REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P. REDACTORES:

Doctor Manuel Larios

Doctor Manuel Cáeeres Vijil SECRETARIO DE REDACCIÓN: Doctor José H. Durón ADMINISTRADOR:

Doctor Humberto Díaz

Doctor Henry D. Guilbert

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Junio de 1935

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

El gremio médico del continente americano tiende cada día a estrechar más los vínculos científicos y espirituales en una anda de realizar en nuestra esfera el sueño sublime de Bolívar. Prueba indiscutible de ello son los múltiples congresos que se verifican en los diferentes países con el fin de provocar un intercambio de ideas y de tomar resoluciones favorables y de fácil aplicación en el mundo de Colón. No se excluyen de tan bellos torneos los Estados Unidos, Haití y el Brasil por su inglés, francés X portugués, todos somos del mismo girón de tierra, iguales son nuestros intereses científicos y sanitarios.

Un anhelo común existe de elevar la ciencia médica a tan alto grado que un día pueda tener su personalidad definida y llamarse con su propio nombre como sucede ahora con Alemania, Francia, Italia, Inglaterra y Estados Unidos, cuyas escuelas se califican con el de sus respectivas nacionalidades.

La Argentina, el Brazil y Méjico son la avanzada en el camino de la conquista suprema; detrás, siguiendo sus huellas van toaos los bravos cachorros del león español.

Pero la aspiración va más allá, quiere unificar todo el pensad/liento latino por medio de la federación de la prensa médica latina, fundada en París en 1926 por el Profesor Maurice Loeper y los Doctores Pierra y Bailliere con su órgano de publicidad Acta Médica Latina cuyo objeto es el de establecer lazos de confraternidad y amistad personal entre los representantes de la prensa meca latina; rendir cuenta exacta de los trabajos realizados por los médicos latinos y estudiar las cuestiones de orden profesional que interesen la prensa médica, buscando la resolución de los problemas que afecten la vida intelectual, moral y material de una publicación.

La Revista Médica Hondurena es honrada continuamente con un canje abundantísimo procedente de casi todos los países; somos invitados en forma científica y de propaganda a las reuniones organizadas y además, prominentes hombres de ciencia, y de letras envían sus producciones que nosotros tenemos mucho gusto en leer y reproducir tanto por el mérito intrínseco de ellas corno por la utilidad que reportan a los profesionales hondurenos ya que los problemas del orden sanitario, científico y profesional son semejantes en casi la, totalidad de las Repúblicas de América.

Pero dentro de ese afán de ocuparnos de los asuntos generales priva el capital de resolver lo netamente nacional; para ello instituimos las Jornadas Médicas que deben celebrarse anualmente en el mes de julio, y que este año, como el pasado han de tener la misma seriedad y entusiasmo del pasado.

La experiencia de entonces y el éxito alcanzado en las primeras son un poderoso estimulo para augurar la bienandanza futura.

Estamos opera'ndo renovaciones en nuestra Asociación con la salida de elementos apáticos, haraganes o indiferentes a los intereses de la comunidad médica y la entrada de nuevos con bríos y juventud deseosos de realizar sus justas aspiraciones en los brillantes certámenes del saber, de la decencia y del patriotismo.

La Revista Médica Hondurena tiene abiertas las puertas de su santuario para todos los hombres que comulguen en idénticos ideales.

Mosquito Stegomyia en Tegucigalpa

Hasta hace poco se creía que los mosquitos del Género Anofeles, solamente podían vivir y propagarse en los climas cálidos y templados; hoy está probado que hay especies que viven muy bien a grandes alturas en climas muy fríos, causando todos los daños que el paludismo puede llevar a ellas.

Aunque los mosquitos del Género Culex, tengan más poder de adaptación a todos los climas, se creía que una de sus especies la Stegomyia, tan peligrosa en la trasmisión de la mortal fiebre amarilla, solo habitaba regiones que no pasaban de los 2.000 pies de altura.

Desde el año recién pasado me llamó la atención un mosquito que cruzó veloz ante mí a una hora de las más calurosas del día, en mi Oficina situada en el Barrio de "Dolores." solamente pude apreciar su color atigrado.

El 27 de mayo recién pasado tuve la suerte de capturar, después de haberme chupado un poco de sangre un ejemplar análogo al que antes había observado y cuyos caracteres gruesos que he podido apreciar valiéndome de una lente de aumento, son así: La forma del mosquito es típica del género Culex; su color negruzco con puntos y rayas blanco-plateadas que distribuidas en todo el cuerpo le dan un aspecto interesante a primera vista, es una hembra que algo torpe en su vuelo por la sangre chupada, se 'deja capturar con la ayuda de

un tubo de ensayo; examinada de cerca se notan manchas, rayas y puntos blanco reluciente plateados y aunque el tórax parece llevar la Lira característica, sus vuelos continuos no me permiten verla en todos sus detalles; del tubo de ensayo la paso a un bote con agua preparada, para que al depositar sus huevos, puedan desarrollarse en buenas condiciones.

El 30 de mayo noto que está flotando en la superficie del líquido casi muerta, la saco y fijo con un alfiler que perforó el tórax, para examinarla más detenidamente; mientras la observaba noto que están saliendo huevos blancos, interesándome entonces para que sigan cayendo en el frasco preparado especialmente, en donde quedan unos pocos que atiendo con esmero desde ese momento.

Del 2 al 3 de junio se notan cinco pequeñas larvas, de las que cuatro llegan hasta transformarse en insecto perfecto. A medida que las larvas van creciendo su vivacidad se manifiesta por movimientos ondulantes rápidos y constantes, presentan un sifón respiratorio largo de color negrusco, que al ponerse en contacto con la superficie del líquido para respirar, la larva queda en posición vertical; el 8 amanece la primera ninfa y el 12 el primer mosquito, hermoso ejemplar hembra que coloco en el tubo de ensayo para seguir observando sus caracteres; los cuatro mosquitos, dos hembras y dos machos que coloco en una caja

preparada especialmente para su procreación, tienen los caracteres generales siguientes:

El cuerpo es el de un mosquito del Género Culex, de color obscuro con manchas, anillos, rayas blanco-plateado brillante, alas sin manchas, transparentes, con reflejos azulejos; patas obscuras, con anillos blancos, más brillantes en las articulaciones de los segmentos.

CABEZA. Negra, con manchas blanco-plateadas alrededor de los ojos. Palpos negros con anillos plateados, muy visibles en el macho. Antenas negras sin anillos coloreados, en el macho hay implantados alrededor de cada segmento, pelos largos que forman un hermoso plumero. 'Trompa moreno-negruzca, no presenta anillos, coloreados.

TÓRAX: Color pardo-negrusco con puntos blanco-plateados en los costados, de frente se ve a cada lado una linea blanca gruesa que se encurva a los lados para unirse en la parte superior, en el centro dos líneas blancas más delgadas; el todo forma la lira característica de su especie.

Aunque mi deseo fue cultivar una nueva generación, para estudiar en sus más pequeños detalles, huevos, larvas e insectos, no me fue posible por haber muerto los machos, a los cuatro días de estar cautivos en. unión con las hembras, que chuparon suficiente sangre entre cuarto y quinto día de nacidas; murieron como al octavo sin dejar huevos, posiblemente no fueron fecundadas por los machos compañeros.

Ignoro si antes de hoy se hayan observado Stegomyias en Tegucigalpa, población que está a más de 3.000 pies sobre el nivel del mar. Teniendo el agente trasmisor de la terrible .fiebre amarilla, bien podía presentarse una epidemia al estar infectados, que no es difícil por el hecho de que la localidad de esta capital en donde los he encontrado, es la vecindad del mercado de "Los Dolores." lugar -al concurren de nuestras costas y Repúblicas vecinas, en donde si puede presentar 1a enfermedad, multitud de personas en sus actividades comer-

Tegucigalpa, junio de 1935.

Isidoro Mejía h.

El tratamiento Médico de la Hipeternsión

Conferencia pronunciada en el Hospital Policlinico de New York por el Dr. Leslie T. Gager,

Profesor de Cliinica Médica de las universidades de Howard y J. Washington

Es un gran placer mío el volver hoy al Hospital Policlínico, y, sin embargo, debo confesar que al darme cuenta del asunto que se me 'había designado como tema de esta conferencia, sentíme involuntariamente molesto.

Y el caso no era para menos, pues, en primer lugar, me acor dé que tratados médicos de la autoridad de "La Práctica Médica," de A. A. Steve.ur, afirman audazmente que "no existe tra tamiento de la hipertensión.

En segundo lugar, he debido considerar que muchos otros tratadistas admiten que hay medicamentos específicos que reducen la presión arterial, o mejoran los síntomas, o actúan de las dos maneras y todavía declaran que esos efectos son de naturaleza psicoterapéutica. Así, por ejemplo, Arman afirma gravemente y con franco optimismo que ha obtenido excelentes "resultados con dosis de 10 gotas de ácido clorhídrico diluido en agua, tres veces al día.

Y en tercer lugar, debía re cordar las muchas y antagóni cas opiniones y experimentos de otros tantos autores sobre la actualidad de varios medica mentos y sus utilidades. Aquí aparece ahora también, la discutida espontaneidad de la presión arterial y lo que constituye la debida comprobación del estudio de sus variaciones.

Finalmente, acompañando al Dr. Alien en lo que concierne a las virtudes del tratamiento por la dieta —"sin sal,"— yo quedo amargamente convencido de lo limitado que es el tratamiento médico de la hipertensión.

Y aquí me presento yo hoy, no solamente porque mucho espero de vuestra benevolencia, sino porque tengo fe en que el problema de la hipertensión, su naturaleza, su cura y su prevención, será resuelto no por psicoterapéutica a pesar de toda su importancia; tampoco por una dieta de privación que me parece biológicamente errónea, sino por un conocimiento de la causa, una comprensión perfecta y profunda de las reacciones fisicoquímicas de las células del cuerpo humano y consecuentemente por el poder de alterar y controlar por medio de medicamentos - los procesos fisíopatológicos.

La importancia de la terapéutica de la hipertensión me parece resolverse en tres preguntas de absoluta consideración, íntimamente relacionadas: 1° ¿Vale la pena tratar la hipertensión?

Si contestamos por la afirmativa, la segunda pregunta es:

2º ¿Cómo haremos ese tratamiento? Y nuestra respuesta en este caso dependerá de la respuesta a la tercera pregunta:

3 ° Cuál es la naturaleza esencial de la hipertensión, su "substratum" fisiológico?

Hoy día, la hipertensión ya no puede considerarse un proceso fisiológico o un mecanismo compensador. Nuestros clínicos deben a las estadísticas médicas de las compañías de seguros de vida, datos de primer orden que determinan las variaciones normales de la tensión arterial y los datos que indican el aumento de la mortalidad que resulta cuando esas variaciones son persistentemente excedidas.

La compilación hecha por A. W. Hunter de las observaciones de la presión arterial en 250.000 individuos norteamericanos, de la raza blanca, que deseaban asegurar sus vidas, muestra que a los 20 años el término medio de la presión arterial, sistólica y diastólica era de 120/80 mm. Hg. A los 60 años marcaba 135/89. Ello demuestra claramente que la presión va elevándose en cada período de cinco años, desde los 20 en adelante, 2 mm. Hg. en la presión sistólica y 1 mm. Hg. en la diastólica. Esto constituye la variación normal.

Para el clínico individualista que afirma que la presión arterial superior a esa variación normal y a la edad "standard" en nada o en muy poco afecta a un enfermo —. sobre todo cuando no existen síntomas de una enfermedad ya adelantada. — Los datos del pronóstico de la duración probable de la vida, formulados por las compañías de seguros, debe producirle el efecto de una verdadera relación (cuadro N? 1).

J. W. Fisher demostró que una presión sistólica constante de 10 a 14 mm. Hg. superior a la del "standard" en determinada edad, acusaba mortalidad del 36.1 % mayor que la del grupo normal. Con una presión sistólica de 15 a 24 mm. sobre la normal, la mortalidad extra era de 83.8 %. Cuando la presión alcanzaba a 50 mm. Hg. o más todavía, sobre el "standard," la extramortalidad subía a 314.7 %, lo que en relación con la longevidad asegura que un hombre de 40 años que posee una presión sistólica de 130 mm. Hg. tiene las mismas probabilidades de vida que un hombre de 65, con una presión arterial normal.

Patológicamente considerada esa persistente alta presión arterial significa una enfermedad hipertensiva del corazón, que es hoy día la causa de un sinnúmero de muertes: ::la hemorragia cerebral, la trombosis, la esclerosis renal, los desórdenes vasculares del bazo, del páncreas y de todos los órganos del cuerpo humano. Si un hombre es realmente tan viejo como lo son sus arterias, la edad de ésta, es, en la mayoría de los casos, una función de la hipertensión.

De todo esto se deduce, forzosamente, que el enfermo de

	CUADR	O Na I	
Mm. sobre el pro-	Muertes por 0 00 hacia los		Extramortalidad
medio de presión	40 ños		por ciento
sistólica de la edad.	Teoria	Real	por viction
10-14	9.79	16.32	36.1
15-24	9.79	17.96	83.8
25-34	9.79	20.01	104.4
35-49	9.79	24.04	148.5
50 o más	9.79	40.59	134.7

CUADRO Nº 1.—pronóstico de la hipertensión según datos de las compañías de seguros de vida.

hipertensión pone a duras pruebas nuestro esfuerzo y nuestra ciendia,< tarde o temprano, cuando pretendemos controlar su enfermedad, o evitarla si es posible, atenuar los síntomas y prolongar su vida, confort y utilidad social.

¿Qué -podremos, pues, hacer nosotros?

Aunque existen autores que creen que la enfermedad arterial, generalizada o localizada, es causada por la presión arterial, lo que a mí me parece — de acuerdo con la mayoría de los estudios — es que la ni pertensión es, en esencia, un desorden de la función vasomotora. Los trastornos arteriales, cardíacos y renales son apenas secundarios.

El mecanismo esencial de este desorden funcional reside en el aumento del tono arterial; en el espasmo o constricción de las arteriolas; en lasitud de la contracción muscular; lo que todo puede vivificarse en un. examen microscópico capilar; lo que también puede observarse por medio del oftalmoscopio en los vasos de la retina, y cuyos efectos, al producir hiperplasia e hipertrofia en la musculatura arteriolar, puede encontrarse en casos de biopsia de los músculos pectorales.

¿Dónde radica este trastorno del tono arteriolar?

Pal lo localiza entre los fibrillos contráctiles y el sarcoplasma de las células musculares lisas.

