerich, Aristóteles, Baillie, Fenger, Flemming, Guarnieri, Kraft-Ebbing, Mendel, Ricaldoni, Warren (J.), Wilchmann, Wunderlich; 63, Behring, Gerhard, Kühne, Löffler, Long, Menière, Ribas, Zabolonty; 64, Adami, Baudelocque, Brushettini, Cheselden, Ferreira, Hebra,

Laguna, Lallemand, Mosso, Pecquet, Penna, Radcliffe, Soca, Warthin; 65, Bernard, Billroth, Cheyne, Hunter (J. y Wm.), Loeb, Pablo de Egina, Ramos Mejía, Senn, Scholossmann, -Villemain, Sydenham; 66, Balmis, Broussais Corti, Corvisart, Daviel, Frerichs, Gorgas, Holmgren, Lancisi, Lusk, Malpighi, Nelaton, Orfilia, Smellie; 67, Albernethy, Achúcarro, Addison, Antoine, Camper, Drake, Gaskell, Helmont, Koch, Laségue, Mercier, Parry, Petit, Rabelais, Sprengel, Trudeau, Sinimermann; 68, Ascoli, Arbuthnot, Beaumont, Bell (Ch.), Charcot, Dejerine, Esquirol, Fischer, Gothergill, Gaffky Golz, Gullstrand, Halle, Leydy, Rush, Teissier, Thayer, Valles, Vargas, Wherlhof Wernicke, Widal; 69, Alibert, Arand-Duchenne, Bardleben, Bright, Budd, Ferguson, Fracastor, Guiñón, Haller, Lapeyronie, Letamendi, Maimónides, Marchiafava, Parkinson, Rawson, Salosky, Schonlein, Tissot, Wilde; 70, Argerich, Boerhaave, Cantón, Colles, Creighton, Dapaine, Esquerdo, Fitz, Galeno, Gall, Gorman, Gowers, Grossi Haffkine, Halstead, Hoppe-Seyler, Lucas-Champagnière, Huxley, Janeway, Liebig, Mingazzini, Osler, Posenille, Razetti, Richter, Sims, Sussmilch; 71, Bowditch, Cadwalader, Donders, Forlanini, Foster, Knox, Kraepelin, Linneo, Metchnikoff, Pfluger, Redi, Syme; 72, Averroes, Barthez, Brunton, Daza Chacón, Dieulafoy, Eykman, Guiteras, Haen, Hicks, Kitasato, Mackenzie, Mauriceau, Mendel, Montes de Oca, Razés, Schuman, Shippen, Stromeyer, Strümpell, Swieten, Tronchin, Tuffier, Velpeau; 73, Albinus, Arata, Banti, Barth, Brücke, Cabred, Cooper, Credé, Darwin, Deventer Flourens, Helmholtz, Hernández, His, Lagley, Magendie, Minkowski, Pasteur, Pettenger, Cchiff, Thiersch; 74, Badmes, Bigelok (H. J.), Bruner, Czerny, Dercum, Goto, Gull, Hufeland, Jones (3), Kossel, Pott, Rayer, Rodríguez Méndez, Rokitansky, Roux, Sthal, Stokes; 75, Babinski, Billings (J. S.), Kronecker, Pringle, Ringer, Ross, Rubio, Santorio, Sommering, Sydenham, Tommasi, Travers, Turck, Variot; 76, Bowman, Bruce, Cirincione, Deaver, Farr, Flügge, Frank, Henle, Huxham, Kocher, Muñiz, Mutis Vüanova; 77, Brown-Sequard, Browne (Th.), Corrigan, Hughlings-Jacson, Larrey, Langenbeck, Laveran, Levret, Petit, Potain, Roentgen, ¡Sajous!, Silvio Skoda, Sternberg; 73, Bai-lou, Bastian (H. C), Billings (F.), Cullen, Lind, Manson, Mo-lleson, Oribasio Romberg, Rubner, Sharpey Unanue, Unna, Vaughan, Warren (J. C.); 79, Allbutt, Andral, Bonn, Brodie, Cesalpino, Bouquet, Fuchs, Gross Hysem, Klebs, Kusmaul, Ostwald, Porta, Ludwig, Salkowski, Spencer-Wells, Tizzoni, Wooü; 80, Alderottl, Alejandro de Tralles, Bacon (R.), Berthelot, Cheyne, Creighton, Glisson, Harvey Kober, Littré, Lulio, Monardes Quincke, Souza Lima, Trendelenburg, Villalobos, Weismann; 81, Erb, Hodgson, Mead, Palfyn, Plüger, Pinel, Ramazzini, Rojas, Romay, Virchow; 82, Diday, Fabricio, Finlay, Fernel,

Fournier, Hardy, Hoffmann, Purkinje; 83, Bang, Bodington, Cruveilhier, **Farel**, Golgi, Jenner, Torti, Weber; 84, Baccelli, Baer, Boer, Bompland, Bretonneau, Hering, Hutinel, Hyatt, Labbé, Lawrence. Licéaga, Picter, Turner, Waldeyer; 85, Bouillaud ' D'Espine, Esmarch, Giovanni, Haeckel, Holmes, Hutchinson, Lister, Paget, Piory, Politzer Ecarpa, Weir-Michell, White (Ch.), Wiley; 86, André, Fabre ,Louis, Mendizábal, Mercado; 87 Auenbrugger, Wardrop, Wilks; 88, Wund; 39, Galton, Gruby, Guyon, Hahnemann, Hipócrates, Morgagni, Ricord; 90, Chadwick, Chauveau, Coppez, Gutiérrez, Portai; 91, Bretonneau, Heberden Murri, Leeuwenhoek, Nafiz, Pacha; 92, Avenzoar, Bigelow (J.), LeBon, Poey; 93, Albucasis; 95, Cardarelli, Keen; 97, Anel.

La edad media arrojada por las cifras anteriores que, por su respetable número (516) de entidades, tal vez sea acreedora a cierta consideración, sube a 72.3 años (la proporción sería algo más alta si elimináramos algunas muertes por violencia o ac-

cidentes) y desciende a 67.7 para los americanos. Descomponiendo algo más, tenemos 40 de 50 años o menos, 127 de 51 a 65 años; 236 de 66 a 80 años; 90 de más de 80 años; 13 de más de 90.

