Año VI **Revista Médica Hondureña** Nº 6

Organo de la Asociación Médica Hondureña

Tegucigalpa, Honduras, Centro América.—Enero y Febrero de 1936

Director:
DR. S. PAREDES P.

Redactores:
DR. MANUEL LARIOS
DR. ANTONIO VIDAL DR. GUILLERMO E. DURON

Secretario de Redacción:
DR. GABRIEL R. AGUILAR

Administrador:
DR. HENRY D. GUILBERT

Imp. Calderon

Página

SUMARIO

Página

Página de la Dirección 67
Fibroma uterino supurado, por el Dr. S. Paredes P. 69
Higiene de la finca rural, por el Dr. Epaminondas Quintana 71
Esquema de la evolución de la Medicina, por el Dr. Juan Marín 79
Lo que el Médico no debe hacer, por el Dr. R. D. Alduvín 81
Patología Quirúrgica, por el Dr. Conrado Zukermann 87
La prevención de las enfermedades postoperatorias, por el Dr. Edwin H. Cranes 91
Al margen de nuestros conocimientos médico-quirúrgicos, por el Dr. Antonio Vidal 96
El antiveneno botrórico en las diatésis hemorrágicas, por los Doctores Eduardo Selva M. D. y Ricardo Aguilar 101
Nociones generales sobre el paludismo, por el Dr. Carlos Floriani 103
Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. 110
Acciones patológicas que los climas, en relación a su humedad, ejercen sobre la salud del hombre, por el Prof. M. Bañuelos 113
Comentarios sobre la organización de los estudios de Medicina en París, *por Pedro Iglesias Betancourt* 121
Notas 128

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.
REDACTORES:
Doctor Manuel Larios
Dr. Antonio Vidal Dr. Guillermo E. Duran
SECRETARIO DE REDACCIÓN: ADMINISTRADOR:
Doctor Humberto Díaz Doctor Gabriel" B. Aguilar
Año VI Tegucigalpa, Hond. C. A., Enero y Febrero de 1936 No 62

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Catorce años de trabajar en servicios de cirugía me autorizan para tratar del alarmante problema del cáncer en Honduras, pero especialmente del cáncer uterino. He dicho en otra parte que por cada fibroma se presentan cuatro cánceres del útero, proporción desmedida ya que los autores han evaluado en 20 % de mujeres de 35 años en adelante el número de fibromas.

Tres faces comprende la cuestión del cáncer en nuestro país: I.—La frecuencia; II,—La tardanza con que llegan los pacientes a solicitar el médico; III.—La falta absoluta de medios para combatirlo.

Afirmo que el cáncer uterino y sobre todo del cuello es excesivamnte frecuente por el gran número de mujeres que recibo en mi servicio del Hospital General como los atendidos en la consulta privada. Entre las afecciones genitales femeninas sólo las metritis y salpingitis se encuentran en mayor abundancia que el cáncer; puede decirse que las tres dominan la ginecología hondureña.. De seis a ocho casos de cáncer del cuello tengo ocasión de observar cada mes; del cuerpo es sumamente raro. E1 carcinoma en mayor cantidad que el epitelioma y el sarcoma. Doloroso es notar que el 90 y tantos por ciento de las enfermas acuden en busca de alivio cuando las lesiones están tan extendidas que los recursos terapéuticos son inaplicables.. Podría enumerar hasta con sus nombres las pocas enfermas que permitieron una intervención quirúrgica por lo reducido de la invasión neoplásica. La casi totalidad regresaron desconsoladas a sus hogares cuando no aceptaron esperar una muerte piadosa, gracias a la morfina, en el Hospital.

Vergonzoso es confesar la carencia de los más eficaces y difundidos medios de combatir el cáncer, pero necesario, para

que lo sepan todos los ciudadanos del país y poder así tal vez hallar una alma comprensiva y entusiasta a quien se le despierte el anhelo de remediar tan horrible calamidad pública.

Sin una poderosa instalación de radioterapia profunda; sin la más pequeña cantidad de radio eficaz para tratamientos superficiales siquiera; sin un servicio de profilaxis rudimentario, estamos condenados forzosamente a soportar no sabemos .por cuanto tiempo más el mortífero y espantoso flajélo del cáncer.

No creo difícil encontrar la explicación de la frecuencia, dadas las deplorables condiciones higiénicas, las infecciones debidas a partos asistidos por comadronas empíricas y las gonococcicas, agregándose la miseria fisiológica causada por las endemias, paludismo, tuberculosis, sífilis, parasitismo, gripa, tifoidea, disentería, etc., que preparan el terreno en Id mayor fertilidad para el desarrollo del cáncer.

Por qué solicitan servicios médicos tardíamente nuestras mujeres? Por el exceso de ignorancia, desconocimiento absoluto de las funciones genitales, por un arraigado y estúpido pudor y por la pobreza para trasladarse a los sitios donde gratuitamente se examinan y tratan tales dolencias.