Clínicamente tal vez se consiga juntar y clasificar el estímulo específico y las condiciones especiales que directa o indirectamente influyan sobre el músculo arteriolar.

Por otro lado, el laboratorio podrá por medio de las ciencias puras, especialmente la fisioquímica, estudiar íntimamente la fisiología de la célula.

Desde el punto de vista clínico, debemos excluir de inmediato la hipertensión sistólica como causa, pues ésta hállase en la insuficiencia aórtica y en la tirotoxicosis. La resistencia periférica anormal debida al espasmo arteriolar tampoco es un factor en este caso; la presión diastólica no se eleva y la hipertensión por sí sola no es progresiva.

Al contrario la hipertención genuina, primaria o "esencial," resulta de la fuerte resistencia del fluido sanguíneo; la presión diastólica así como la sistólica, tarde o temprano sobrepasa la normal y la enfermedad es pro gresiva y continua. La hiper tensión puede ser aguda o cró nica, parodística o intermitente, y puede también transfor marse rápidamente de un proceso benigno y lento, en una forma acelerada, la cual muy justamente se denomina ma ligna.

Todas esas modalidades son variaciones de un desorden funcional de la arteriola, quese origina por la violencia de la prolongada constricción un cambio estructural en las túni cas arteriales.

En otras palabras, la hipertensión funcional produce una enfermedad anatómica; un desorden reversible que se vuelve irreversible, de la cual resultan desórdenes vasculares que terminan por afectar el cuerpo. la retina, las coronarias y los ríñones.

Desde el punto de vista profiláctico e inmediato tratamiento, el clínico debe prestar mucha atención a la hipertensión funcional. Y como lo muestra el cuadro N<? 2, la hipertensión funcional divídese en dos grupos principales de acuerdo cor el sitio de acción del estímulo que proviene de los centros vasomotores, o puede ser periférica, resultando de las túnicas arteriales.

En el primer caso los desórdenes psíquicos son extremadamente frecuentes y es obvia su relación con las llamadas variaciones "espontáneas" de la presión arterial. Otros factores surgen de la presión mecánica causada por una hemorragia cerebral, por un tumor, por lesiones inflamatorias localizadas o . por vasculares. lesiones por presoras substancias tóxicas llevadas los centros a por la corriente vasomotores sanguínea La alta presión que muchas surge concomitante con la angustia teniente de la esclerosis coronaria, o la crisis gástrica del tabes dorsal deben considerarse debidas al efecto reflejo de estímulos viscerales sobre la médula.

El estímulo periférico como base de otra gran división de la hipertensión funcional es originada por la adrenalina, polla "sympathin," y en el animal es evidentemente causada por "quinidina." A éstas debe añadirse una forma secundaria de elevada tensión debida al reflejo estimulante de las arteriolas advacentes a los capilares lesionados en el caso de una nefritis aguda. La complexidad de las causas de la hipertensión es muchas veces aumentada por la simultánea aparición de algunos de esos factores y, finalmente, por las variaciones de la hipertensión funcional v los desórdenes vasculares anatómicos que de ello resultan.

Esta clasificación (ver cuadro N? 2) ofrécenos muchos datos para el tratamiento de un enfermo que sufre de hipertensión y darnos la seguridad de que habrá que emplear muchos otros agentes terapéuticos además de los medicamentos. El efecto de la digitalis en los casos -de insuficiencia cardíaca izquierda, que ocasiona insuficiente aporte de sangre y oxígeno sobre los centros medulares, de dónde resulta una alta "presión de estasis," son poderosos ejemplos de la utilidad de los agentes farmacéuticos. Más sugestivo todavía es el caso de la hipertensión provocada por la "guanidina," la cual puede ser controlada por el uso de los cloruros de calcio o de potasio. Desgraciadamente, en los casos de hipertensión crónica, debemos confesar que la predisposición constitucional, los elementos psíquicos y los nerviosos, el metabolismo obscuro y otros factores forman un cuadro clínico demasiado indefinido y nublado que nos vuelve impotentes.

Cuando nosotros los clínicos, nos aventuramos a penetrar en el reino de la bioquímica, nos encontramos — tal es mi experiencia — desorientados. Y todavía es en la bioquímica donde seguramente se hallará la solución y por así creerlo, me permitiré mostrar sucintamente el aspecto práctico de algunos trabajos que me parecen llenos de promisión.

El primero de todos ellos refiérese a las investigaciones experimentales y a los estudios clínicos de *K*. Westphal, basados en la hipótesis de que el cholesterolj cuando se presenta en exceso en el cuerpo humano y bajo condiciones favorables, ahoga, por así decir, la célula individual, rodeándola de una membrna impermeable. Así impermeabilizada e imposibilitada de efectuar muchos procesos normales, tales como la osmosis y la difusión, desarrolla, pues, en lo que concierne al músculo de la arteriola, un estado anormal de sensibilidad y tono que producen una elevada tensión intravascular. Westphal halló. él mismo, hipercholesterolemia en la mayoría de los enfermos sufriendo de hipertensión primaria; señaló el aumento del efecto constrictor de la adrenalina en presencia del cholesterol y finalmente estudió la acción de los iones de las series de Hofmeister y particularmente el sulfocianato, como agentes disolventes de la membrana formada por el cholesterol y así restauró a la célula su función normal.

En segundo lugar mencionaré los todavía más recientes estudios de fisioquimica aplicada a la célula por W. D. Bancroft y G. H. Richter y sus ayudantes. Estos refiérense a la relación t existente entre la coagulación coloidal por una parte y la dispersión por otra parte y la inestabilidad, irritabilidad y actividades anormales de la célula.

Con amplia extensión en los dos lados de la normal, estos procesos son reversibles; o como resultado de ajustes mecánicos del organismo o por el uso de medicamentos. Y es de especial interés señalarse que su

CUADRO N° 2.—Clasificación de la hipertensión de Cager

oposición a los agentes coagulantes como el plomo y el mercurio, las substancias que más originan la "peptisación" y que mejor liberan a la célula de la irritabilidad anormal y de la susceptibilidad de estimulación,

son los bromuros, el ioduro y los iones sulfocianatos.

Supongamos ahora que somos llamados a prestar nuestros servicios clínicos en una colonia de enfermos hipertensivos y que no se nos permite usar más que tres medicamentos! Yo pienso que de la extensa lista de drogas que han sido aconsejadas y usadas en la cura de la hipertensión, podríase formular selecciones muy distintas; pero yo escogería sin recelo alguno los bromuros, el íoduro y los sulfocianatos, aunque mucho desearía me fuese permitido también el cloral o el fenobarbital; alguno de ustedes tal vez desearía la nitroglicerina, y otros clínicos preferirían usar el nitrato de sodio, el subnitrato de bismuto, las sales de calcio, las de potasio o el extracto acuoso de semillas de melón (para ciertas complicaciones de la hipertensión, la insuficiencia cardíaca y la disnea paroxística, la digitaiis y la morfina son verdaderamente indispensables). Pero en la hipertensión crónica y sus consecuencia, yo escogería por mi experiencia personal, independiente de cualquier otro conocimiento — los bromuros, el sulfocianato y el ioduro de potasio que siempre tiene una justa reputación.

Los bromuros de sodio y potasio los he usado yo con los mejores resultados. Preferentemente los uso en un elixir aromático (0.6 grs. para 4 c. c.) a tomar una cucharada de las de té después de las comidas o una o dos al-acostarse. Es también importantísimo secundar la esperanza que abriga todo enfermo, cuando un examen clínico largo y cuidadoso excluve cualquiera enfermedad orgánica, llevando en seguida el reposo al espíritu del paciente, aconsejándole a que no dé importancia al caso, que se tome 2 horas, en vez de una, al lunch; y duerma una buena siesta y que no se olvide ir todos los días al mejor café del "boulevard" a ver la gente que pasa.

Como un ejemplo caracerístico, citaré el caso de un médico de 55 años de edad, que me consultó muy alarmado por su elevada presión arterial. Era un policlínico muy activo, profesor y autor; había trabajado sin descanso durante años, dormía poco, sentíase irritable y atacado de malos presentimiento. Su presión arterial, tomada por la mañana, muy temprano, excedía los 200 mm. Hg. Todavía su retina estaba incólume, el corazón trabajaba normalmente y no se halló albúmina ni otros elementos patológicos en la orina. Después de haber charlado amigablemente durante un rato, la presión arterial tomada en seguida, señaló 154/94 mm. Hg.

Llamé su atención, un poco indiferentemente, sobre el exagerado trabajo diario que ejecutaba y a la manera clásica de S. R. Roberts, le aconsejé a que caminase más despacio si quería llegar más rápido; que el ayer y el mañana no debían existir, pues bastaba vivir el día de hoy hasta que uno se acuesta. Y sin mostrar intención de recetar, despreocupadamente díjele que tomase un poco de bromuro de sodio a fin de conseguir dormir con facilidad y el resultado fue que tres meses después declaróme que jamás se había sentido tan fuerte y sano y todavía antes de consultarme había hecho largos tratamientos en diversas ciudades.

¿A qué se debió este resultado? ¿A la psicoterapéutica o a la "sedación vasomotora"?

Sea como fuese, en una clínica en que preponderan los casos de hipertensión arterial, yo me atrevo a afirmar que los bromuros deben aplicarse tan frecuentemente como la digitalis

Mi interés por el sulfocianato (tíocianato) empezó cuando tuve conocimiento de los resultados clínicos favorables de los trabajos experimentales de Westphal.

Estudié los efectos de las sales de potasio en una serie de enfermos que sufrían moderadamente de hipertensión. Los que padecían de nefritis o de moderada insuficiencia cardíaca, los separé de aquellos otros y los traté con 0.1 gr. en solución acuosa tres veces por día en la primera semana; dos veces por día en la segunda y una vez por día en la tercera o indefinidamente; y la acción acumulativa del sulfocianato jamás se hizo notar hasta el presente día. Algunos enfermos presentaron ligeras erupciones de la piel, que inmediatamente desaparecieron al cesar, por el momento, con la cura. En aproximadamente 150 enfermos que tomaron el sulfocianato. solamente uno manifestó síntomas de desórdenes gástricos.

Los resultados obtenidos, aunque lejos de la perfección alcanzada por la insulina en el tratamiento de la hiperglucemia, calmaron todavía los síntomas y bajaron la presión arterial en más de las 3/4 partes de ese grupo de enfermos de una hipertensión recién empezada. Los resultados fueron obtenidos en la hipertensión recién declarada o en la funcional; siempre que haya cambios anatómicos ya avanzados o constricción estructural de los vasos, el resultado es mezquino o nulo.

El record del cuadro N° 2 señala el caso de una mujer de 54 años de edad que estuvo en observación durante 8 meses y que he vuelto a examinar hace 3 días. Al principio fue sometí-

tía a las digitalis a fin de combatir la insuficiencia cardiaca congestiva y al bromuro de sodio con el intento de calmar la nerviosidad y atacar el insomnio.

Mejoró bastante, sin que todavía bajase la presión arterial. Aplicósele entonces el sulíocianato y hubo, de inmediato, un descenso de 50 mm. Hg. en la presión sistólica y 30 mm. en la diastólica, lo que se mantuvo, por lo que la enferma rehusó seguir el tratamiento. Debo señalar que el bromuro de sodio le fue administrado tan sobriamente como el sulfocianato y — a mi parecer — el resultado fue debido a fisioquímica y no a la psicoterapeutica. En uno de mis primeros enfermos (cuadro N? 5), la presión arterial quedó a 2201110 mm. Hg. durante 6 meses y durante las tres primeras semanas en que fue tratada por sulfocianato, pero después de este periodo bajó a 1761

Este resultado paréceme explicarse más fácilmente por una alteración específica de la fisiología celular que por un resultado algo retardado de un puro optimismo terapéutico.

La literatura concerniente a la terapéutica del sulfocianato abarca opiniones muy distintas; desde los que piensan que administrado en dosis mínimas no produce efecto ninguno en el cuerpo humano, hasta los que afirman que en dosis elevadas es un poderoso agente que altera los mecanismos celulares, produce reacciones inflamatorias, severas dermatitis, psicosis,

coma y en 4 casos produjo la muerte.

Estas diferencias en los distintos resultados de las experiencias débense a 2 factores: la selección de los enfermos y las cantidades de las dosis.

El peligro de envenenamiento por el sulfocianato resulta de la acumulación de la droga en los tejidos del cuerpo humano, lo que fácilmente se producirá cuando se empleen dosis elevadas, o mismo hasta por dosis menores, siempre que la eliminación sea deficiente.

Bancroft sugirió un tercer factor muy importante: que el sulfocianato es un agente peptizante solamente en un medio alcalino y actúa como un agente coagulante en un medio ácido. En presencia, pues, de hiperclorhidria, hay que temer la aparición de síntomas gástricos y dermatitis.

Al dar fin a estos apuntes sobre la manera de tratar la hipertensión, yo no puedo dejar de confesar nuevamente cuan limitado es el uso de la terapéutica; cuan mezquinos e insustanciales son todos los métodos terapéuticos de que disponemos para ayudar a un enfeímo que deseamos salvar sin conseguirlo.

Sin embargo, he hecho todo lo posible por aclarar algunos de los problemas más interesantes y mostraros los medios con que algún día podremos asaltar este castillo de sombras y conseguir tomarlo.

—Del Día Médico.

Cutirreacción de von Pirket en 42 niños

La cutirreacción de von Pirket se caracteriza cuando es positiva por un enrojecimiento que debe aparecer en el lugar de la inoculación seis a ocho horas después. Este enrojecimiento debe ir acompañado de cierto grado de induración y tumefacción. En algunos casos apare-cen pequeñas vesículas. La reacción alcanza su máximo al cabo de 48 horas, luego decrece y descama, dejando un tinte cobrizo que dura algunos dias. Cuando la reacción es muy fuerte, puede acompañarse del halo periférico señalado por Lemaire y de hipertrofia ganglionar correspondiente.

La reacción negativa se caracteriza por una rojez mínima y fugaz en el punto de la inoculación.

La reacción de von Pirket y en general las reacciones de hipersensibilidad a las diversas tuberculinas tienen valor únicamente en niños no mayores de 5 años, pues en el adulto casi todas las reacciones resultan positivas; por el hecho de que tocios que sea en una u otra forma están impregnados del bacilo de la tuberculosis.

Deseando saber qué tanto por ciento de niños eran sensibles a la tuberculina en el Servicio de Niños del Hospital San Felipe. tomé 42 infantes de 3 meses a 5 años de edad, a los cuales, practiqué la cutirreacción de von Pirket, conforme la técnica del caso. De estos 42 niños, desarrollaron reacciones fuertemente positivas 2 y positivas 17, siendo negativas 23. Estos 19 niños positivos representan el 45.2 % de niños impregnados con el bacilo de la tuberculosis.