Cifras para varios países y épocas.—Si queremos analizar algo más tenemos para 6 médicos de la antigüedad, incluso Hipócrates y Galeno, 78.9 años; para 10 nebro-árabes, 74.1; para 15 de la Edad Media, 72.3; para 54 del Renacimiento, 66.0; para 51 del siglo XVII, 63.4; para 164 del siglo XVIII, 69 (44 ingleses, 67.8; 26 franceses, 71.5; 33 alemanes, 68.8; 17 italianos, 75.4; 21 españoles, 67.1; 10 de otras nacionalidades europeas, 73.5 años; y 9 estadounidenses, 73.3); para 658 de la época moderno-contemporánea, 69.5 (129 ingleses, 68.9; 93 franceses, 70.3; 180 alemanes, 70.8; 48 italianos, 67; 168 estadounidenses, 68.1; 40 de otras nacionalidades europeas, 69.4). Compilando datos algo más amplios para ciertos países en la época moderno-contemporánea, tenemos para 49 españoles, 68.2; para 80 ar-

gentinos, 61.5; para 88 cubanos, 63. ;549 mexicanos (incluso 15 muertos en epidemias de tifo), 56.5, sin ellos, 63.7; 37 peruanos, 59.7; 31 brasileños, 62.9; para 30 venezolanos, 59.5. Por lo exiguo de las cifras, sólo citaremos como curiosidad 10 ecuatorianos, 62.6; 8 chilenos (siglo XVIII y principios XIX), 69.5; 8 uruguayos, 59.5; 10 colombianos, 65; 8 puertorriqueños, 67.1; 4 guatemaltecos, 63; y 2 bolivianos, 54.5 años.

Muy de desear sería que individuos del calibre de Houssay en la Argentina, Osorio en Bolivia, Nascimento en Brasil, Leroy en Cuba, Marín en Chile, Lasso Meneses en Ecuador, Ego Aguirre en Perú, Schiaffino en Uruguay, Bermúdez en México, Rodríguez Rivero en Venezuela, Guzmán Rodríguez en Puerto Rico, Real en España, coleccionaran datos suficientes de este género que nos permitieran juzgar cuál es la verdadera situación, y si es un hecho que los médicos latinoamericanos acusan una longevidad sensiblemente menor que los europeos o estadounidenses.

Para 212 médicos, con predominio anglosajón, que cultivaron la literatura como pasatiempo o profesión, la edad media fue 62.9 años.

Es, sin embargo, un hecho ya apuntado por Lanzer en 1873 y reiterado por Picard 30 años después, que no se puede juzgar la longevidad de la profesión por la de los que aparecen en historias y biografías, pues bien pocos son los que escalan los peldaños de la fama antes de los 40 años. Du Bois (1835),

Guy (1854), Foissac (1873) y Marmisse (1878) hicieron resaltar con cifras convincentes que, una vez célebres, los médicos figuraban entre las profesiones de más vida.

Debemos, pues, considerar guarismos que representen la generalidad más bien que la *élite*. Hill en 1925 calculó la expectación de vida para 803 médicos ingleses nacidos de 1570 a 1825; descubriendo que en cada una de las 4 épocas estudiadas, los facultativos de 35 a 45 años de edad se ganaban en uno a dos años a los pares de edad correspondiente, pero a partir de esa edad, poco, y ese poco en favor de los médicos, había que escoger entre ambos grupos, habiendo sus alzas y bajas en favor de uno u otro. El resultado es aún más ventajoso para los médicos si se les compara con la población general, pues aún los del Siglo XVII tienen una longevidad mayor que los varones que hoy día. Según Guy, entre 836 médicos de 1758 a 1851, hubo dos centenarios y 376 de más de 70 años. Sus cifras para el Siglo XV fueron: 63; Siglo XVI, 64; XVII, 66; XVIII, 67. Las edades de Salzmann son mucho más bajas: Siglo XVI, 36.5; XVII, 45.8; XVIII; IX, 56.7. O'Connor en 1886 calculaba para los ingleses 54, irlandeses 57 y escoceses 71, mientras que para los del ejército y la armada la proporción descendía a 58. En Francia, Foissac, en 1873, obtuvo una edad media de 68 años para 114 facultativos. Du Bois en 1835, entre 850, encontró 4 centenarios; 31 de 90 a 100: 116 de 80

a 90; 213 de 70 a 80; 202 de 60 a 70; 136 de 50 a 60; 83 de 40 a 50; 57 de 30 a 40, y el resto de 30 o menos. Marmisse, entre 672 (409 franceses) del Siglo XIX, promedió 62.2, y Roubaud, entre 287 académicos franceses encontraba una edad media de 58. Lombard, para Ginebra, entre 18 de los más encumbrados, 66 años; y entre 41 más pobres, 54. Caspar, en una serie de 624 (principalmente alemanes), no podía subir más de 56.7, y en otra serie de 3,463, sólo 6.3 por ciento sobrevivían más de 60 años. En 1865 Gussmann descubría para 1022 alemanes una edad media de 55 años. Otro análisis arrojó 57.8 para 2.000 alemanes. En una lista compilada por Birnbaum en 1890 entre 15,000 médicos vivos había 25 por ciento de 51 a 60 años; 12 por ciento de 60 a 70; 5 por ciento de 70 a 80; y 8 por ciento de más de 80. Fürth en 1930, citó para los médicos cifras de 64.49; teólogos, 67.97; juristas, 69.25. En un estudio publicado por Hadrich en 1928, los médi-

cos alemanes se subdividían así: menos de 35 20.4 por ciento; 36-55, 61.6 por ciento; más de 55, 14.3; edad desconocida, 3.7. Estudios semejantes han sido realizados para otros países europeos; por Grebenshtshikoff, Pivaroff, y Zetand para Rusia; Kjellberg para Suecia; Kopro para Noruega, y de Wilde para Holanda.

Estados Unidos. — En los Estados Unidos, un estudio de 37 miembros de la Sociedad Médica del Estado de Massachusetts que murieron en 1870-71 reveló una edad media de 60.5 años; Kemper descubría entre 213, 56.75 años; Rauch para el Estado de Illinois establecía una edad media de 52 años, y sólo 11 por 100 de más de 70. Para 147 médicos de Chicago, la cifra es 62.7, para 15 médicos del Siglo XIX en el Estado de California, 67.3. Wells en 1885 daba una edad media de 56 años para el país. Kortright en 1895 daba un promedio de 54.6 para 450 médicos de las ciudades de Brooklyn y N. Y. De 89 presi-