Casi todos ellos, ya en una forma u otrc. presentaban signos evidentes de tuberculosis ganglionar traqueo brónquica,. de los ganglios cervicales, etc., por lo cual la clínica y la reacción de von Pirket vinieron a. confirmarse mutuamente. tuberculosis pulmonar y la tuberculosis ósea son bastante raras en los niños asilados en este Servicio-, no así la tuberculosis ganglionar que es muy común.

Como conclusión, creo no seria exagerado afirmar que el 50 % de nuestros niños, especialmente de aquellos qu'e ingresan al Hospital, entre la edad de 3 meses a 5 años, están ya impregnados del bacilo de Koch.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, 15 de junio de 1935

VII Congreso Panamericano del Niño

12 a 19 de octubre de 1935 México, D. F.

CONVOCATORIA

El señor Presidente de la República, teniendo en consideración que, al verificarse el VI Congreso Panamericano del Nino en la ciudad de Lima, Perú, se designô la ciudad de México como sede del VII Congreso, ha tenido a bien acordar que éste se celebre en esta capital del 12 al 19 de octubre del presente año, y que, al efecto, se invite a los Gobiernos de las Naciones ICA Americanas para que envien delegados a dicha asamblea. La Comisión Organizadora del VII Congreso Panamericano del Nino ha quedado integrada en la forma siguiente:

Presidente: Doctor Abraham Ayala González.

Primer Vicepresidente: Doctor Aquilino Villanueva.

Segundo Vicepresidente: Doctor Alfonso C. Alarcón.

Secretario General: Doctor Alfonso Pruneda.

Prosecretario: Doctor Francisco de P. Miranda.

Vocales:

Sección primera: Doctores Isidro Espinosa de los Reyes y Mario A. Torroella. Sección Segunda: Doctores Pablo Mendižábal y Juan Parill.

Sección Tercera: Doctores Alfonso G. Alarcón y Rigoberto Aguilar P.

Sección Cuarta: Doctores Federico Gómez y José P. Franco. Sección Quinta: Licenciados Antonio Médiz Bolio y Manuel Rueda Magro.

Sección Sexta: Doctor Gaudencio González Garza y Profesora Rosaura Zapata.

deLa Comisión
La Organizadora, se convoca a los
VII médicos, abogados, parteras
NI- enfermeras, maestros y padres
la de familia, y, en general, a las
personas que en América se intancia, así como a las institulez. ciones del Continente que se
ocupan de ellos, para que tomen
parte activa en el Congreso.

TEMAS DEL CONGRESO

Art. 200—Los temas oficiales, que serán tratados en las sesiones plenarias por los delegados de los diversos países, son los siguientes:

Sección Primera. Pediatria médica.

- 1.-Raquitismo.
- Estados alérgicos de la infancia.
- Colitis muco-hemorrágicas de la infancia.

Sección Segunda. Pediatria Quirúrgica y Ortopedia.

Infecciones focales en la infancia.

Tratamiento médico, quirúrej gico y ortopédico de las pag rálisis en los niños.

Tratamiento de las osteoartritis tuberculosas infantiles.

Sección Tercera. Higiene Infantil.

- Cómo lograr la provisión de leche pura de vaca destinada a la alimentación infantil.
- Profilaxis de las parasitosis intestinales.
- Influencia del hospitalismo en el estado psiquico del niño.

Sección Cuarta, Asistencia y

Servicio sociales.

- Asistencia y protección de los niños inválidos.
- Programa minimo de preparación de las enfermeras visitadoras y de las trabajadoras sociales.
- Sugestiones para la organización médica, educativa y social de la Casa de Cuna tipo.

Sección Quinta. Legislación.

- Obligaciones del Estado en cuanto a la protección de la infancia. Legislación relativa. El Código del Niño.
- Fundamentos humanos, legales y sociales de los derechos de la maternidad.
- Legislación relativa a la delincuencia infantil.

Sección Sexta, Educación,

- Educación de niños anormales.
- Educación de niños normales
- Educación del niño en la edad preescolar.
- Clasificación de los escolares. Su función protectora del niño y sus ventajas para la educación.

Art. 21º—Los temas que recomienda la Comisión para su estudio en las diversas Secciones son los siguientes:

Sección Primera. Pediatria médica.

- La tuberculosis en la primera infancia.
- La bronconeumonia y su tratamiento en la primera infancia.
- La hemoterapia en pediatria.
- Tratamiento de los prematuros.
- Clasificación de los padecimientos gastrointestinales en la primera infancia.
- El problema de la rehidratación en pediatria.
- Sindromes endócrinos más frecuentes en la primera infancia.
- Las avitaminosis más frecuentes en la infancia.
- 9.-Las apendicitis en los niños.
- Tratamiento de la sifilis ingénita.

Sección Segunda. Pediatria quirúrgica y Ortopedia

 Tratamiento quirurgico de la epilepsia esencial.

- Tratamiento quirúrgico de las pleuresias crónicas.
- Tratamiento de las escoliosis.
- La transfusión en pediatria quirúrgica.
- 5—Tratamiento de la osteomielitis.
- Tratamiento quirurgico de la paraplegia en la espondilitis tuberculosa.
- Tratamiento de las osteomastoiditis.
- Ea muerte súbita en los niños recién operados.
- Tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa.
- Helioterapia en las tuberlosis quirurgicas.

Sección Tercera. Higiene infantil.

- El destete prematuro como factor de mortalidad infantil.
- El alimento minimo en las afecciones gastrointestinales de la infancia.
- Los vitamines en la alimentación infantil.
- Profilaxis de la bronconeumonia.
- 5.—El valor de las vacunas destinadas a la profilaxis de la tos ferina.
- La reacción de Schick y la vacunación contra la difteria.
- Profilaxis del sarampión por el suero de convalecientes.
- 8.—Profilaxis de las miopias en el trabajo escolar del niño.
 9. Profilaxis de las tiñas
 - en el medio escolar.
- La vacunación con el B. C.
 G.

Subsección de Higiene prenatal.

- Las alimentaciones insuficientes o viciosas durante el embarazo.
- 2.—Alcoholismo y embarazo.
- Tratamiento de las embarazadas cardiópatas.
- Calcioterapia de las embarazadas.
- Tentativa de aborto y sus relaciones con la teratogénesis.
- Profilaxis y tratamiento de la oftalmia purulenta.
- Profilaxis de las infecciones umblicales.
- Conducta de la partera en los casos de muerte aparente del recién nacido.
- Alimentación del recien nacido en los tres primeros días
- La puericultura del prematuro.

Sección Cuarta. Asistencia y Servicio sociales.

- Organización y funcionamiento de los preventorios.
- Colonias campestres y maritimas para niños convalecientes y desnutridos.
- Coordinación y desarrollo de trabajos eneaminados a preparar a las madres para la debida protección de sus hijos.
- La Cruz Roja y su cooperación permanente en la protección a la infancia.
- Organización y funcionamiento de las clínicas de neuropsiquiatria infantil.
- Cooperación de los sindicatos médicos en la protección de la infancia.

- Protección a la infancia en las comunidades rurales.
- Protección a los niños que trabajan en los circos, teatros, carpas y otros espectáculos semejantes.
- Preparación de la enfermera especializada en asuntos de la infancia.
- El Instituto Pro-Infancial coordinador de estas actividades en cada país.

Sección Quinta. Legislación

- Investigación de la paternidad con el fin de que todos los niños tengan derecho de saber quiénes son sus padres.
- Protección de los hijos ilegitimos.
- Facilidades legales para incorporar a la familia a los hijos habidos fuera del matrimonio.
- Ley del seguro social de la maternidad.
- Legislación apropiada en beneficio de los huérfanos, abandonados, hijos de delincuentes y expósitos.
- Legislación complementaria de la prevención social de la delincuencia infantil, para la adaptación y redención de los menores delincuentes.
- Reformas legislativas para facilitar y hacer más am-

- plios los casos de adopción.
- Certificado prenupcial obligatorio.
- Reformas legislativas para facilitar la inscripción de los nacimientos en el Registro Civil.
- 10.—Legislación adecuada para facilitar la fundación de Casas de Cuna, Maternidades, Hospicios, etc., por la iniciativa privada.

Sección Sexta. Educación.

- Recreaciones adecuadas a los niños.
- El teatro infantil como factor de educación.
- Bases para formular programas de educación física para el niño.
- Papel del mobiliario y del material en los jardines de niños.
- Bases cientificas para formular los horarios escolares.
- 6.—Educación progresiva.
- Colaboración de la familia y de la escuela en beneficio de los niños.
- La orientación vocacional en la Escuela Primaria.
- La enseñanza de la puericultura en las escuelas post-primarias.
- Las escuelas de recuperaración física y mental. Crganización y resultados.

LA PESTE VERDE

(Continúa)

VI.—Los tratamientos usuales de la Malaria

Todo tratamiento de la Malaria, para ser eficaz, debe ser prolongado. Sin esta condic'ón ninguna droga triunfa de la enfermedad. Examinemos como han de usarse las drogas útiles. Nos limitamos a la QUI-NINA, por que es la única sustancia susceptible de ser entregada al manejo profano de las masas rurales.

La QUININA, a la dosis de dos gramos por día, en tres o cuatro tomas, durante el ataque inicial de tercianas, elimina los parásitos de la sangre en 5 o 7 días.

Cuando estalla el acceso por primera vez, si no se teme un ataque pernicioso, es decir si no está en función el plasmodium falciparum, es conveniente esperar un periodo de crisis natural para intervenir útilmente con la quinina a la dosis recomendada, (2 gramos). El uso de los comprimidos azucarados es precioso para administrar la quinina, la que siempre ha de darse por la boca. Las dosis excesivas, superiores a la indicada, a menudo son más dañosas que útiles. Las inyecciones han de reservarse para los casos que se acompañan de vómitos, de intolerancia gástrica o cuando el enfermo ha caído sin sentido (coma-palúdico pernicioso). Entonces hay que actuar rápidamente, aún por la vía venosa. La sal de quinina a la que se

recurre de preferencia, es el formiato o quinoformo. Su empleo, a la dosis de un gramo, en estos casos, puede ser heroico y producir magnífico resultado.

El tratamiento del acceso inicial ha de prolongarse por dos semanas cuando menos; y se le puede normar por estos tipos recomendados por la experiencia malariológica:

I.—Sulfato de quinina, dos gramos por día durante quince días, repartiendo la dosis en tres o más tomas;

II.—Sulfato o mejor Biclorhidrato de quinina a la dosis de un gramo cincuenta diarios durante los cinco días que siguen a los accesos febriles.

Cualquiera de estos tipos, aplicados en vasta escala en las comarcas de Malaria, es suficiente para obtener beneficios de importancia sanitaria. El tratamiento de las recidivas se hará cuando éstas se anuncien, no antes; y se seguirá en la misma forma de tratamiento.

Así se respeta la - inmunidad natural de los enfermos, que los torna resistentes a la Malaria.

Una medida de enorme importancia sanitaria es la vigilancia médica constante sobre todos los maláricos que han sido objeto de asistencia ambulatoria o que se han hospitalizado, por la gravedad de su infección, y cuyo tratamiento ha de ser objeto de atención sostenida. Esta medida la acaba de consagrar la legislación antimalárica italiana, y la de otros países se-

nalando un plazo de seis meses para el tratamiento obligatorio. La medida se justifica por razones de Higiene pública.

Para poder afirmar que un individuo está sano de Malaria que ha sufrido, recordemos el criterio que da ei Prof. Marchoux y que comparten los malariólogos del mundo. "Se puede hablar de curación definiti-

va de la malaria cuantió el enfermo está lejos de las regiones maláricas desde 18 meses a 2 años, el tumor del bazo ha desaparecido y las condiciones generales de salud han retornado a la normal." Este criterio, a primera vista excesivo, es sin embargo la expresión más cabal de la verdad.

TRATAMIENTO TIPO EFICAZ Y RIA RURAL DE LA COSTA	ECONOMICO DE LA MALA-
CURA DE ATAQUE	Dos gramos de sulfato de qui- nina o 1,60 de biclorhidrato du- rante quinee dias, en los adul- tos. En los niños reducir la dosis según la edad. Dosis mi- nima: 0, 50 gramos.
CURA DE SOSTEN	Un gramo por día, durante un mes; en los adultos. En los niños dosis menores, minima 0,40 gramos por día.
CURA DE BONIFICACION	Dos gramos por semana en dos dosis, durante seis meses. En los niños reducir estas do- sis a un gramo o menos, según la edad.
CURA PROFILACTICA	Sesenta centigramos por dia de biclorhidrato, durante la epi- demia activa (Onda Anofelina) de abril a julio.

Nuestra experiencia en la campiña que rodea a Lima nos autoriza a afirmar que ese tipo de tratamiento, con ligeras variantes y reforzado con la **Plasmoquína**, para la curación de los enfermos gametóforos, es eficaz para el dominio de la Malaria en niños y adultos. Jamás hemos recurrido a las in-

yecciones. La dosis de diez comprimidos de biclorhidrato de quinina de 0,20 gramos cada uno, para los hombres; y de cuatro a seis, para los niños, nos han dado satisfacción. La Malaria ha retrocedido en forma manifiesta y la salud ha comenzado a reflorecer en las ma-

sas rurales debilitadas y vencidas.

VIL— La asistencia preventiva o tratamiento en masa de los trabajadores rurales víctimas de la Malaria

Al lado del tratamiento individual de cada malárico, que tiende a curar los accesos agudos y las recidivas que son su inevitable cortejo, hay que conceder lugar destacado a la práctica de la asistencia preventiva, en masa, de los trabajadores que han sufrido en cualquier época de las tercianas. Es una medida de suma importancia en la prevención de las epidemias activas anuales.

En la Costa del Perú, por muchos años, esta práctica de la asistencia en masa deberá ser adoptada como la mejor forma de entrabar y llegar aún a erradicar la Malaria, que señorea en sus tierras de cultivo.

Este tratamiento en masa debe llevarse a cabo pocas semanas o pocos días antes de la época en que los zancudos invaden los poblados rurales. Y como a menudo esta invasión coincide con el enganche de los obreros a los que atrae el recojo de algodón, su realización debe ser cuidadosamente efectuada.

Para esta labor hay que disponer de las dos mejores y hasta ahora únicas armas con que contamos: la QUININA y la PLASMOQUINA. La primera, para acabar con esquizontes y raerozoitos; la segunda, para una batida general a los gametos, que parasitan la sangre.