dentes de la Sociedad Médica del Estado de Nueva Jersey hasta 1895, 24 tenían más de 60 años al morir; 34 de 60 a 70; 20 de 70 a 80; 10 de 80 a 90; 1, 93, y 1 más de 100. La edad media de 21 presidentes de la Asociación Americana de Salud Pública subió a 71.9 años. En 1902 la edad media de los médicos que murieron en los Estados Unidos era de 58.6 (para el país en general no pasaba de 52 a 55). El coeficiente de mortalidad entre los médicos, de 1901 a 1925 promedió 17.08 por 1.000 (en el área de registro para la población en general era de 16.6 en 1900-04; en 1925, de 11.8). En 1905, 62 de los médicos que morían tenían menos de 30 años; 103 de 70 a 80; 239 de 80 a 90; 25, más de 90, y 2 más de 100 (lo cual compárase con la siguiente distribución en 1900-04 en la población general de más de 25 años: 25-34, 1'S por 100; 35-44, 15.4 por 100; 45-64, 32.2; más de 65, 37.1), comparado con los siguientes números en 1925: 21, 48, 207, 19 y 1. Los datos compilados anualmente por la Asociación Médica Americana revelan en los últimos años esta edad media: 1919, 59.2; 1926, 62.8; 1927, 62; 1928, 63.1; 1929, 64.9; 1930, 63.7; 1931, 63.8; 1932, 64.1 (incluso 55 de 90 o más y 2 centenarios). Esto se compara con una edad media estimada para la población general de 58 o 59 años, lo cual dista mucho de ser comparable, pues sabido es que la última representa un grupo de edad muy diverso, y que en la última cincuentena prome-

diado 57 por 100 de la población del país.

Comparaciones con otras profesiones. — Cuando pasamos a las comparaciones, encontramos algunos guarismos interesantes. En Francia los Bertillon no pudieron dar con cifras exactas que se conformaran a sus rigurosas pautas. Analizando en 1912 11 tablas (4 inglesas, 2 parisienses, 1 francesa, 1 suiza, 2 escocesas y 1 de Leipzig), Bertillon hijo declaraba que en general la mortalidad profesional en París era baja, la de los médicos mediana. En Inglaterra la mortalidad de los facultativos de 35 a 54 años subía casi á las mismas cifras que en la población general, y en 1839 una estadística . consignaba 45 años para médicos, 50 para abogados y 59 para clérigos. En 1853 Guy, excluyendo muertes-violentas entre 260, dedujo que la longevidad de los médicos discrepa muy poco de la de los clérigos. En Massachusetts el registro de 1843 a 1866 daba para 820 médicos 55.84 años, comparado con 56.21 para letrados, 57.79 para clérigos y 66.38 para jueces, y una tabla de 1858 anotaba para médicos, 54.95; clérigos, 52.41; abogados, 54.3, y labradores, 63.9. Ogle en 1886 calculó que la mortalidad entre los médicos subía a 25.53; entre maestros a 19.9; letrados a 20.23 y clérigos, 15-93. En un análisis para 1921 publicado por el Registrador General de la Gran Bretaña hacíase constar que la mortalidad de los médicos era mucho mayor que para otras profesiones, por ejemplo, abogados, y casi el do-

ble que para los ministros del altar. Karper, en Breslau, calculó esta edad media: médicos, 56 años; sacerdotes, 58; profesores, 59; funcionarios públicos y' letrados, 64. Futrh en 1930 citó para los médicos cifras de 64.49; teólogos, 67.97, y profesores, 69.25. Escherich de Baviera observó que, de cada 100, cumplían 50 años 53 maestros; 41 profesores; 39 magistrados y juriconsultos; 34 sacerdotes y 26 médicos. La edad media para otras profesiones puede resultar de interés: para 23 eminentes del teatro, 70.7 años; para 110 actores y actrices muertos en los últimos años, 60.7; para los boxeadores (en los últimos dos siglos), 63; para 74 poetas ingleses, 55.4; 54 franceses, 60.8; 79 alemanes, 57.8; 49 españoles, 60.8; 64 autores españoles hasta el siglo XVI, 66; 10 del siglo XVII, 63.1; 19 del siglo XVIII, 65.8, y 60 del siglo XIX, 66; 137 autores estadounidenses, 63.25; 433 autores ingleses, 62.7; 1630 personajes que figuran en el Diccionario Nacional de Biografía de Inglaterra, 70 años. Para los 16 soberanos españoles de los últimos 4 si-

glos, la cifra es 57.1 años; para los 17 franceses, 51; para los 18 ingleses, 59.4; para los 22 primeros ministros ingleses del último siglo, 72; en los Estados Unidos, para 44 firmantes de la Declaración de Independencia, 66.3; para 39 firmantes de la Constitución, 67.7; para 29 presidentes, 69 (desde la Guerra de Secesión, sólo 63) ; para 29 vicepresidentes, 69.4; para 61 jueces del Tribunal Supremo, 70.2; para 40 ministros de relaciones exteriores, 70.3; para 40 ministros de hacienda, 73.7; y para otros 158 miembros del gabinete, 70.5 años.

Varias clases de médicos. — Nelson en 1852 apuntó que la mortalidad entre los médicos solteros de 20 a 54 años ascendía a 2.386 por 100, y entre los casados a 1.872; mientras que entre los de 55 a 84 años las cifras eran de 2.972 y 4.422, respectivamente. Guy, en 1853, declaraba que es mayor en los médicos generales que en los demás grupos, variando de 67.04 a 72.95. Bertillón, basándose en estadísticas reconocidamente incompletas, en 1912 consignaba entre los médicos parisién-

ses cifras mucho más favorables que entre los del campo. En Inglaterra se ha observado igualmente que entre los consultores de Hartley Street en Londres (la cúspide de ía profesión) , la mortalidad es más baja que entre el resto de la clase médica en la ciudad y mucho menor que entre los del país en general.

Causas.— Entre las grandes causas de la mortalidad entre los médicos destacan siempre las afecciones cardiovasculares y las nerviosas. El suicidio ocupa igualmente puesto importante. Ogle, en 1886, afirmó que el coeficiente de suicidios en 1878-83 representaba para los médicos 464; para los letrados, 354, y para los clérigos, 128. Bertillón observó que la tuberculosis y el mal de Bright alcanzaban cifras elevadas entre los médicos, las neuropatías, muy elevadas, y las cardiopatías, normales, mientras aue el suicidio, muy común en Inglaterra, era muy raro en París. En 1921 el Registrador General de la Gran Bretaña puntualizaba, entre las principales causas de la mortalidad entre los médicos, alcoholismo y suicidio. Con respecto a alcoholismo, Bertillón reconocía que, raro entre clérigos y maestros, no lo era tanto entre abogados, arquitectos y en particular médicos. En los Estados Unidos la proporción de muertes de médicos cargada al suicidio representó 56 por 100,000 en 1932; 41 en 1931; 42 en 1930; 32 en 1929; 30 en 1928; 33 en 1927; 25 en 1926, y 48 en 1925, lo cual se compara con lo siguiente para el área de regis-

tro: 1931, 16.8; 1930, 15.6; 1929, 14.0; 1928, 13.6; 1927, 13.3; 1926, 12.6; 1925, 12.1; 1920, 10.2; 1910, 16.0; 1900, 11.5. Las cifras, claro está, no son estrictamente comparables, pues las edades más bajas, por lo tanto fuera de la edad del suicidio. Aún descontado, sin embargo, 50 por 100 de la última y doblando, *ipso fado*, los coeficientes consignados, tenemos un coeficiente de suicidio de 2 a 6 veces mayor para los médicos que para la población de la misma edad.

Herencia.—■ Hecho es establecido por la eugenesia que la longevidad posee marcado carácter hereditario o familiar. La siguiente lista, hartó incompleta, por supuesto, con las edades de médicos de la misma familia, no acaba de prestar apoyo a la teoría: Albarrán, 57, 52; Argerich, 60, 85; Bell, 57, 68; Bigelow, 92, 74; Bowditch, 71, 84; Cowley 62, 71, 84; Darwin, 71, 73, y Galton (primo), 89; Flint, 74, 79; Gordon. 69, 52; Graefe 53, 42, 69; Hebra, 64, 55; Hernández, 73, 78; Huntler, 68 68; Jackson, 91, 24; Janeway, ??, 45; Langenbeck, 75, 77; Listón, 53 y Syme (primo), 71; Meckel, 50, 47, 52; Mitchel, 60, 85; Montes de Oca, 70, 51 72; Monro, 70, 80, 86; Plasencia (primos), 46, 70; Rush, 68, 23; Torralbas, 61, 54; Ortiz, 64, 40; Warren, 62, 78; Weber, 83, 65, 97.

II.—CUANDO REALIZAN SUS OBRAS MAS NOTABLES

Dejando ahora a un lado ia edad al morir, tomemos otras efemérides aun más interesantes, o sea la edad de los médi-

eos al realizar sus obras más notables, veremos este curioso panorama cronológico.

19 años: Bruner **describió** sus glándulas (a los 30 excindió experimentalmente el bazo y el páncreas de los perros) ; T. B. Young escribió su estudio sobre la acomodación visual (a los 28 describió el astigmatismo y promulgó sus teorías de la percepción de los colores y de las ondas luminosas).

21 años: Haller recalcó en un poema famoso las bellezas de los Alpes (a los 28 reconoció el uso de la bilis y promulgó la teoría miógena de la acción cardíaca; 49, diferenció los impulsos nerviosos de las contracciones musculares); Sir Humphry Davy experimentó con el óxido nítrico como anestésico; Swammerdan observó hematíes en la **sangre** de las ranas.

22 años: Cohn descubrió que el protoplasma animal y el vegetal son análogos; Sims operó con éxito por absceso hepático (a los 24 extirpó ambos maxilares, y a los 32 introdujo su posición y su espéculo).

23 años: Ehrlich descubrió los plasmocitos y comenzó sus tra-

bajos con los colorantes; Graaf inició los estudios de la función del páncreas (a los 27 describió el testículo, a los 31 las vesículas que llevan su nombre); Leidy describió la triquinosis (a los 63 indicó la posible relación de la uncinaria con la anemia) ; Liebig estableció su laboratorio químico (26, descubrió el ácido hipúrico; 28, el doral y el cloriformo) ; Remak describió las fibras nerviosas no medulares (a los 27 reprodujo experimentalmente la tina favosa y diferenció el hongo causante; a los 33 describió las fibras ganglionares del seno venoso del corazón de la rana); Stenon describió su conducto fa los 26 reconoció la naturaleza muscular del corazón) ; Von Soemmering clasificó los nervios craneales.

24 años: Blegny inventó el suspensorio; Blumenbach inició la antropología moderna; Bowman describió el músculo estriado (26, las membranas pavimentosas, y expuso su teoría *úe* la secreción urinaria) ; Meekel describió el ganglio submaxilar, Neisser el gonococo, Peyer las placas; Schwann de-

mostró que el embrión necesita aire (25, descubrió la pepsina; 26, que la putrefacción es producida por cuerpos vivos; 27, la naturaleza orgánica de la levadura, y que la tensión de un músculo en contracción varía con el largo; 28, describió la vaina del cilindro eje); Virchow definió la leucemia (25, diferenció la piemia de la septicemia, describió la neuroglia, y creó la doctrina del embolismo; 37, publicó su patología celular; 41, introdujo el nombre de artritis deformante; 71, publicó su estudio de los cráneos indios); Wohler inició la moderna química del metabolismo (28, sintetizó por primera vez una sustancia orgánica). -

25: Du BoisReymond describió la diferencia de potencial entre los extremos resecaos e intactos de un músculo o nervio excindido, y definió la electrotonicidad; Morton empleó el éter como anestésico.

26: Carrión descubrió la contagiosidad de la verruga peruana; Albrecht von Graefe describió el queratocono (29, introdujo la iridectomía en varios estados oculares); Hertwig demostró que el espermatozoo penetra en el huevo; Paré realizó la primera exarticulación del codo; (35, publicó su tratado de experimental (30, comprobó la estudio de la versión podálica; 54 su tratado de cirugía; 65, describió el envenenamiento por monóxido de carbono); Pasteur estudió la disimetría molecular (35, la fermentación, 40, la generación espontánea; 41, enfermedades de los vinos; 43, enfermedades de los gusanos de se-

da; 49, descubrió los microbios de la cerveza; 55, los microbios del carbunco y el cólera aviarío; 58, la vacuna preventiva; 63, la vacuna antirrábica); Wolff publicó su teoría de la generación (35, su monografía sobre el desarrollo del intestino).

27: Ashford descubrió la existencia de la uncinariasis en Puerto Rico e inició la lucha mundial contra el mal; Baillie describió la transposición visceral (28, el hidrosalpinx y los quistes dermoideos del ovario; 32, publicó su patología); Henle estableció los modernos conocimientos de los tejidos epiteliales (31, ya había hecho importantes descubrimientos anatómicos e histológicos y expuesto la teoría del contagio animal); Hodgson publicó su tratado de las enfermedades de las arterias y venas; Long operó en un eterizado; Theobald Smith realizó la primera inmunización experimental (37, comprobó la transmisión de la "tristeza" por un insecto).