La época mejor para llevar a cabo esa asistencia en masa nos parece, en la Costa, el mes de febrero al final de la pausa epidémica. Ha de ser repetida a mediados de mayo, en plena epidemia, y en el mes de agosto, concluida la Onda Anofelina. Los niños de preferencia deberán ser objeto de atención muy especial. De esto tratamos en el párrafo siguiente.

La finalidad de este tratamiento masivo de toda la población rural no es tanto la curación individual de los atacados, cuando la prevención de las infecciones anofelinas. Por esto, al lado de la quinina, debe ocupar puesto de primera importancia, la Plasmoquina.

He aquí un cuadro-tipo sobre las dosis de administrar estos productos medicinales, en la cura de masa. .

Edad de l	os Asistidos.	Dosis de
Debajo de	0,30 gr	
De 2 a 6	0,60 gr	
De 7 a 10	0.80 gr	
De 11 a 14	0,80 gr	
De más de 14 años		1,00 gr
quinina.	Dosis de pla	smoquino
sulfato	0.003	gramos
id	0,010	id
id	0,015	id
id.	0,020	id
id	0.030	1d

Estas dosis deben suministrarse diariamente, por espacio de seis días consecutivos.

Klieger, que es el autor de este tratamiento tipo para la asistencia en masa de las poblaciones rurales desvastadas por la Malaria, lo recomienda; y nosotros que lo hemos puesto en práctica sobre más de 1,000 enfermos en el valle de Carabayllo, tenemos que declarar que, con él, hemos alcanzado en un año resultados muy lisonjeros y una reducción apreciable de la epidemia.

VIII. -— La Asistencia de los niños gametóforos y esvlenomeg álicos

Cuantos tienen alguna experiencia de las realidades de la Malaria reconocen que los niños, jamás atendidos como deberían serlo, constituyen factor determinado de las epidemias anuales de Malaria, cuando atacados por la dolencia la sufren en forma crónica.

Estos niños gametóforos, con bazos enormes y poco menos que abandonados de Dios y de los hombres, se vengan de su estado de abandono infectando a los zancudos y constituyendo el anillo más importante de la cadena epidemiogénica.

Por esto 'hay que asistirlos, tratándolos médicamente en forma intensa y prolongada. No es una obra de candad, es la base misma de la salubrificación rural, por la reducción que con ello se obtiene de los reservorios del parásito malárico.

El tratamiento de estos niños enfermos discrepa algo del de los adultos. Conviene por ello que expongamos la forma como deben ser asistidos y tratados.

Nocht recomienda el siguiente esquema de tratamiento, que iodos los malariologistas han comprobado en sus benéficos efectos. El tratamiento dura seis semanas. En la primera semana hay que dar siete días de quinina a razón de un gramo por día, en cinco dosis de 0,20 gramos cada una. En la segunda, tercera y cuarta semanas, hay que dar cuatro días de descanso semanales y tres de quinina a la misma dosis y en la misma forma de administración ya mencionada. En la quinta y sexta semanas, se dan cinco días de descanso y dos de tratamiento con la quinina a la dosis de un gramo.

En el Sanatorio Antimalárico de Roma se usa desde tiempo otro tipo de tratamiento igualmente muy recomendable y que da resultados admirables:

Cincuenta centigramos de biclorhidrato de quinina al día para los niños de 4 a 6 años.

Ochenta centigramos de la misma sal, al día, para los niños de 6 a 8 años.

Un gramo veinte al día, de la misma sal de quinina, para los niños de 10 a 14 años.

Cuando el niño está con fiebre y tiene parásitos en su sangre, lo que se comprueba por el examen microscópico, se le da esta dosis por espacio de veinte días; después se suspende el tratamiento por ocho días y luego se insiste con las mismas dosis anteriores por otros veinte días más.

Es un tratamiento que dura siete semanas. Los comprimidos azucarados son aquí muy útiles y en veces los niños los tragan como confites. También son de uso frecuente dos sales de quinina casi sin gusto: el tanato de quinina' y el etilcarbonato de quinina o euquinina, pero entonces hay que aumentar la dosis en la proporción de un cuarto, para que la cantidad de quinina pura coincida con las dosis ya fijadas.

Esta asistencia metódica de toda la población infantil de las zonas rurales es a menudo muy difícil de ser llevada a cabo con el rigor necesario. Entonces se recurre a una forma de organización de la asistencia que-ha dado, por doquiera, resultados asombrosos y que la aconsejamos para nuestras campiñas víctimas de la Malaria. Nos referimos a las Colonias Escuelas para niños malá-

ricos crónicos, que recojen a estos enfermitos y los rodean de toda la atención necesaria, sustrayéndolos, además, a las posibilidades de que infecten a ios anofeles.

Estas Colonias Escuelas rurales deben estar en funciones durante el período de la epidemia activa, cuando la Onda anofelina realiza su trágica faena de trasmisión de la Malaria, es decir en nuestra Costa, de marzo o abril a agosto.

Estas Colonias Escuelas rurales deben estar en funciones durante el período de la epidemia activa, cuando la Onda anofelina realiza su trágica faena de trasmisión de la Malaria, es decir en nuestra Costa, de marzo o abril a agosto.

Con ellas se obtiene salud y cultura, se previene, al mismo tiempo, ese trágico caer de centenares de obreros adultos heridos por la Malaria y se atesora trabaj o, evitándose las pérdidas que para la economía agrícola y para la economía social significa cada trabajador primo-infectado.

No es aquí el lugar de examinar detenidamente este asunto; bástenos con señalar esta forma particular de asistencia de los maláricos crónicos de edad infantil, llamada a aportar un precioso concurso a la salubridad rural.

IX.—La asistencia del yanaconaje y de los obreros nómades

Yanaconas o trabajadores libres enrraizados en la tierra y obreros nómades, juegan, como ya lo expusimos, un gran papel en la producción del drama malárico. Por eso deben ser objeto de la Asistencia.

El "no?nadismo obrero," fenómeno sobre el que hablamos anteriormente, alcanza en nuestros campos costeños intensidad extraordinaria. Estos braceros nómades, enfermos casi siempre, cuando se trasladan de un valle a otro o dentro de un mismo valle, de un fundo a otro, por llevar en su sangre el parásito malárico, son factor *peligrosísimo para la difusión y ampliación del radio de la Malaria

Los ¿'yanaconas," trabajadores libres, heroicos colonos que se instalan un poco por todas partes en las campiñas y en ellas se radican a permanencia, sin más recursos, a menudo, que su amor al trabajo agrícola y su terca voluntad de sentirse en posesión de un pedazo de tierra, que miran como suyo, son un factor importante en la persistencia de la Malaria en una

determinada comarca. Atacados constantemente por la infección, la resisten por un mecanismo de inmunidad natural, que en ellos despierta el hema-tozoario, se tornan aparentemente sanos, pero sin dejar de ser por su sangre, peligrosos re-servorios de gametos, infectantes para los zancudos.

La asistencia metódica y vigilante de estos dos grupos de trabajadores debe ser organizada dentro de las mismas pautas' que ya señalamos para la, asistencia de los' braceros que se agrupan en las rancherías, en torno de las casas solariegas y de los ingenios y usinas agrícolas, que existen en los fundos, costeños.

X.—El saneamiento de los ambientes maláricos

La Asistencia de los enfermos de Malaria tal como la hemos concebido y expuesto en páginas anteriores, es medida sanitaria de indiscutible valor v de resultados seguros e inmediatos, pero realizada aisladamente no actúa sino en forma muy lenta sobre los factores que, originan las epidemias, es decir contra la Malariogénesis. Por la Asistencia se reducen los daños humanos y se previene la muerte de las víctimas de la Malaria, pero no se suprime la génesis del mal. Los zancudos y la desíiarmonía entre el hombre y la tierra, quedan fuera de su acción, no obstante su enorme papel malarigénico.

Por esto, al lado de la Asistencia, completándola en toda campaña sistemática y técnicamente organizada contra la Malaria, hay que conceder lugar destacado al Saneamiento, entendiendo como una organización rural de las zonas castigadas por el flajelo que garantice, sobre bases de equilibrio geológico, de salud y de justicia la fecundidad de los campos, el trabajo humano y la riqueza agrícola.

La supresión de los anofeles y la regularización de los cursos de agua que pueden servir para su reproducción, serán siempre objetivo concreto de todo Saneamiento antipalúdico, ya que, como lo hemos dicho a menudo, la batalla contra la Malaria hay que iniciarla en las "rancherías," albuergues de los hombres, pero la victoria sólo es posible coronarla en el dominio de las aguas e imponiéndole la ley de armonía con 'a tierra, para crear en torno la prosperidad. El Saneamiento del campo es una empresa de colonización científica. Además

de tender a que las aguas y las tierras se pongan en contacto para asegurar su máximo rendimiento en frutos, ha de perseguir, con igual empeño, la explotación agrícola racional; la valorización de las tierras improductivas; la construcción de caminos que permitan recorrerlas y por ende dominarlas; la edificación de barriadas salubres y de casas en que impere, con el sol, el bienestar vital; la provisión de agua de bebida potable; las irrigaciones hechas con criterio sanitario; la disciplina de las inmigraciones internas, condicionando el "nomadismo rural" para que arraigue, fuertemente, en la tierra urgida de brazos que la cultiven. Este es el Saneamiento moderno tal como lo entiende la Medicina Social después de las admirables enseñanzas de la Escuela Italiana, con sus largos años de experiencia.

Esta BONIFICA INTEGRAL, gloria indiscutible del Fascismo y laurel sobre la frente del DU-CE, es, dice Lutrario una integración totalitaria. "La Bonifica integra comprende todo el problema de la Malaria en todos sus aspectos y en todas sus soluciones: geológicas, hidrológicas, agrarias, económicas y sanitarias. Es una concepción totalitaria, que abraza el problema en toda su extensión, en el espacio y en el tiempo, desde sus primeras realizaciones hasta su última evolución. La Bonificación integral es la bonificación del hombre y la bonificación de la tierra en sus relaciones reciprocas. Esta concepción fundamental caracteriza la profunda diferencia entre el pasado y el porvenir."

Con esta doctrina — estrella polar para orientarnos en el dédalo complejo del Saneamiento — expongamos ahora, no -obstante su carácter técnico, los principios que deben guiar en el Perú a tan trascendente y necesaria operación sáneadora.

XI.—Principios generales que deben inspirar el Saneamiento rural en el Perú

I.—Sanear es, para la Higiene moderna, redimir el ambiente que rodea al hombre con el fin concreto de capitalizar salud v bienestar social. No se sanea por el gusto abstracto de sanear, sino para beneficio vital del obrero que trabaja la tierra y en ella cumple su destino familiar. El Saneamiento rural se convierte así en una vasta operación técnica, de apretada economía social, que demanda el concurso del Ingeniero y las luces del Higienista ambos en estrecho contacto inspirando a los hombres directores de la vida nacional y sostenidos en sus anhelos de mejoramiento colectivo, por la buena voluntad

que resulta de la comprensión de las masas populares ganadas por la educación a la idea del progreso.

II.—-El Saneamiento de una comarca malárica es una empresa técnica y económica a un tiempo, que suprime el desorden hidrotelúrico — factor ambiental de malariogénesis; — y que tiende a crear la armonía entre el agua, la tierra y el hombre, estos tres bienes esenciales e inalienables de una Nación, permitiendo el rendimiento agrario y el mayor bienestar humano. Se diría que para vencer a ¡a Malaria, por el Saneamiento, hay que repetir en las comarcas azotadas por la Peste Verde el milagro de la creación, de que nos habla el Génesis.

III.—El Saneamiento así concebido, no es sin embargo una cuestión general, sujeta a planos rígidos e inmutables. Por lo contrario, es obra obligadamente individual, para caso concreto. Por esto, condición de todo Saneamiento, es conocer con exactitud estos dos órdenes de factores: de un lado, lascaracterísticas geográficas y cósmicas o climáticas, que orí-

ginan la perturbación hidrotelúrica, elemento de la Malariogénesis; y del otro, el estado social de los habitantes, la fauna anofelina. local vectora de la Malaria, y la flora y cultivos que individualizan el ambiente rural por sanear. Es la Vida y sus escenarios., lo que precisa conocer para el Saneamiento de una comarca, que es rectificación a un estado de cosas existente, creador de insalubridad.

IV.—En la Costa del Perú faja singular de arenales rocosos, de cien kilómetros de anchura; talud entre la Cordillera y el Pacífico, cruzado por ríos torrenciales que fecundan las tierras aluvionosas de los valles, tallados por la caída milenaria de los deshielos andinos fundidos al calor de los veranos y en marcha hacia el mar — el desorden anuel que determinan estas aguas de avenida, reforzadas por las lluvias de la cuenca alta y rocosa de la vertiente que mira al Océano, es altamente propicio para la prosperidad anofelina, por los larvarios innúmeros que de tal régimen hidrotelúrico v climático derivan, elementos de la Malariogénesis. El Anofeles psoudopunctipennis, vector tal vez único de las epidemias de Malaria del litoral, encuentra en nuestra Costa condiciones geocósmi-cas admirables para su reproducción y perpetuación.

V.—Factor que agrava de la insalubridad derivada de esta desharmonía entre el agua y la tierra, es el estado de profundo atraso social en que se hallan los habitantes que moran y trabajan en estos valles malaríge-

nos. La miseria y la ignorancia los envuelven, implacablemente; y abandonados de todo amparo sanitario caen inermes, presas de la Malaria. Los métodos de regadío y la naturaleza de los cultivos principales, aumentan todavía, en la mayoría de las veces, el estado de la insalubridad.

VI.—El Saneamiento antimalárico ha de resultar en la Costa del Perú de la realización, metódica y técnicamente efectuada, de trabajos de Ingeniería sanitaria, estrechamente vigilados por la Higiene, y que se inspiren en estas tres grandes normas fundamentales:

- a). Suprimir el desorden hidrotelúrico, para impedir la formación de los larvarios anofeligenos y al mismo tiempo racionalizar las relaciones entre el agua, la tierra y el hombre.
- b). Prevenir que el drenado de las aguas vagabundas y de las que afloran entre las rocas —puquiales y pantanos freáticos no sumen el arenal, peor enemigo de la prosperidad patria que las mismas tercianas.
- c). Construir una operación que sin sobrepasar los recursos compatibles con la Economía pública, represente efectiva capitalización en salud, en producción agrícola y en bienestar social.