28: Eustaquio completó sus tablas anatómicas; Flourens demostró que el cerebro es el órgano del pensamiento y de la voluntad (34, la causa del vértigo; 43, el nudo vital (centro respiratorio); Gerhardt diferenció el tifo de la tifoidea; von Haller reconoció el uso de la bilis; Heister realizó la primera autopsia en un caso de apendicitis (35, introdujo el término traqueotomía); Linneo publicó su "Systema Naturae"; Rush describió el cólera infantil (35, el dengue); Velpeau publicó la primera obra detallada sobre anatomía quirúrgica.

29: Balfour publicó su tratado de embriología; Bichat publicó su tratado de las membranas (30, su anatomía y su estudio de la vida y la muerte); Black descubrió el bióxido de cal; Bouillaud correlacionó la afasia con una lesión de los lóbulos del cerebro, y estableció la relación entre las cardiopatías y el reumatismo agudo; Darwin ya había formulado su teoría del origen de las especies; Cari Ferdinand von Graefe introdujo la operación por paladar bífido y fundó la moderna cirugía plástica; Hebra clasificó las dermatosis; Poiseuille descubrió el hemodinómetro, y a los 41 expuso la ley de la viscosidad sanguínea; Reamur demostró la generación de las garras y escamas de los crustáceos (69, aisló el jugo gástrico y demostró sus efectos) ; Semmelweis reconoció la infecciosidad de la fiebre puerperal ; Vesalio pulverizó los errores anatómicos de Galeno; Wells empleó el Oxido nitroso como anestésico en "odontología. 30; J. Bell comenzó la publicación de su anatomía; Claude Bernard, su investigación de la función glucógena del hígado; Golgi introdujo la coloración argéntica (42, demostró que los accesos palúdicos coinciden con la esporulación de los parásitos) ; Hope publicó sus observaciones de los soplos cardíacos; Janet recalcó la etiología efectiva de la histeria (a los 39 la relación entre las neurosis y las ideas fijas); Jenner ya había comenzado sus estudios de la vacuna; Kolliker demostró el verdadero desarrollo de los espermatozoos (a los 31 aisló el músculo liso, a los 33 escribió el primer tratado de anatomía microscópica, a los 35 el primer manual de histología humana; Wagner v. Jauregg discutió la piretoterapia en las psicosis (60, introducido la malarioterapia) ; Ross descubrió el vector del paludismo; Wiseman había practicado la primera uretrotomía exterior por estenosis.

31: Banting descubrió la insulina; Gruikshank investigó la reunión y regeneración de los nervios cortados (35, el paso del huevo impregnado por la trompa, y la fisiología de la absorción y la transpiración insensible); Cheyne describió la hidrocefalia aguda (41, la respiración de Cheyne-Stokes); describió los capilares (33, demostró la naturaleza de los pulmones; 37, describió los hematíes; 45, escribió su tratado de Embriología); Mayow ya había descubierto el objeto de la respiración; descrito la función de los músculos intercostales; localizado el origen del calor animal en los músculos; descubierto la doble articulación de las costillas y raquis; Mauriceau publicado su tratado de las enfermedades de gestantes y de puerperas; Murchison publicado su tratado de las fiebres de la Gran Bretaña (43, relacionó un brote de tifoidea con un abasto de leche); Parry descrito el bocio exoftálmico; Swammerdam descubierto y descrito los nematodos (32, publicado su lista de los insectos).

32: Abernethy había ligado por primera vez la íliaca exterior por aneurisma; Coiter investigó la osteogenia; Mme. Curie descubierto el radio; Frank iniciado la higiene moderna (a los 47 probado la importancia de las afecciones medulares, y a los 49 definido la diabetes insípida); Hewson demostrado la causa de la coagulación sanguínea; Lavoisier descubierto el oxígeno y el nitrógeno; Piorry inventado el plexímetro y a los 34 descubierto la percusión me-

diata; Ricord diferenciado la blenorragia de la sífilis.

33: Fabry amputó por primera vez el muslo y recomendó la amputación más arriba de la parte afectada; Gray publicó su anatomía; Koch estudió el carbunco (34, introdujo métodos de coloración, fijación y desecación de bacterias; 35, estudió las infecciones traumáticas; 38, obtuvo cultivos puros; 39, descubrió el bacilo de la tuberculosis y expuso sus postulados; 40, descubrió el vibrión colérico y el bacilo de la conjuntivitis infecciosa; 47, la tuberculina); Manson descubrió el vector de la filariasis; Purkinje inició los estudios del nistagmo (a los 36 apuntó la importancia de los dactilogramas y describió la vesícula germinal del embrión; a los 46, las glándulas sudoríparas).

34: Hodgkin descubrió la enfermedad que lleva su nombre; Holmes explicó la contagiosidad de la fiebre puerperal; Laennec descubrió el estetoscopio; Lower realizó una transfusión directa de un animal a otro; Schaudinn descubrió el espiroqueto pálido; Skoda sistematizó la auscultación y percusión; Widal introdujo su reacción.

35: Credé introdujo la expresión externa de la placenta (65, la profilaxia de la oftalmía neonatal); Dupuytren reseccó el maxilar inferior; Heberden hizo desaparecer de la farmacología el mitridatismo y la triaca (57, describió la varicela y la nictolopia; 58, la angina de pecho); Paracelso escribió su tratado de las heridas abiertas; Paré su tratado sobre heridas por pro-

yectil; Richtar escribió su tratado de las hernias; Süssmilch publicó su obra sobre demografía; Withering probó la digital en las cardiopatías.

36: Bartholin describió el conducto torácico; Behring la antitoxina diftérica; Brissot reintrodujo la sangría hipocrática; Fothergill describió la angina diftérica (51, la neuralgia facial) ; Simpson introdujo el empleo de la anestesia en obstetricia; Wallace escribió su trabajo sobre el origen de las especies.

37: Cesalpino se mostró precursor en el descubrimiento de la circulación sanguínea; Fontana inició la investigación de los venenos ofídicos; Whytt demostró que no se necesita una médula espinal íntegra para la acción refleja (a los 54 describió la meningitis tuberculosa en los niños y el reflejo que lleva su nombre).

38: Bright describió la nefritis esencial; Hicks introdujo la versión podálica; Lind recomendó el jugo de limón contra el escorbuto (a los 41 estableció las bases de la sanidad naval, a los 52 inició la medicina tropi-

cal) ; Lister introdujo la antisepsia; McDowell realizó la primera ovariectomía; Martine revivió la termometría clínica; Roonhuyze escribió el primer tratado médico de ginecología operatoria.

39: Auenbrugger publicó su invento de la percusión torácica; Falopio completó sus descripciones anatómicas; Graves describió el bocio oxoftálmico; Wm. Hunter recomendó la punción de los quistes ováricos (43. describió el aneurisma arteriovenoso; 52, la retroversión uterina); Priestley describió el óxido nítrico y aisló el oxígeno.

49 Baillou describió la tos ferina; Beaumont inició sus estudios de la digestión.

41: Descartes introdujo la dióptrica.

42: Leeuwenhoek describió los espermatozoos y los hematíes (43, los protozoos; 51, las bacterias dentales) ; Louis diferenció la tifoidea; Pott escribió su tratado de las hernias (54, de fracturas y luxación.)

43: Baccelli describió la pectoriloquia; John Hunter escribió su historia natural de los dientes (58, diferenció el chan-

ero blando del duro y estableció el principio de la ligadura de los aneurismas; 62, introdujo la alimentación artificial con sondas).

44. Mendel expuso su ley; Serret describió la circulación de la sangre.

45: Pringle estableció los preceptos de la sanidad militar; Redi atacó la generación espontánea; Ch. White introdujo la tocología aséptica (a los 56 descubrió la flegmasia alba dolens).

46: Fracastor escribió su poema sobre la sífilis, y fue el primer geólogo en comprender la significación de los fósiles; Schonlein descubrió el ación e, introdujo los términos del tifó-exantemático, tifo abdominal y hemofilia.

47: Scarpa publicó sus tablas neurológicas con la delineación de los nervios cardíacos; Serralle introduce el fórceps de cierre de acero; Volta clasificó los conductores de la electricidad (54. inventó su pila).

48: Bretonneau hizo notar la contagiosidad de la tifoidea (54, practicó la primera traqueotomía en el crup; 55, diferenció la difteria; 84, esbozó la especificidad de las enfermedades); Binet introdujo las pruebas de la mentalidad; Finlay proclamó la intervención del mosquito en la transmisión de la fiebre amarilla; Gorgas desembarazó a La Habana de fiebre amarilla (54, saneó la Zona del Canal de Panamá); Sydenham describió los dolores artro-musculares de las disenterías (52, su forma estacional; a los 51 diferenció la escarlatina del sarampión a los

58 describió la histeria, a los 59 la gota; a los 62 diferenció la corea menor).

49: Galvani describió las propiedades eléctricas de los tejidos excindidos de la rana.

50: Boer promulgó la obstetricia natural; Harvey describió la circulación de la sangre; Reed comprobó la doctrina de Finlay acerca de la transmisión de la fiebre amarilla; Weber describió la facultad inhibitoria del neumogástrico (vago).

51: Tagliacozzi reintrodujo la rinoplastia.

52: Parkinson describió la parálisis agitante (57, el primer caso de apendicitis en inglés); Della porta inventó la cámara oscura (54, describió los anteo-

53 Glisson describió el raquismo infantil (57, su cápsula) espallanzani la facultad digestiva la saliva; Wunderlich estableció las bases de la termometría clínica.

55: Addison describió la enfermedad que lleva su nombre; Huxham recomendó la dietoterapia para el escorbuto (63, diferenció el tifo de la tifoidea).

56: Daviel introdujo la extracción del cristalino; Hales apuntó la relación mecánica de la tensión sanguínea, y descubrió el manómetro (86, introdujo la ventilación artificial).

58: Van Swieten estableció las bases de la higiene de los campamentos militares.

61: Pott describió el cáncer escroto tal.

63: Guy de Chauliac escribió su *Chirurgia Magna*; Huxham publicó su tratado de las fiebres.

64: Santorio describió su ter-

mómetro clínico, pulsilogio, higrómetro, trocax; y fundó la fisiología del metabolismo con sus experimentos sobre la perspiración insensible.

67: Ramazzini publicó su obra sobre enfermedades industriales.

79: Morgagni publicó sus observaciones patológicas.

Como se verá, a todas edades han sabido realizar grandes cosas. No deja de ser un hecho, sin embargo, que mayor parte de sus proezas más notables fueron de los lozanos años de la juventud, que es también la época de máximo vigor y de la fe y el entusiasmo.

La exploración radiológica del corazón y el médico práctico

*Por los Dres. TEÓFILO ORTIZ y
RAMÍREZ y JORGE MARTÍNEZ
DE CASTRO*

(México, D. F.)

La exploración radiológica del corazón y de sus grandes vasos no excluye ni sustituye a la exploración clínica habitual; es solamente un recurso nuevo de información, tal como lo es también el laboratorio.

Los datos que aporta la radiología son preferentemente anatomopatológicos, aun cuando en ciertos casos se logran informes patogénicos y pronósticos. La exploración radiológica suministra datos acerca de la situación,

forma, dimensiones, pulsatilidad, movilidad y diferencias en la intensidad de las sombras **cardiovasculares**. Para el estudio radiológico profundo del aparato cardiovascular, se han propuesto diferentes métodos como la fluoroscopia simple, la radiografía, la telerradiografía, la kimoграфия, la ortoproyección horizontal, densografía e isografía plana, la estereografía y tele-estereografía, la telefluoroscopia, el modelado ortodiagráfico, la cinematografía y la telekimoграфия.

El médico práctico debe conocer con detalle al menos la ortodiagrafía y la telerradiografía. La telekimografía que en seguida describimos es un complemento de la telerradiografía.

La ortodiagrafía se basa en el principio de la proyección de rayos paralelos; la telerradiografía, por medio del aumento de la distancia focal, intenta eliminar las deformaciones inherentes a la proyección cónica de los rayos; la kimografía a distancia se basa también en este último principio e introduce algunas modificaciones que en seguida se describen. Sin embargo, este último procedimiento no será objeto de consideraciones especiales por cuanto a su base teórica ni a los detalles de su técnica; nos limitaremos a revisar su importancia clínica desde el punto de vista práctico, y a comparar su valor con los otros dos procedimientos: la ortodiagrafía y la telerradiografía. Será indispensable, sin embargo, y con objeto de que este nuevo procedimiento pueda entenderse, el que demos una idea general de ciertos detalles que consideramos de positiva importancia.