Sólo por la aplicación de estos principios a la cruzada saneadora, la PESTE VERDE reducirá su mortífero imperio y nuestra Costa podrá ser entonces el foco de una nueva efectiva civilización para el Perú.

XII. —Los objetivos del Saneamiento antimalárico

El concepto de Saneamiento rural que defendemos y los principios que formulamos para su orientación, parecen, a primera vista, utopias que escapan a las posibilidades inmediatas del Perú. Sin embargo no es así. Para disipar tal creencia, de acuerdo con el espíritu de este trabajo de divulgación médico social, vamos a puntualizar la manera como podemos dar co-mienso a esa empresa, que jamás concluye, de sanear nuestro hogar patrio, para que en él surjan, por milagro de la salud, los ciudadanos del futuro capaces de realizar la ventura nacional.

Tres grandes objetivos ha de perseguir el Saneamiento rural antimalárico:

I).—Correjir el desorden .Uidrotelúrico, crónico y milenario en nuestro litoral, factor de la anarquía de la producción agraria, origen de la pobreza social y determinador de infinitos larvarios anofeligenos.

II) .—Desanofelizar el campo o sea destruir o reducir el número, de los zancudos trasmisores de la Malaria, impidién-

doles realizar su destino como especie: cuando alados, oponiéndose a que las hembras, consumadas sus nupcias aéreas entre los velos brumosos del otoño chupen la sangre humana, vino de sus amores, y efectúen su postura en las sabanas semiquietas de los remansos de agua, lecho de su maternidad; cuando larvas, empresa más factible y eficaz, previniendo, destruyendo o neutralizando los criaderos acuáticos y las condiciones que los tornan propicios.

III).—Defender a la población rural, a fin de que el hombre se fije en la tierra que trabaja, asegurando con su enraice la transformación agraria que está esperando la felicidad del Perú. Es el Saneamiento Social.

Todo camino de cien kilómetros comienza por un paso, dice una sentencia oriental. Más tal vez que en otra ocasión, debemos recordar aquí este consejo de la sabiduría y al examinar cómo es posible realicemos, que paulatinamente tenazmente, tres obietivos funestos damentales del Saneamiento rural antimalárico.

Dr. Carlos Enrique Paz Soldán.

(Continuara).

Lo que el Médico no debe Hacer

(Continua)

Dilatación anal.

NO la hagáis bruscamente.

NO la hagáis sólo en el sentido transversal; hacedla también en el sentido antero posterior.

NO olvidéis que la dilatación puede producir un s'ncope jaringeo.

Diplopia.

NO olvidéis que en la generalidad de los casos la diplopia depende de la parálisis de un nervio motor del ojo.

NO comencéis el tratamiento sin suprimir la molestia por medio de un vidrio opaco o un vendaje.

Disenteria.

- NO creáis que la disenteria es la única manifestación de la amibiasis, que puede provocar además de abcesos del higado, nefritis, cistitis, bronquitis, abcesos pulmonares.
- NO esperêis que el enfermo os diga que padece de disenteria; buscad la amiba siembre que haya diarrea.
- NO espersis que el absceso hepático se manifieste o que el enfermo os lo acuse; buscadlo sistemáticamente en las disenterías prolongadas.
- NO prescribáis astringentes ni absorbentes sin haber investigado si hay amiba.
- NO cividéis que la emetina co-

mienza a ser ineficaz a los quince dias de haber empezado la enfermedad, que es cuando aparecen los quistes.

NO paséis de la dosis total de un gramo de emetina.

- NO os limitéis a inyectar la emetina; seguid la marcha de la amiba con el microscopio y evitad o curad el enquistamiento.
- NO deis dosis muy pequeñas de emetina, que son inútiles y provocan la emetinoresistencia.
- NO dejéis de aplicar el estovarsol cuando haya lamblias asociadas a la amiba, y el acetilarsán si hay tricomonas
- NO olvidéis que en la disentería crónica aparecen trastornos dispépticos rebeldes, que necesitan tratamiento sintomático especial.
- NO inyectéis dosis fuertes de emetina si hay disenteria amibiana y bacilar; combatid desde luego esta última.
- NO inyectéis dosis fuertes de emetina si hay amibiasis y fiebre tifoidea; curad ésta primero.
- NO deis calomel a los niños disentéricos.
- NO permitáis el alcohol y el pan a los disentéricos.
- NO dejéis de hacer el aislamiento de los disentéricos y de desinfectar las heces y las materias contaminadas por ellas.

Dismenorrea.

NO insistais indefinidamente con un tratamiento médico sin haberos convencido de que no hay obstáculo mecánico a la salida de la sangre menstrual.

Dispepsia.

- NO hagáis el examen sin saber qué come, cómo come y qué bebe el enfermo.
- NO digáis al enfermo que no tiene o que solo es un nervioso.
- NO os conforméis con la palabra dispepsia, que a veces cculta un cáncer; apendicitis, sifilis, uremia, úlcera, estenosis, gota, etc.
- NO purguéis a los hiperpépticos con podofilina ni cascara sagrada.
- NO les deis el bicarbonato antes de las comidas ni les deis alcohol.
- NO purguéis a los hipopépticos con sulfato de sodio ni les deis el bicarbonato a gran-

- des dosis ni después de las comidas.
- NO dels cloral en las dispepsias de tipo irritativo.
- NO deis yoduros.
- NO deis hierro, salvo en las consecutivas a la anemia.
- NO deis salicilato de sodio por la boca.
- No prescribáis calomel en la dilatación y en la ptosis del estómago.
- NO permitáis el alcohol, sobre todo en la hiperclorhidria.
- NO diagnostiquéis un trastorno gastro intestinal solo porque la lengua esté saburrosa, ni dejéis de pensar en el porque la lengua esté limpia.
- NO dejéis de aconsejar la vida al aire libre siempre que sea posible.
- NO paséis desapercibido el estrefilmiento que provoca dispepsia.
- NO hagáis lavado de estómago en la forma hiposténica; es inútil.
- NO prescribáis nitrato de plata,

- hiposténica.
- NO permitáis ningún alimento nuera de los tiempos de comida.
- NO permitàis té ni café concentrados.
- NO suspendáis bruscamente el régimen lacteo.
- NO permitáis el tabaco a ningun dispeptico.
- NO creals que las dispepsias se curan solo con régimen.

Eclampsia.

- NO confundais las convulsiones eclámpticas con las de las otras enfermedades. En aquéllas las convulsiones comienzan generalmente por la cara y no son precedidas de grito inicial.
- NO dejéis de hacer el análisis de orina de toda mujer embarazada.
- NO creais que solo la albuminuria puede hacer temer un ataque de eclampsia. Toda presión arterial superior a 6-12, indica un estado preeclámptico en una mujer embarazada.
- NO olvidéis que el mejor tratamiento profiláctico consiste en la dieta láctea y aclorurada.
- NO dejéis de interrumpir el embarazo si hay oligoalbuminuria y tensión arterial elevada.
- NO dels jaborandi ni pilocarpina, que son poco eficaces y pueden provocar edema pulmonar.
- NO invectéis sucro artificial ni morfina; sangrad y poned suero glucosado.

- creosota ni orexima, en la NO olvidéis que el cloroformo es la primera indicación cuando aparecen las convulsiones.
 - NO os olvidéis de proteger la lengua, de las mordeduras.

Eczema.

- NO hagáis diagnóstico de eczema sin haber eliminado especialmente la idea de sarna.
- NO tratéis todas las placas a la vez en el niño.
- NO tratéis intempestivamente por los reductores fuertes. las lesiones eczematosas de los brighticos, diabéticos y gotosos.
- NO olvidéis suprimir el pan y el contacto con las sustancias irritantes
- NO enviéis a un niño eczematoso al hospital; puede morir de septicemia.
- NO lo vacunéis, salvo que haya epidemia alarmante de viruela.
- NO le inyectéis suero antidiftérico sin gran necesidad y sin desensibilizarlo.
- NO combatáis rudamente el eczema en los niños; pueden sobrevenir convulsiones.
- NO useis agua ni glicerina en el eczema del conducto auditivo externo.
- NO olvidéis nunca el tratamiento general.
- NO deis baños en el periodo agudo.
- NO uséis pomadas rancias ni vaselina que no sea perfectamente pura.

Edema pulmonar.

- NO lo confundais con la embolia pulmonar, en la que hay dolor muy intenso y esputos negros y viscosos.
- NO deis cloroformo en el edema crónico, si no en caso de necesidad imprescindible.
- NO deis morfina ni pilocarpina, ni apliquéis vesicatorios en las nefropatias; dichas sustancias han provocado muchas veces edema pulmonar.
- NO evacuéis rapidamente un derrame ascitico ni pleural.
- NO inyectéis suero artificial en ninguna clase de edema.
- NO prescribáis jamás morfina, vesicatorios, sucro, cafeina, cáusticos y menos aun yoduro de potasio, que solo es útil en el edema crónico.
- NO olvidéis que vuestro primer deber es sangrar.
- NO perdais el tiempo aplicando ventosas.

Edema de Glotis.

NO lo confundáis con el absceso de laringe. NO os apresuréis a traqueotomizar; el edema se cura generalmente con el tratamiento médico.

Embarazo.

- NO aceptéis ciegamente las seguridades que os da una mujer de que no está embarazada.
- NO dejéis de pensar en el embarazo siempre que una mujer que está en edad de ser fecundada, se queja de amenorrea.
- NO diagnostiqueis la existencia de un tumor en una mujer de vida sexual, sin haber eliminado la idea de un embarazo.
- NO dejéis de pensar en el embarazo gemelar siempre que asistáis a una mujer embarazada; es un diagnóstico que se hace raras veces porque casi nunca se piensa en él.
- NO dejéis de pensar en el hematoma retrouterino cuando en una mujer embarazada aparecen bruscamente, un dolor intensisimo del hipo-

- gastrio, sincope y un tumor que, poco a poco, va subiendo hasta llegar a veces al ombligo.
- NO hagais lavados vaginales innecesarios.
- NO hagáis tactos vaginales innecesarios y sin guantes de hule.
- NO esperéis el momento del parto para diagnosticar un estrechamiento pélvico y la presentación y la posición del feto.
- NO hagáis la palpación y la auscultación del abdomen a través de la ropa de la mujer.
- NO hagáis la palpación del abdomen con las manos frias, que provocan una impresión penosa y contracciones uterinas y de los músculos

- de la pared, que dificultan el examen.
- NO intentéis hacer una palpación profunda desde el primer momento. Oprimid la pared lenta y progresivamente.
- NO confundais los latidos del feto con los de la madre que son menos frecuentes y de ritmo distinto.
- NO os conforméis con diagnosticar la presentación; dedeterminad la posición siempre que sea posible.
- NO scáis pródigos en medicamentos tóxicos; recordad que el embarazo es un estado de menor resistencia.
- NO prescribáis antipirina ni tártaro emético.

Ricardo D. ALDUVIN.
(Continuară).

Ciento cincuenta Años de Cancerología

Por Hans R. Shinz, Zurich

("Deutsche Medizinische Wochenschrift". no. 29. 19)

Sigerist, actualmente profesor de historia de la medicina, en Baltimore, ha insistido siempre en que la anatomía es, para los occidentales, la base absoluta de la medicina. "La anatomía es la base de nuestra medicina. En la orientación anatómica ha encontrado su expresión más adecuada medicina occidental, la forma en que ha podido desenvolverse independientemente, la forma que le ha capacitado para la creación de nuevos valores".

Así, también Vesal se halla al principio de la investigación científica del cáncer. como creador de los nuevos fundamentos sobre los cuales ha podido levantarse el actual edificio de la medicina.

Desde luego, siempre se ha teorizado mucho sobre el cáncer, pues esta enfermedad ha sido muy frecuente en todos los tiempos. No sólo el médico, sino también el profano, saben perfectamente lo que se entiende por cáncer: un tumor que, a pesar del termocauterío y del bisturí, retorna una y otra vez, produciendo metástasis y acá-

bando por arrumar al organismo. Los clínicos de antaño clasificaron el cáncer arbitrariamente en diversas formas. La lectura de los trabajos de estos autores no tiene valor alguno para el cancerólogo de hoy.

Gracias a VesaL la anatomía patológica ha llegado a ser la base de la clínica. Sin embargo, la importancia de Morgagni no se aprecia en todo lo que se merece considerando a este investigador solamente como fundador de esta nueva ciencia. No cabe duda, es cierto, que ha sido él quien compiló en forma crítica todo . el material de hechos, aumentando como ninguno nuestro saber sobre las modificaciones materiales de los procesos patológicos. Numerosos informes exactos sobre disección tratan también del cáncer. Mas entonces, sólo habría sido un imitador de Vesal, un especialista que habría llevado las ideas y métodos de éste a un nuevo dominio especial, a la investigación de las formaciones anatómicas anormales. Lo increiblemente nuevo, muy por encima de los trabajos de Vesal, consistió en su esfuerzo en

relacionar con los procesos clínicos los nuevos hallazgos anatómicos. Pretendía interpretar el proceso mórbido a base de las alteraciones anatómicas encontradas y llegó a sacar de sus observaciones ciertas conclusiones sobre el diagnóstico y "el pronóstico. Con Morgagni empieza la nueva era clínica; con él queda quebrado el dogmatismo de los teorizantes de la medicina, que había venido reirmDdo desde Galien. Los sucesores prosiguen sus trabajos y estudian el asiento y la constitución macroscópica de los diversos carcinomas del cuerpo humano. Inglaterra y América se ponen a la cabeza del nuevo movimiento.