Técnica de la kimografía

Si se toma una serie de radiografías en una sola placa, con el sujeto en una misma posición, el resultado será naturalmente una imagen borrosa; si se eliminan los movimientos respiratorios, la imagen obtenida en esas condiciones se mejorará extraordinariamente, en

particular en aquellos sitios en que la pulsatuidad cardiovascular, sea nula o insignificante, pero será imposible especificar cuáles contornos corresponden a la sístole y cuáles a la diástole. La telekimografía permite obtener una serie de imágenes o siluetas en una misma placa, sin las desventajas mencionadas, y hace posible el estudio de todos los puntos del contorno; permite además señalar la situación del corazón en reposo y en sístole. En términos generales se puede afirmar que nuestros kimogramas suministran cuatro diferentes aspectos del mismo punto de la silueta cardíaca; en realidad estos cuatro diferentes momentos no traducen el cambio de sitio de un punto dado del contorno, sino el cambio de sitio de puntos que están muy cercanos y que prácticamente corresponden a una misma zona anatómica del órgano.

Con objeto de obviar tiempo no describiremos detalladamente el kimógrafo ni la técnica; nos parece suficiente señalar que nuestros kimogramas consisten en cuatro imágenes de cuatro momentos distintos de una revolución cardíaca; la duración de una revolución cardíaca nos ha servido en cada caso para graduar los intervalos de exposición.

Valor clínico comparativo de la kimografía, la telerradiografía y la ortodiagrafía

Antes de proseguir deseamos excusarnos por el carácter dog-

mático de esta exposición, pero el tiempo de que disponemos para esta breve plática nos obliga a eludir innumerables cuestiones fundamentales.

1. La radiografía a corta distancia suministra detalles finos anatómicos, pero no da medidas exactas de los órganos examinados.

2. Las mediciones radiográficas no son reproducciones exactas de las áreas anatómicas.

3. La telerradiografía es de técnica muy sencilla para el radiólogo.

4. Las sombras se estudian mejor en una telerradiografía que por medio de la fluoroscopia.

5. Las exploraciones en los niños son más prácticas por medio de la telerradiografía y mejor aún con la radiografía común y corriente, tomada a 36 pulgadas de distancia focal, ya que en estos tórax pequeños la

distorsión cónica es apenas de unos cuantos milímetros.

6. La telerradiografía debe obtenerse en cualquier momento de la respiración tranquila, para evitar las deformaciones del corazón inevitables en la inspiración profunda o en expiración forzada.

7. Hay más diferencias entre dos ortodiagramas, especialmente si las placas se toman en días diferentes.

8. La telerradiografía es incapaz, en muchos casos, de suministrar un límite claro entre los diversos arcos del contorno.

9. La punta del corazón rara vez se ve en radiografía y el defecto se acentúa en la telerradiografía.

10. No hay técnica radiográfica, ni siquiera la de la telerradiografía que nos permita obtener una verdadera imagen del ápex, debido a la distorsión

La enseñanza de la Puericultura en las escuelas primarias, elementales y superiores

Comunicación de los Doctores

Pablo VIGNE,

Director de la Oficina de Higiene de la ciudad de Lyon

Carlos GARDERÉ,

Médico de los Hospitales, Director de la Oficina de la Infancia en la Oficina de Higiene de Lyon

La enseñanza de la puericultura en las Escuelas primarias es una de las medidas más importantes que hayan podido tomarse en el curso de estos últimos años para mejorar la lucha contra la mortalidad infantil.

Desde 1920 esta enseñanza está prevista en el programa de las institutrices de las Escuelas primarias y superiores.

Esta iniciativa feliz, pero de un alcance demasiado restringido, se extendió en 1923 a las Escuelas primarias elementales, alcanzando así a gran número de jovencitas.

Una primera Circular de los ministerios de Instrucción pública e Higiene de fecha 2 de marzo de 1923 prescribía únicamente la enseñanza facultativa con la colaboración benévola de las asistentes de higiene infantil.

Luego fue modificada y pun-

tualizada por la Circular de 12 de julio de 1923, que substituya la enseñanza facultativa por la enseñanza obligatoria en las escuelas primarias elementales (curso superior, niñas de once a trece años).

El horario fijado prevé una hora, dentro del tiempo destinado a la enseñanza doméstica). Además, la Circular recomienda dos visitas anuales a las casas cunas y a los consultónos de niños de teta.

Las directivas que se contienen en las instrucciones ministeriales se han aplicado rápidamente, se ha organizado la enseñanza de la puericultura y casi en todas partes ha tenido muy buena acogida.

En Lyon hemos instituido desde 1924 esta enseñanza en las escuelas primarias elementales y superiores con la colaboración, de las Institutrices y las Visitadoras de Higiene de la

Infancia de la Fundación Franco-Americana bajo la dirección del médico director de la Sección de Infancia de la Oficina de Higiene (informe presentado en el primer Congreso Nacional de las Obras oficiales de Salvamento de la Infancia, reunido en Lyon el 2 de junio de 1927).

1.—*Escuelas primarias elementales*

a) *Enseñanza teórica.* — La enseñanza se dirige a las alumnas del curso superior (de once a trece años), clase del certificado de estudios. Se da por las institutrices y se intercala en el horario reservado a las lecciones de ciencias o a la enseñanza doméstica.

Las lecciones familiares se dan en forma de conversaciones familiares, cuya duración, siempre breve, no excede de media hora.

La lección termina con el dictado de un resumen que se copia en un cuaderno especial de puericultura, el cual constituye para las alumnas una especie de vademécum breve y preciso y puede ser leído por los padres.

Muchas instituciones señalan la importancia que tiene el interrogar con frecuencia a las alumnas durante el curso de estas lecciones y de una manera muy particular a aquellas niñas que en su familia tienen algún pequeñuelo y pueden explicar fácilmente a sus compañeras lo que ven hacer a sus madres.

El programa de estas lecciones es habitualmente el indicado por el libro de Puericultura

del profesor Pinard, el folleto del Comité Nacional de la Infancia, el libro del doctor DEVRAIGNE, etc.

Cuando los medios lo permiten, se entrega a cada alumna uno de estos libros, que de ordinario llaman la atención de los padres y sirven de guía a las familias.

b) *Demostraciones prácticas.* — Estas lecciones teóricas exigen, ser completadas por demostraciones prácticas, que interesan y divierten mucho a las jóvenes alumnas, hieren su imaginación y dejan en su memoria una huella indeleble.