No obstante todos los trabajos, sigue reinando la mayor confusión y la distinción de los tumores benignos de los cancerosos continúa siendo difícil y a veces imposible. Desde luego. con los medios de que ya se dispone se puede distinguir, p. ej., un tumor graso de un pólipo mucoso, pero el diagnóstico de la malignidad se basaba aun, al fin y al cabo, en el empirismo: si el tumor volvía después de una o más extirpaciones, este hecho era considerado como jido heterologo y las partes más franca señal de malignidad. Un delicadas de su tejido no se digran investigador alemán realizó, ferencian esencialmente de las por fin, un importante progreso. El anatomista y fisiólogo benignos ni de los Johannes Mueller, en su obra, jidos del embrión. desgraciadamente no terminada. titulada: "Sobre la de-licada constitución y las formas de los (1838). tumores patógenos" señalaba el camino que debía continuarse después con tanto éxito y es hoy la base de . toda investigación y terapéutica canceroíógica. De él procede la primera investigación croscópica de los delicados elementos tumorosos. Los carcinomas están formados por células, exactamente igual que los organismos vegetales o animales. Schleiden, Schawann. y Johannes .Mueller, han de ser considerados como los fundadores de la teoría celular. Sus errores, aclarados por investigaciones ulteriores, carecen de importancia ante su grandiosa concepción de la teoría celular para todas las formaciones normales y patológicas de los seres vivos. En 10 tesis resume Johannes Mueller sus teorías anatómicas y clínicas sobre la naturaleza del cáncer. Estas son todavía tan importantes y en lo esencial tan acertadas, que vale la pena exponerlas:

- I. En su estructura y en su naturaleza esencial, el carcino ma se diferencia de la mera in duración.
- II. Por su naturaleza, el car cinoma se diferencia también de la úlcera de las partes indu

- II. El carcinoma no es un tepartes tisulares de los tumores benignos ni de los primitivos te-
- IV. El carcinoma no posee tampoco componentes químicos singulares (salvo la putrefac ción).
- particular V. La actividad productiva y destructora del carcinoma, es causa de carac teres anatómicos generales que se' distinguen ya a simple vista en muchos o la mayoría de los
- VI. Para el desarrollo del car cinoma es preciso que la vege tación tenga tendencia a la ge neralización.
- VII. Aunque en la mayoría de los casos de carcinoma exis te ya desde un principio cierta disposición general al mal, hay que convenir en que el carcino ma se puede desenvolver tam bién de una disposición local, a raíz de la cual se desarrolla después la disposición general. Como se puede demostrar, esta disposición local puede ser pro vocada por influencias determi
- VIII. Ciertos tumores, de por si no cancerosos, de naturale meramente local, pueden provocar la disposición al cán cer, en determinadas condicio
- IX. Muchos tumores diferen tes del cáncer, no causan ten dencia alguna a la creación de disposición cancerosa, por muchos ataques agresivos que experimenten; o, mejor dicho, su disposición a la degeneración

cancerosa no es mayor que la de los tejidos sanos.

X. Toda forma del cáncer parece presentarse en todas las épocas de la vida y en todos los órganos; pero algunos acusan más predisposición que otros al cáncer, en determinadas edades de la vida.

En estas 10 tesis se resume claramente lo descubierto por Johanes Mueller en sus estudios microscópicos sobre los tumores malignos. Las mismas rigen todavía; sólo es necesario traducirlas al lenguaje científico moderno.

Johannes Mueller se equivocó solamente en un punto. Creía que el objeto de un análisis microscópico era meramente científico. Quería saber si existían diferencias esenciales de los tumores en cuanto a su organización y composición química. Hoy, la excisión de prueba, seguida de la investigación histológica, es el método por excelencia para el diagnóstico y tratamiento de un tumor maligno.

El análisis microscópico vino a sustituir, por lo tanto, a las vagas especulaciones, señalando el camino adecuado para la ampliación de los conocimientos en el dominio de los tumores malignos, mediante observaciones irreprochables. Virchow marchó racionalmente por este camino. El problema del cáncer se transformó en el problema de la célula cancerosa. Durante toda su vida trabajó Virchow en este problema; los resultados de sus investigaciones y reflexiones se encuentran claramente expuestos en sus mo-numentales obras: "La patología celular" y "Los tumores patógenos." La cancerología científica se ha de dedicar a los siguientes problemas:

1. La histología del cáncer. Seha de hacer la descripción mi croscópica y clasificación de la distinta forma de tumores ob servadas clínicamente. Es ne cesario investigar sí existe al gún medio morfológico y crite rio para el diagnóstico de la cé lula maligna.

2. Se ha de estudiar la histogenia de la célula cancerosa. ¿De qué célula normal del orga nismo se deriva la célula tumo rosa ¿Cuál es el tejido mater no, la matriz de la célula can cerosa? ¿Cuál es el verdadero en morbi, cómo es el mecanis mo en que se basa esta trans formación de las células del cuerpo en célula cancerosa, y qué causas inducen a este fenó meno?

Estos problemas ocuparon, después de Virchow, a todos los cancerólogos del siglo 19. Numerosos Institutos anatómicopatológicos de todos los países, continuaron la diferenciación histológica y describieron nuevas formas de tumor, gracias al perfeccionamiento de la técnica y óptica. Hasta ahora no se ha podido encontrar ninguna característica morfológica de la célula maligna. Virchow tenía razón al decir que el diagnóstico microscópico de la célula cancerosa no es posible. Lo decisivo es la constitución histológica, la suma de las características histológicas.

La citología del cáncer ha descubierto, desde luego, ciertas diferencias en el mecanismo

de la partición nuclear y en la relación del plasma nuclear, pero las mismas no son específicas y acusan gran confiuen-cia. Ni los más refinados métodos de coloración, ni las ampliaciones más poderosas, han podido llegar a permitir la comprobación de propiedades estrictamente específicas de la célula del cáncer. Las citadas diferencias se manifiestan solamente mediante la valoración cuantitativa de un gran numere de células y núcleos. Gruesos volúmenes tratan de la cla-sificación de los tumores malignos por criterios histológicos. Pero todavía no se ha podido llegar a un acuerdo.

A Juicio de Schinz, el diagnóstico histológico ha experimentado una ampliación muy notable < yn la caracterización de ciertos tinos de tumor de acuerdo con su sensibilidad y resistencia a los rayos, en comparación con el tejido madre normal. Como ejemplos son de citar el sarcoma Hnfadenoide, el sarcoma de Ewing y el carcinoma linfoepitelial. Hoy se pide al patólogo, que nos informe no solamente sobre la existencia de un tumor maligno, sino también probable sobre la. diosensibilidad, En conjunto, la histología de cáncer, la citología y cariología o sea el problema morfológico del cáncer, ha llegado a su perfección con los medios de investigación de que ahora se dispone. La falta de un específico y característico morfológico de la célula maligna, es la razón de que unos dispongamos aun de criterios para diagnosticar irreprochablemente un cáncer antes de la aparición del desarrollo destructivo.

La histogenia .ha sido estudiada por numerosos investigadores.

La teoría de Virchow es equivocada. El carcinoma epitelial, o sea el cáncer propiamente dicho, no se deriva del tejido conjuntivo.

La teoría de que las células del cáncer epitelial se derivan únicamente de las células epiteliales, se abrió camino gracias a 1 clásico trabajo del cirujano Thiersch: "El cáncer epitelial, especialmente el de la piel" (1865). Esta teoría, hoy generalmente admitida a 'base del estudio del carcinoma de la mama, ha sido extendida hoy a todos los carcinomas.

Numerosas han sido también las contribuciones a la patogenia y etiología de la célula can- cerosa.

La teoría de la irritación, según Virchow, enseña que la primera formación tumorosa es local, en primer término un producto de la acción de excitaciones exteriores sobre el tejido mismo. Esto se ha podido fundamentar, pero no demostrar, por observaciones clínicas.

La provocación experimental del cáncer mediante elementos irritantes parasitarios, traumáticos, físicos y químicos, no se había conseguido en el siglo 19. Thiersch atribuía el cáncer a una alteración del equilibrio estático. Decía que el avance y desarrollo irregular del epitelio eran lo primario. Waldeyer sostenía lo contrario: según él, el tejido conjuntivo

crecía y comprimía al epitelio; así se organizaba el cáncer. Según Boíl, el cáncer es el resultado de una guerra fronteriza entre el tejido conjuntivo y el epitelio, que empieza en el período de involución del cuerpo. Cohnheim deriva el cáncer de la diseminación de células embriolares. Según Ribbert bastan el desplazamiento y desprendimiento de los epitelios de la unión orgánica con el cuerpo, para que se desarrolle el carcinoma.

Todas estas hipótesis podemos resumirías bajo el concepto de las alteraciones de la regulación y colocarlas frente a las teorías que ven el asiento del ens morbi en la célula cancerosa misma. Según ellas, el secreto de la formación del cáncer radica en la alteración del carácter celular, mantenida por la descendencia de la célula alterada. Bard habla de la célula neoplástica. Hansemann, anaplasia. Beneke, de cataplasia. Otros autores, de metapla-Lubarsch, de aioplasia.

Todas estas teorías tienen una cosa de común: que se trata de una alteración biológica primaria de la célula. Todas estas hipótesis podemos resumirlas bajo el concepto de las teorías heredocelulares del cáncer.

Los experimentos de provocación de cáncer, se apoyan por un lado en los carcinomas llamados profesionales y, por otro, en las observaciones sobre la simultánea manifestación de cáncer y parásitos.

Las observaciones clínicas en el hombre ofrecieron el punto de partida para la investigación analítica. El primer cáncer provocado experimentalmente en el animal, data de 1907 (Fibiger). El primer cáncer de inoculación irreprochablemente seguro, procede de Hanau (1889).

Todas las investigaciones celulares coinciden en que el fenómeno de la derivación de la célula cancerosa de la normal, va acompañado de la modificación de la masa hereditaria de esta célula normal. Por lo tanto, ocurre en la célula lo que

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 ?1^27 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. Hemo globina.
- II.—Régimen alimenticio del hondureño.
- III.—Heridas penetrantes del abdomen.

Afecciones de la Vesícula Biliar Colecistografia

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 Mediciciña

Las personas que deseen tomar participación deberán comunicarlo a la Secretaría de la Asociación Médica Hondureña a más tardar el primero de Jimio, 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.

Desde luego, todavía sabemos muy poco sobre el mecanismo de la determinación hereditaria, sobre el lugar de acción de los genos y sobre la oonordia de las excitaciones con el sustrato biológico genotipicamente fijado. Los hechos de que hasta ahora disponemos, serán discutidos extensamente en la monografía anunciada por Schinz. Nuevos progresos serán posibles solamente sobre la más amplia base científica. La investigación causal-analítica no ha terminado aun de ninguna manera. Estamos metidos dentro de ella. encontramos confundidos nos por eso y no podemos juzgar con seguridad lo que quedara por ultimo de todos los esfuerzos realizados por los investigadores. Pero sabemos muy bien que todo gran progreso científico tiene que repercutir forzosamente sobre todo en la investigación del cáncer, pues ningún problema de la vida y del desarrollo está tan estrechamente unido a otro problema médico como al problema del cáncer. Como fruto de tantos esfuerzos, llegaremos indudablemente algún día a la conquista del tan anhelado remedio específico contra el cáncer.

—De Revista de Información

CURIOSIDADES

J. V. de 28 años, soltera, de oficios domésticos, procedente de San Pedro Sula, ingresa a mi servicio del Hospital General contando esta graciosa historia: padece de la vista desde hace 7 años; empezó el mal por un bocio del tamaño de una mandarina; a medida de su crecimiento los ojos se le iban saltando. pados inflamados; la visión dasminuida, veia turbio. Asi/estuvo padeciendo por 4 años, por entonces tuvo una fuerte emou RETARIA ción causada por la vista de unaculebra; al dia siguiente sas familiares le contaron que tenissa los ojos amarillos v los párpados inflamados. Llevada a un Hospital la hicieron una operación, tiroidectomía, que le mejoro bastante la visión, pero al poco tiempo una nueva emoción, incendio de un teatro, se la hizo perder del todo.

Escuchamos el cuento peregrino sin darle importancia porque la realidad es distinta. Se trata de una enferma francamente Basedociana cardia, exoftalmia, bocio, temblor, trastornos psiquicos, etc.) que hace 4 años fue operada por esa enfermedad extirpándole el lóbulo derecho del tiroldes que la mejoró indudablemente perp no la curó.

Los trastornos visuales si bien en parte se deben a la exoftalmía su causa principal son dos terigiones que abarcan las 4 quintas partes de los ojos defando libres solo una pequeña cinta cerca del limbo superior. Pero esos pterigiones no son sencillos; se ha producido en ellos una degeneración fibrosa con invasión a todas las capas de la cornea, al iris y cristaloide anterior, comprobando por el intento de hacer iridectomias ópticas confiados en el decir de la enferma que vela luz.

Descartamos la idea de una invectados, ardorosos y los par subtreperación cancerosa de los pterigiones por la evolución lenta v el aspecto.

> M. M. de 22 años, soltera, de oficios domésticos, procedente de Nacaome, ingresa a mi servicio del Hospital General por una hinchazón de la pierna izquierda.

Refiere que desde hace 10 años empezó la enfermedad por una herida en la planta del pie; la herida se ulceró y en dos años transcurridos para cicatrizar, la pierna, muslo y pie le fueron creciendo.

Una muchacha de magnifica apariencia mostrando una pierna monstruosa, como jamás habia visto, no sufre de ninguna alteración, a no ser molestia, sensación de pesantez para caminar. La pierna derecha es perfectamente normal. La izquierda mide: en la articulación tibio-tarsiana 46 c.m. de circunferencia; en la pantorrilla, 69; en la rodilla, 61; en la parte media del muslo, 89 y en la raiz del miembro, 95

La piel dura, gruesa, de aspecto paquidérmico, presenta profundos pliegues transversales; los músculos no se tocan;

la temperatura normal. La mancha se hace con las piernas abiertas.

Los exámenes generales, clinicos y de Laboratorio no arrojan ninguna luz sobre el caso. Yo formulo dos diagnósticos: elefantiasis filárica y elefantiasis de origen infeccioso vanal, nostras, como dirian los franceses.

Múltiples exámenes de sangre tomada por el dia y por la noche fueron negativos. La absoluta normalidad del otro miembro en una evolución de 10 años y la escasa frecuencia de la filariosis en este país me eliminaron ese diagnóstico. Por eso plenso que se trata de un colosal edema consecutivo a una larga infección no tratada del pie entrada por la herida contusa.

Como no creo en ningún tratamiento de los conocidos y practicados por mi en casos semejantes le propuse a la paciente para cuando la pierna llegara a serle insoportable la desarticulación del miembro.

J. V. de 17 años, muchacho de vigorosa constitución, es violentamente atacado de un dolor en la fosa iliaca derecha con irradiación a todo el abdomen el 7 de junio a las 2 de la mañana, vómitos y temperatura de 38 grados. A las 3 lo ve su médico y encuentra una hiperestesia generalizada y contractura muscular del mismo género; hace el diagnóstico de Apendicitis aguda y espera la mañana para operarlo, aplica para mientras una bolsa de hielo y un centigramo de morfina. Yo lo veo a las 10.30. Caminando el muchacho llega a la sala de examen, nada de extraordinario en el facies. El dolor espontàneo ha disminuido, los vómitos cesaron desde la madrugada, la temperatura ha subido a 39.5; abdomen totalmente doloroso y contracturado, pulso 120, al principio del ataque fue de 100. El examen de sangre muestra una leucocitosis de 11.500 glóbulos blancos y 93 % de Polinucleares. Operado inmediatamente. encuentro una peritonitis general purulenta, pus abundante, fluido amarillo claro; el apéndice libre, muy congestionado y perforado a un centimetro de la extremidad libre. Apendicectomía y drenaje con dos tubos envueltos en gaza colocados en el Douglas.

El enfermo mejora rápidamente; el dolor desapareció, el pulso bajó a 80 al quinto día, la temperatura a 37.5; la contractura desapareció a las 24 horas. El paciente cura en 17 días.

Yo no puedo creer que una apendicitis que principió 9 horas antes de la intervención haya perforado el apéndice y dado lugar a una peritonitis purulenta generalizada. Más me inclino a pensar en una antigua apendicitis crónica supurada sin presentar signos característicos, pues el paciente jamás se quejó de accidentes francos, que en un momento se perforó produciendo los sintomas clásicos de una peritonitis purulenta generalizada.

X. Z. de 24 años, casada, de oficios domésticos ingresa a la Policlinica quejándose de una tumefacción dolorosa por encima de la ingle izquierda.

Dice que hace 15 días le apareció una pequeña tumoración que le fue creciendo poco a poco hasta llegar al tamaño actual de un huevo de jolote. Los primeros días fue bastante dolorosa, ahora casi nada. No ha tenido ni tiene actualmente calentura. No le impide para caminar, orinar ni defecar. Cuen-

ta que hace dos meses tuvo un parto a término con feto muerto. Anteriormente bien reglada y ningún embarazo. Otros antecedentes sin importancia.

Realmente existe una masa como un huevo de jolote colocada siguiendo la dirección de la arcada crural, dura, poco dolorosa, inmóvil; la piel se desliza bien sobre la tumefacción. Al tacto vaginal los fondos de saco se encuentran libres, el útero movible en todas direcciones, cuello metritico, anexos derechos normales, izquierdos dolorosos, pero no se palpan; pienso que la masa no tiene relación con el útero ni con los anexos.

El examen de sangre da una fórmula normal: glóbulos rojos 3.500.000; glóbulos blancos 7.000; polinucleares 70%; linfocitos 24 %, etc.

Yo pienso en un absceso del ligamento ancho a pesar de la fórmula leucocitaria y de la ausencia de temperature pero con ciertas reservas.

A los 3 días de haberla visto por primera vez le hago una punción exploradora suprainguinal con una aguja gruesa; hasta después de movilizar ésta por algunos minutos en diferentes sentidos logro con una jeringa aspirar unas gotas de un líquido claro con un grumo amarillento; acto continuo incindo la tumefacción y evacuo unos 20 c. c. de pus; drenaje de tubo con gaza.

Me parece un caso fuera de lo habitual.

S. Parcaes P.

LA PÍELOGRAFIA

Capítulo relativamente nuevo y de interés indiscutible es el de 2a Pielografía; es casi una revolución la operada por él en el diagnóstico de muchísimas afecciones urinarias. Aunque actualmente dejamos sólo al especializado en Radiología el trabajo de hacer el diagnóstico nunca es malo para el médico general conocer siquiera los elementes de tan importante procedimiento.

Hará unos 30 años que esta exploración entró de lleno al dominio de la clínica. Primitivamente la pielografia era efectuada solo introduciendo en ambos uréteres hasta la pelvis renal catéteres opacos a los rayos o invectando en los comunes sustancias como el bromuro de sodio o el colargol que los hacían también opacos. Mucho se discutió sobre las ventajas y desventajas de las soluciones de contraste al grado que sumaron a buen número las formuladas. Este procedimiento si bien dio excelentes resultados y no ha caído en completo abandono ha sido sin embargo sustituido por la administración de medios de contraste sea por la vía oral o endovenosa. Como se comprende este método ahorra el cateterismo ureteral y el consiguiente traumatismo y riesgos de intoxicación por las sustancias usadas, en tanto que el actual no sólo es más cómodo, sencillo y rápido sino que al mismo tiempo muestra el grado de permeabilidad renal. Salvo muy contadas contraindicaciones su uso es en general maravilloso.

Tres variedades de imagen da una pelvis normal: pelvis bifurcadas, ampulares y ramifi-cadas; la primera, más frecuente está, constituida por dos ramas del uréter al llegar al riñon, los cálices, uno superior. largo oblicuo hacia arriba y afuera y el otro inferior, corto y horizontal; el todo figura una y, a veces una T. Cada cáliz recibe cálices secundarios y estos terciarios más pequeños. En esta variedad la pelvis es casi virtual por la larga bifurcación. En los ampulares los cálices primarios están suprimidos: el uréter abultado en su porción piélica recibe directamente los cálices secundarios y terciarios. La forma ramificada se caracteriza por una bifurcación precoz de los cálices primarios que aparecen cortos, y subdividídos desde su origen en secundarios. Entre estos tipos hay numerosos

intermediarios que se asemejan a uno u otro.

Las imágenes de Hidronefrosis son variables por el tamaño normal que también lo es. Existen las grandes y pequeñas hidrenefrosis. En la primera se ven enormes bolsas arredondeadas y tabicadas; hay el tipo intra-renal con dilatación de los cálices primarias y la pelvis indemne, poco frecuente. El tipo extra-renal interesa exclusivamente la pelvis que aparece en forma de saco. El tercer tipo, el más frecuente constituido por la unión de los precedentes: dilatación de la pelvis y los cá-

En las pequeñas hidronefrosis las imágenes son _ también variadas y múltiples; la dilatación es sobre la pelvis o los cálices o aisladamente en alguno de ellos. Estamos autorizados a diagnosticar una pequeña hi-dronefrosis cuando la pelvis afecta una forma redondeada, abultada hacia el lado interno, cuando los pequeños cálices tienen contornos difusos, globulosos, convexos, y cuando las deformaciones abarcan pelvis y cálices. A medida que la hidronefrosis aumenta, aquéllas se acentúan, imponiendo el diagnóstico, indicando las causas.

En las imágenes de las pielitis y las pionefrosis hay también modificaciones: en la pielitis aguda la de la pelvis es normal, pero más pequeña; en las crónicas existe una pequeña hidronefrosis sobre los cálices. Las pionefrosis muestran ausencia de la pelvis en el cliché: sólo se ven cavidades constituidas por cavernas o dilata-

ciones de los cálices o del parénquima renal, son sombras mal limitadas e informes.

Las uro-pionefrosis son hidronefrosis infectadas; dan las mismas imágenes de éstas.

La pielografia en la tuberculosis renal es una curiosidad, dice Marión; no -existen imágenes características.

En cambio es un medio precioso de exploración para precisar la naturaleza cancerosa de un gran riñón cuando la clínica no lo permite. La modificación consiste en una amputación de uno o todos los cálices debida a la obstrucción de éstos por la masa cancerosa; si el desarrollo es hacia la pelvis entonces éste aparece reducido, irregular o informal. Otras veces la pelvis aparece deformada, alargada, cálices primarios irregulares de elongación considerable; supresión completa de cálices secundarios y tercia-

Cuando el riñón, está en capacidad de filtrar conserva sus indicaciones el cateterismo e inyección de la pelviz por las sustancias opacas.

Los riñones poliquísticos suministran imágenes muy demostrativas y particulares. Al estado de pureza se presentan como una elongación de los cálices en su forma normal. Es patognomonico del riñón poliquístico.

Los grandes quistes serosos del riñón no producen ninguna modificación estructural de los cálices y la pelvis, cuando más una desviación del uréter y de la cavidad piélica. Lo mismo los quistes hidatídicos.

En los cálculos renales la pielografía es concluyente. Igualmente en las ptosis renales a condición de hacer radiografías en decúbito horizontal y de pie para apreciar las diversas posiciones del riñón.

En las anomalías del riñón y del uréter tan abundantes la **pielografía** es el recurso incomparable para el diagnóstico. Muestra claramente la bifidez del uréter.

La duplicidad reno-ureteral se averigua por la cistoscopía que enseña los dos orificios ureterales al mismo lado; luego introducir una sonda opaca en cada uno; la imagen muestra el estado de la pelvis, una generalmente hidronefrósica. La sínfisis renal se diagnostica por el abajamiento de la pelvis y su situación muy cerca de la línea media. Rotación de los cálices, en vez de ver hacia fuera ven hacia adentro.

El riñón único medio se ve perfectamente; lo confirma la cistoscopía por hallarse un solo orificio ureteral.

La ectopia congénita puede suponerse al tocar una masa reniforme en la región ilíaca o pélvica. La pielografía la confirma.

Las dilataciones congenitales uretero-piélicas son fácilmente diagnosticadas por medio de los pielogramas.

O. *M*.

REVISTA QUIRÚRGICA

Absceso del pulmón curado con alcohol endovenoso

J. R. Galán y R. A. Poleti en la Prensa Médica Argentina re fieren el caso de un absceso del pulmón derecho en la unión del lóbulo superior y el medio; ex pectoración sanguinolenta no revela espiroquetas ni espirilas sino estafilococos, estreptococos, neumococos y numerosos baci los vanales. No hay bacilo de Koch. Gran intoxicación. 8 in yecciones de 10 a 30 c. c. de al cohol a 33 grados consiguen ba jar la temperatura, mejoría geral. Aumento de peso formula sanguínea normal. La radiografía muestra el desaparecido miento de las sombras de acceso.

Desde ha tiempo se Vomite que el alcohol posee una accion electiva, casi exclusiva sobre el pulmón, por el mecanismo de fijación sobre el endotelio alveolar.

Presenta el inconveniente de un dolor experimentado por el paciente por algunos minutos a lo largo del trayecto venoso hasta *el* hombro.

La esplenectomia en las cirrosis del hígado

A. Bergeret, J. Caroli y R. Audeod en Revue de Chirurgie refieren la observación personal de una esplenectomia practicada in extremis y produciendo una verdadera resurrección con desaparición de sintonías hemorrágicos y ascíticos; re-

gresión de las alteraciones hepáticas y estado de curación mantenido 2 años después.

Los autores aconsejan la intervención en las cirrosis de los jóvenes, de etiología desconocida. En la forma evolutiva crónica con moderada ofuerte esplenomegalia. Cuando hay crisis violentas seudo-litiásicas. hemorragias abundantes, anemia perniciosa, ictericia pleiocrómica, prurito intenso.

Aun habiendo icteria con decoloración de las materias, ascitis intensa y muy serio estado general, la operación es mejor el cruzarse de brazos.

Taponamiento en las peritonitis supuradas y agudas y heridas infectadas

P.C. Tcherevkoff en Annals de Sfesfurgie, Vestnib Chirourguu. de Leningrado, expone su método personal: 1.—Abrir ampliamente el foco de supuración y evacuarlo. 2.—Introducir en la cavidad peritoneal tapones secos, pasados previamente por la solución hipertónica del cloruro de sodio. 3.-En el fondo de la cavidad y en el centro de los tapones secos se ponen pequeños sacos de gaza estéril llenos de sal (de 1 a 3 c. m. de ancho por 5 a 8 de largo; el tamaño depende de la profundidad, de la cavidad. Tomar la precaución al momento de colocar estos de no tocar los tejidos porque sobreviene un estácelo, sino de protegerlos con los tapones. 4.—Encima de los sacosAfecciones febriles agudas y crónicas; del corazón y riñones con diabetes. La complicación más peligrosa es la embolia.

Éxitos y fracasos en el tratamiento de la peritonitis difusa

Benthin de Koenigsberg en Deutsche Medizinische Wochenschrift muestra los resultados en 265 casos estudiados.

Peritonitis post-partum: mortalidad 33%.

Peritonitis post-abortum: mortalidad 43 %.

Las peritonitis por perforación gástrica son relativamente más favorables que por perforación del colon.

La asociación de peritonitis con infección general da un 100 por 100 de mortalidad.

El estado general del paciente contribuye mucho en el pronóstico.

Formas monomicrobianas 60 % de mortalidad.

Formas polimicrobianas 48 % de mortalidad.

Formas a estreptococos puros 25 %.

Formas a estreptococos hemolíticos 65 %.

Las complicaciones operatorias dan ellas solas una mortalidad de 18 %.

Antes de tratamiento qurúrgico la mortalidad era de 80 %.

La precocidad de la intervención es factor primordial del éxito; dentro de las 24 horas la curación es segura; pero debe operarse siempre, salvo los moribundos.

Lapa rotomía con drenaje; respetar las barreras peritoneals preformadas; lavado con éter.

No insistir en la extirpación del foco séptico si no hay facilidad.

Buena parte del éxito depende de los cuidados post-operatorios.

S. Paredes P.

Etiología y diagnóstico de la esterilidad femenina

Por el Dr. Joaquín CORREA C, del Hospital General de México, D. P.

El problema de la esterilidad encierra en sí una importancia fundamental en la existencia vital, corporal y psíquica de la mujer y en muchos casos de igual importancia para la dicha matrimonial y su estabilidad

De ahí la trascendencia e interés del problema que nos ocupa, tanto desde el punto de vista médico como social, correspondiendo muy directamente al médico especializado, abordar y resolver a este respecto, los problemas que a diario se presentan

Si se tiene en cuenta la extensión del problema esterilidad, se comprenderá por qué tan sólo pueda en esta ocasión, ocuparme de su etiología y diagnóstico, puntos básicos para que en otra oportunidad trate lo relativo al pronóstico y al tratamiento.

En el presente estudio sólo me ocuparé de la esterilidad patológica; por tanto, no me referiré en modo alguno de la esterilidad fisiológica, por demás transitoria, de algunos de los estados de la mujer, tales como la esterilidad durante el embarazo, la lactancia en algunas mujeres, ni mucho menos de la que algunos autores aceptaban, la esterilidad premenstrual, desechada actualmente por la mayoría de los ginecólogos, entre

otros Pryll, Jafer, Nürenberger y Siegel

Como lo indicaba ya en otro trabajo similar, (1) doy especial importancia en esta clase de estudios a los nuevos métodos de exploración en ginecología, que particularmente en la esterilidad son un recurso de inestimable valor; me refiero a la histerosalpingografía y la insuflación tubaria.

DEFINICIÓN

La palabra esterilidad de la latina estériles —no fértil— tuvo su origen en el adjetivo griego otepeos, que significa duro, consistente, infructífero, infecundo. La definición de esterilidad más cercana a la realidad es, sin duda, la de Begouin y Papin, quienes la definen como la ineptitud a la reproducción de la especie.

En tratándose del diagnóstico es conveniente no considerar *a priori* como estéril, a todo matrimonio que no haya tenido hijos en los primeros años, ya que es frecuente ver embarazos después de varios años de vida conyugal. Así es preciso fijar convenientemente el tiempo de matrimonio que deba transcurrir para declarar estéril a una mujer.