En Lyon las demostraciones se hacen por las Visitadoras de la Infancia, especialmente preparadas para este género de enseñanza, bajo la dirección de un médico de la Oficina de Higiene. Las nociones prácticas se agrupan en tres sesiones de demostraciones de una hora de duración, conforme al programa siguiente:

PRIMERA SESIÓN

a) *Vestidos del niño.* — Diferentes piezas del vestido, calcetines, pañales, mantillas. Explicar la utilidad de estas distintas piezas, la manera de vestir y desnudar al niño.

b) *Aseo del niño.* — Preparación de la ropita, el baño, lavado de la cara, la cabeza, las orejas, los ojos, la boca; jabonadura del baño, secado y porvoreamiento.

c) *Peso del niño.*

SEGUNDA SESIÓN

a) *Alimentación del niño al pecho.* — Número, duración y regularidad de las tetadas.

b) *Lactancia artificial.* — La leche: elección, conservación, ebullición, (aparato de Soxhlet) biberón, utensilios necesarios, y limpieza de los mismos. Preparación del biberón, aguado y azucarado de la leche, manera de dar el biberón.

c) *Destete.* — Preparación de las papillas, cremas, purés, zumos de frutas; manera de administrar las comidas, cuidados antes y después de las mismas.

TERCERA SESIÓN

a) *Higiene de la habitación.* — Ventilación, temperatura, cama. La cuna y su conservación. Manera de acostar al pepueño; cuidados para antes de acostarle.

b) *Paseos.* — Según la edad y la estación; el cochecito, la siesta.

c) *Práctica de algunos de los cuidados que hay que prodigar al niño enfermo.* — Manera de

tomar la temperatura; sinapismos, ventosas, cataplasmas; preparación de una infusión; caldos de legumbres, agua panosa, de arroz; tratamiento del rnuquet, del eritema de las nalgas.

Las horas de demostraciones están reguladas-, de acuerdo con el personal de enseñanza, de manera que no se altere la buena marcha de los programas escolares.

Todas las Visitadoras dan a las niñas las mismas lecciones prácticas según un modelo estudiado y redactado de antemano, que responde de la manera más afortunada a los procedimientos habitualmente empleados para herir la imaginación y la memoria de la niña.

Las alumnas presentan dos o tres días después una relación escrita cuyo tema está constituido por la lección de puericultura recibida.

La mayoría de los trabajos escritos están bien y demuestran que este modo de enseñanza se adapta perfectamente a la inteligencia de estas pequeñuelas.

11.—*Escuelas primarias superiores y cursos complementarios*

A más de las demostraciones, nos ha parecido necesario, para las alumnas de quince a dieciocho años, que comprenden mejor la importancia de esta enseñanza y se interesan más por ella, exponer de manera más completa las nociones principales de la higiene y la alimentación del pequeñuelo, esforzándonos en ponerles de manifiesto para mejor combatirlos los perjuicios que imperan entre el público en materia de puericultura.

Con este objeto, el director de la Oficina de la Infancia 4a-frecuentes conferencias. cuyo programa es el siguiente:

1° Mortalidad infantil, sus causas y manera de combatirla."

2° *Caracteres anatómicos y fisiológicos niño de pecho*, desde el nacimiento hasta los dos años.

3° *Higiene general del niño de pecho*: aseo aire libre, sol, protección contra las enfermedades contagiosas, vacunación, tuberculosis.

4° *Alimentación de pecho*: higiene de la nodriza:

5° *Higiene de la leche*.

6° *Lactancia artificial* e incidentes que la complican.

7° Destete y alimentación del niño hasta los dos años.

8° *Obras y leyes sociales* de protección de la madre y el niño.

Ocho conferencias nos han parecido suficientes. Se dan a razón de una conferencia de

una hora por semana, durante el primer trimestre, fuera de las horas de clase (a las cinco de la tarde).

Hemos adquirido la certidumbre de que estos cursos interesan mucho a las alumnas, que lo siguen con regularidad y los oyen con toda atención.

Estimamos que sería conveniente distribuir a las alumnas, al final de cada lección, folletos impresos que resumieran clara y sucintamente el tema tratado.

Estos folletos, conservados por las alumnas, penetrarían en las familias, en donde serían leídos por los padres y podrían servir de guía de puericultura; --aumentando así, por una amplia, difusión, el rendimiento práctico de estas conferencias. "Tal es la actual organización de la enseñanza de la puericultura en las escuelas primarias de Lyon.

Ocho años de experiencia nos han demostrado que no hay necesidad de modificarla. Gracias a la colaboración del Cuerpo docente, las Visitadoras de higiene social de la infancia y la Oficina municipal de Higiene, se han obtenido resultados satisfactorios y puede afirmarse que los medios de lucha contra la mortalidad infantil se han enriquecido con un elemento nuevo que promete ser de gran eficacia para el porvenir.

EL BAÑO

El recién nacido es un ser frágil y sus mayores enemigos son

ticuatro horas. Entre dos tetadas se dejará un intervalo de reposo de tres a cuatro horas durante el día, y de seis a ocho horas durante la noche. La cantidad de leche ingerida aumenta gradualmente de 350 gramos durante los primeros días a 900 gramos a los seis o siete meses.

Cómo hay que sostener el niño mientras mama. — Para mamar el niño debe colocarse transversalmente o de costado, de manera que su boca se encuentre a nivel del pezón. Las ventanas nasales del niño deben permanecer libres, ya que en este momento la respiración se efectúa por la nariz. La noche se ha hecho para dormir. Si el niño llora, hay que asegurarse de que nada le molesta y comenzar desde luego su educación.

La madre que cría debe llevar vida tranquila, desterrando de su alimentación los platos fuertes y las bebidas alcohólicas.

ALGUNOS PRINCIPIOS DE PUERICULTURA

I. Hay que tomar siempre al niño en brazos cogiéndolo con ambas manos, sosteniéndole la cabeza con la una y cogiéndolo por los flancos o por los muslos con la otra.

II. Los vestidos no deben ser demasiado apretados y han de

sujetarse con agujas imperdibles.

III. Hay que mudar la cama cada vez que el niño se ensucie y limpiarle las nalgas con un poco de algodón, agua tibia y jabón; luego secar y polvorear con talco.

IV. La madre no debe llevar nunca encima, alfileres que puedan herir al niño.

V. El pequeñuelo debe dormir solo en su cunúa, nunca en compañía de personas mayores.

VI.—Hay que disponer la cunúa de manera que ninguna luz viva pueda herir directamente los ojitos del niño.

VII. Hay .-que mantener en la habitación del niño una temperatura regular y airearla bien cuando el pequeñuelo no se encuentre en ella.

VIII. Hay que respetar el sueño del pequeñuelo, excepto en las horas de las tetadas.

IX. No deben dársele nunca juguetes que pueda meterse en la boca.

X. Hacerle vacunar a los tres meses de nacido.

¹ XI. Hay que sacar siempre al niño desde que tenga veinte días, darle cortos paseos, resguardándole bien del frío, la humedad y el viento.. En invierno se le pondrá una botella con agua caliente en el cochecito.

—De L'Avenir Médica!.