Brentano y Plauchu proponen un limite, por demás arbitrario, considerando como estériles a las mujeres que después de cuatro años de vida marital no han llegado a embarazarse, límite que en la práctica es factible de observar.

ETIOLOGÍA

Altratar de este capítulo procuraré ser lo más completo posible, aunque sin insistir sobre los puntos perfectamente conocidos de todos, y sólo haré hincapié en aquellos que por su naturaleza demanden mayor extensión.

Sabemos que para dar nacimiento a un ser nuevo, precisa que el óvulo (elemento femenino) llegado a la madurez se una al espermatozoide (elemento masculino) y que el huevo así fecundado llegue y encuentre al nivel de la mucosa uterina las condiciones favorables a su nidación.

De lo anterior se derivan claramente las causas de la esterilidad femenina, que pueden ser:

1°Esterilidad de origen ovárico y alteraciones del óvulo.

2º Esterilidad por. la existencia de obstáculos mecánicos, que se oponen al encuentro del óvulo y el espermatozoide.

3Esterilidad por muerte del espermatozoide en las vías genitales femeninas, debido a la existencia de alguna causa capaz de matarle u oponerse, a su encuentro con el óvulo.

4Esterilidad por la existencia de trastornos funcionales ginecológicos.

5Esterilidad de origen constitucional o por causas generales orgánicas.

I° ESTERILIDAD DE ORIGEN OVARICO

En este primer grupo se deben catalogar numerosas lesiones que acarrean la esterilidad, ya temporal o "bien definitiva,, y son las siguientes:

- a) Las anomalías y detencio nes del desarrollo del ovario, que producen la anovulia, la disovulia y la debilidad ovárica congénita o secundaría a algu na enfermedad infecciosa (pa rotiditis, sífilis, tuberculosis) causas todas que explican la in fecundidad.
- b) Lesiones orgánicas del ova rio. Las inflamaciones agudas y crónicas del ovario provocan alteraciones destructivas del parénqmma ovárico que muchas de las veces acarrean la ame norrea definitiva.
- c) Los tumores sólidos o quíaticos, que cuando son bilatera les es fácil explicarse su acción. Mas cuando es unilateral, se ex plicaría por el obstáculo que el tumor opone al funcionamiento de la trompa, o bien provocan do trastornos menstruales que no son sino la expresión de ovu lación deficiente o defectuosa. Prácticamente sabemos que es suficiente la extirpación del ovario enfermo para que el otro vuelva a lo normal.
- d) La ovaritis escleroquística, afección muy frecuente pe ro de naturaleza aún obscura, "na sido considerada como cau sa de esterilidad, pero justo es decir que se abusa mucho al considerarle como factor de es terilidad. En tales casos pare ce ser más racional atribuirla a otras causas que coexisten con dicha afección.

ej El varicocele ovárico y pélvico, así como algunos trastornos vasculares regionales, son también factores a los que se atribuye esterilidad. Quizás el estado congestivo permanente produce alguna alteración en la ovulación. En resumen, en estas diversas afecciones es verdaderamente a perturbaciones de la ovulación que es necesario relacionar la esterilidad observada.

2° ESTERILIDAD POR LA EXISTENCIA DE OBSTÁCULOS MECÁNICOS QUE SE OPONEN AL ENCUENTRO DEL ÓVULO Y EL ESPERMATOZOIDE

Las lesiones que crean un obstáculo al encuentro del elemento masculino y el femenino, se pueden localizar en cada una de las partes que constituyen el aparato genital femenino, reconociendo causas las más diversas, vicios de posición, anomalías de desarrollo, inflamaciones, tumores, etc. Así mencionemos:

a) Lesiones vulvares y vaginales. — La imperforación del himen, una de las causas más sencillas, es por fortuna fácil de remediar mediante la desbridación quirúrgica. Lo ausencia congénita de la vagina, va acompañada casi siempre de deformaciones concomitantes del útero y de las trompas, así que aun admitiendo que una operación plástica afortunada consiga formar una vagina útil para las relaciones sexuales, la esterilidad persistirá. El desgarro insuficiente del himen que casi siempre es debido a la impoten-

cia del marido. La estenosis de la vagina, la atresia de sus fondos de saco, o simplemente e! infantilismo del conducto vaginal, ofreciendo dificultad a las relaciones sexuales, pueden ser causa de esterilidad, no siendo del todo fatal, puesto que en la literatura abundan ejemplos en los que a pesar de la existencia del himen se ha observado embarazo; sin embargo, en lo tocante a la atresia vaginal, ésta tiene un pronóstico distinto, puesto que a menudo va acompañada de detención en el desarrollo de los demás órganos pélvicos, donde la aplasia ovárica desempeña su principal pa-

Las inflamaciones vaginales agudas consecutivas a infecciones como la tifoidea, la escarlatina, la difteria; a traumatismos, etc., o las inflamaciones crónicas pueden acarrear la esterilidad por modificación humoral del medio vaginal (como veremos más adelante), o bien por las dificultades que oponen al coito, produciendo dolores, irritabilidad, vaginismo, 'etc. Las estenosis traumáticas o inflamatorias, lo mismo que las producidas por la existencia de un cuerpo extraño, desempeñan en la esterilidad un papel análogo al de las estenosis congénítas.

b) Lesiones uterinas. — Las malformaciones uterinas son causa también de esterilidad; entre éstas unas son francamente incompatibles con toda posibilidad de embarazo, tales como las hipoplasias uterinas que se acompañan casi siempre de una insuficiencia general del

árbol genital, haciéndose responsable en parte el ovario.

Clínicamente estas hipoplasias presentan tres formas ana tómicas que son: el útero fe tal cuyo desarrollo es detenido en el estadio de la vida intra uterina; el útero infantil co rrespondiendo a una detención de desarrollo en los seis o siete primeros años y el útero pubecente, detenido en el período comprendido entre el séptimo año y la pubertad. Se com prende fácilmente en todos es tos casos la causa de la esteri lidad.

Los tabicamientos del útero en general, no impiden el

embarazo; sin embargo, se citan casos como el mencionado Sáeu L J. L. Faure, en el cual se trataba de un útero tabicado, en cuya enferma desapareció la esterilidad después de la resección quirúrgica del tabique.

Entre los vicios de conformación también hay que colocar las atresias uterinas que afectan principalmente al orificio externo del cérvix y que a veces esta atresia se extiende a toda la cavidad uterina. Pestalozza cree que la tuberculosis es la causa de tales malformaciones. En lo particular debemos agregar que la heredolúes debe ser también incriminada.

La retroflexión, sin oponer un obstáculo absoluto, es, sin embargo, factor importante para producir la "falsa ruta" de Pajot. Funk Brentano y Plauchu opinan que en las desviaciones uterinas en relación con la esterilidad, tienen gran importancia las lesiones agregadas y principalmente la endocervicitis

crónica que acompaña a estos casos. Únicamente por sí solas hacen la concepción difícil pero no imposible. Efectivamente, no hacen la concepción imposible, pero en la mayoría de los casos perturban la evolución normal del embarazo, trayendo frecuentemente abortos.

Él prolapso y el alargamiento del cuello no son obstáculos frecuentes a la fecundación, sin embargo, por las lesiones que les acompañan, así como por la insuficiencia del propio de estos padecimientos, se produce *el profilium seminis*, que sí es un factor de importancia. En el alargamiento del cuello también existe la "falsa ruta" de feafot, o bien el cuello es insuficientemente inseminado.

La metritis cervical, principalmente la endocervicitis crónica, cuya importancia es bien conocida. De las estadísticas de A. V. Petit sacamos que en el 56 % de mujeres estériles se encontró endocervicitis y en los cuales demostró 73 % de obstrucción tubaria. Ahora bien, si se tiene en cuenta que el mayor número de estas cervicitis son de origen gonocócico, se apreciará la importancia que tiene este germen en la esterilidad.

Las atresias cervicales y las estenosis por cáusticos después de cauterizaciones enérgicas con el Filhos, el nitrato de plata, etc., que no sólo destruyen la mucosa, sino que llegan a la musculosa, son otras tantas causas de infecundidad fácil de evitar.

Los fibromas uterinos obran como factor productor de las es-

terilidad, o bien éstos. son consecuencia de ella. Parece ser que se está de acuerdo en hacer desempeñar al fibroma un doblé papel; .un papel mecánico, puesto en evidencia por Cotte, quien dice: "los fibromas peritoneales producen menos a me-' nudo esterilidad que los fibromas submucosos. En cambio, los fibromas del istmo o de los cuernos sí se acompañan más frecuentemente de esterilidad"; y un papel modificador de la nidación, pues es frecuente ver la concomitancia de lesiones acentuadas de las paredes uterinas, tales como hiperplasia de la mucosa, alteraciones de la pared muscular y, según Mayer y Schneider, algunas perturbaciones ováricas que condicionarían a la vez fibroma y esterilidad. Les pólipos mucosos, la metritis del cuerpo y la atrofia uterina, son también factores de esterilidad. La atrofia uterina debe distinguirse claramente de la apiacia .uterina pues se presenta a consecuencia de infecciones locales o generales y una forma especial benigna, que es la atrofia de lactación, o más comúnmente llamada por los parteros, hiperinvolución uterina.

c) Lesiones de las trompas. — Estas lesiones son de la mayor importancia en la patogenia de la esterilidad, como se ha podido demostrar en la gran mayoría de los casos de esterilidad, gracias al empleo de los modernos métodos de exploración de la permeabilidad tubaria. En general, podemos decir que todas las lesiones que puedan atacar a las trompas traerán necesariamente su obstrucción. La estadística a este respecto está de acuerdo en considerar la obliteración tubaria como causa de infecundidad en un 40 a 42 %,

Las causas de obliteración son: causas congénitas, puede haber ausencia total o parcial de ambas trompas o de una sola, atresia de ellas con imperforación o acodaduras debidas a vicios de posición; infantilismo de las trompas en casos de infantilismo genital. Siguen en orden las obliteraciones de origen inflamatorio, constituyendo las salpingitis obliterantes, que

varían según el germen productor de la inflamación. Vibaux da el lugar de preferencia a las salpingitis gonocóccicas crónicas principalmente, ya que se instalan solapadamente sin grandes manifestaciones clínicas. En seguida y de acuerdo con el profesor Dolay, deben colocarse las salpingitis postaborto séptico, después, y en orden decreciente las salpingitis tuberculosas, la salpingitis por colibacilo. La tuberculosis de las trompas debe considerarse como más frecuente de lo que se cree, ya que las estadísticas nos indican que la localización tubaria es en el 90 % de los casos de tuberculosis genital, en tanto que la localización en ovario, útero, vagina y vulva no es más que en el 10 %. De lo que se desprende su importancia en la esterilidad.

Los tumores o las compresiones mecánicas de las trompas, quistes del paraovario, fibroma del cuerpo uterino, hidrosalpinx, etc., así como las inflamaciones peritoneales concomitantes a procesos inflamatorios e infecciosos, que traen la formación de adherencias que en la gran mayoría de los casos fijan los órganos pélvicos, son los factores mecánicos de obstrucción tubaria.

d) Modificación del medio vaginal. — Sucede que en algunos casos, a pesar de existir ovulación normal y órganos normales, así como espermatozoides igualmente normales, estos últimos al llegar a la vagina pueden sucumbir antes de su

encuentro con un óvulo. Sabemos perfectamente que el espermatozoide puede vivir varias horas en las vías genitales femeninas, pero a condición de encontrar un medio propicio. Es por ello que se considera como factor de esterilidad la modificación del medio vaginal, es así como obran las fístulas vésico y rectovaginales, y sobre todo la hiperacidez vaginal. Igualmente a esta categoría deben relacionarse las infecundidades por abuso de los antisépticos vaginales, y la de las mujeres que quedan involuntariamente estériles durante mucho tiempo por el uso de medios anticoncepcionales. Sin que se pueda dar una explicación exacta, parece que las irrigaciones frías o calientes substancias especiales. provocan a la larga una modificación importante y duradera de las secreciones y del medio vaginal, provocando a veces la llamada vaginitis o cervicitis química, muy comparable a la uretritis química que se observa en el hombre. En fin y como resultado final, se observa la inaptitud de la vagina para ser el abrigo inofensivo del espermatozoide.

Otras veces hay que los cónyuges sen normalmente constituidos, que son clínicamente sanos y que, sin embargo, su unión permanece infecunda. En tales casos con seguridad existe un factor perturbador desconocido por hoy, admitido por B. Salomón y Porak, y que obra de manera directa; se trataría, pues, de una incompatibilidad, lo que Forsdike ha llamado la "selective sterility."

NOTAS

El Gobierno francés confirió el mes de mayo el grado de Oficial de la Legión de Honor al Dr. Miguel Paz Baraona, quien por motivos de salud partió de Washington para Paris.

Al pie de la estatua de Mateo Paz Soldán se titula un librito publicado en 1928 en Lima y cuyo autor el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán envió recientemente al Director de esta Revista con una cordialisima dedicatoria que mucho agradecemos.

Es el homenaje de la familia al sabio matemático y literato arequipeño por su labor excelsa de educador modelo de juventudes. Ya el Gobierno peruano había decretado desde tiempo anterior glorificar a tan valioso ciudadano que sólo triunfos y honores conquistó para su Patria, que como todas, lo reconocó cuando el Patriarca había muerto.

Hemos recibido atenta excitativa del Secretario General de la Comisión Organizadora del VII Congreso Pan-Americano del Niño para publicar las notas sobre los trabajos preparatorios del mismo. Gustosamente empezamos en este número y lo haremos en lo sucesivo.

La Asociación Médica Hondureña ha sido invitada para concurrir al Tercer Congreso Centro-Americano que tendrá verificativo en octubre próximo en la ciudad de Panamá.

Hemos recibido recientemente varios trabajos interesantes del Dr. Ricardo Aguilar, consocio nuestro muy estimado, Director del Hospital de Quiriguá en Guatemala, para ser leídos en las próximas Jornadas Médicas.

Prosas Rimadas se titula un precioso librito de versos publicado recientemente por nuestro consocio y ex-redactor de esta Revista el Dr. Antonio V dal M.

Fue admitido como socio de la Asociación Médica Hondureña el Dr. Curtis Neworter Roberts de Puerto Castilla.

Nuestro consocio el Dr. Roberto Lázarus contrajo matrimonio con la señorita Emma. Callejas el 16 de este mes.

Felicitamos al consocio Dr. Trinidad Mendoza por la llegada de su hijo José, recientemente doctorado en Inglaterra.