Si el gremio médico y más aun la Asociación Médica Hondureña no estuvieran tan decepcionados del medio, por los golpes y calumnias recibidos en épocas en que tuvo la audacia y generosidad de acometer empresas en pro del bien general, hace mucho tiempo estaríamos clamando a todos los santos y los diablos el contingente para dotar a la nación de un equipo suficiente de Rayos X y Radio para hacer frente a los desastres del cáncer; estaríamos pregonando por todos los confines los cuidados, los síntomas premonitores, los peligros y consecuencias del cáncer, haciendo en fin una propaganda gratuita y desinteresada para proteger nuestras infelices mujeres de los tremendos sufrimientos producidos por esa enfermedad.

Próximamente tendré oportunidad de publicar los documentos estadísticos que sustentan los párrafos anteriores con el objeto de mostrar la evidencia de nuestra preocupación y justísima alarma.

Cirila A., de 58 años, casada, de oficios domésticos, natural de El Salvador, vecina de Siguatepeque, ingresa a mi Servicio del Hospital General quejándose de hemorragias el 17 de diciembre.

Cuenta que desde hace tres años sufre de reglas abundantes y prolongadas que le duran hasta 10 y 15 días.

Tuvo 6 hijos y ningún aborto. Es específica Más 4. Tiene tricocéfalos.

Al examen abdominal se ve y palpa con gran facilidad un tumor como una cabeza de feto, regular, duro, lisoy movible en todas direcciones, indoloro, situado por encima de la sinfisis pubiana. Al tacto vaginal combinado se comprueba lo anterior y también el ser un fibroma del útero. El cuello no presenta ninguna anormalidad, lo mismo los anexos.

El estado general de la paciente es magnífico. Sólo padece de antiguas cataratas glacomatosas.

El 20 de diciembre hubiera sido operada si una gripe con que amaneció ese día no lo impidiera. Pocos días después desaparecieron los accidentes agudo de aquella afección persistiendo una bronquitis supurada rebelde, que con suma lentitud fue disminuyendo.

El 12 de enero por la, tarde acusa una elevación de 4 décimos de temperatura. El 13 por la mañana 37 y la tarde 38. El 14 38.2 en la mañana y 38 por la tarde. El 15 amanece vomitando, todo lo que toma lo devuelve al instante; 38 por la mañana y 39.6 por la tarde. El 16 amanece con 39 grados, gran dolor en el tumor y reacción peritoneal generalizada. Desde el primer día de temperatura se le administró quinina por haber acusado antes accidentes palúdicos, a pesar de ser negativo el examen de sangre.

Un recuento globular practicado el 16 da 14.800 glóbulos blancos; 93 % polinucleares y 7 % linfocitos.

Se practica con la mayor facilidad una Histerectomía abdominal subtotal y apendícectomía. En la cavidad peritoneal blanda de aspecto encefaloide? do. El útero bastante rubicundo. Como sospechábamos una infección del tumor nos abstuvimos de aplicar pinzas de garras. Cerramos sin drenar.

El examen macroscópico de la pieza nos mostró un útero grande, blando, al abrir para llegar a la cavidad vimos una mucosa en buen estado; en la pared posterior incluido hallamos el tumor, como un zapote, que se deja enuclear fácilmente, de consistencia blanda, al apretarlo con los dedos se deshace.

Enviada la pieza al Laboratorio nos responden que en el frotis hallaron estafilococos, estreptococos y diplococos Gram positivos.

AI siguiente día de la operación, el 17, la temperatura es de 37.8 en la mañana, 37.5 por la tarde. El 18 y siguientes temperatura normal. Los vómitos, dolores, reacción peritoneal

desaparecieron desde el 16. El 28 se le quitan los puntos y se levanta. El 31 pide su alta. Cosa curiosa, la tos que no había cedido no volvió después de la operación. Por respeto a su bronquitis se operó con raquianestesia.

COMENTARIO

Por qué un fibroma de evolución normal, intersticial, sin fenómenos de metro-salpingitis., desarrollado en una mujer de buena constitución se infectó bruscamente con caracteres de violencia en el corto plazo de 4 días hasta transformar una masa francamente dura en blanda de aspecto encefaloide. Descarto la infección local por no presentar la enferma ningún flujo que el de sangre y porque la mucosa uterina estaba en excelentes condiciones. Elimino las septicemias de origen pulmonar, intestinal o meníngeo y procedentes de diversos focos porque no han existido. Quedo en presencia de tres hipótesis: Sífilis, Paludismo y Gripa. No conozco manifestaciones sifilíticas agudas que lleguen a la supuración en 4 días. Tampoco palúdicas. En cambio he visto muchas complicaciones gripales purulentas como pleuresías, pericarditis, artritis., osteomielitis, etc. En el caso actual no puedo pensar más que en una complicación gripal.

El mecanismo de la infección; transportada por la sangre de la cavidad buco-faríngea.

Cual hubiera sido la evolución natural de la infección de ese fibromas El tumor ya macerado como estaba fatalmente llegaría a formar una colección purulenta aguda situada en la capa muscular del útero; por fuerza iba a abrirse a la cavidad uterina en el caso más favorable o bien a la cavidad peritoneal dando lugar a una peritonitis generalizada aguda casi seguramente mortal.

Mi experiencia ginecológica ha recogido pocas complicaciones de los fibromas: las más frecuentes, mecánicas, compresiones vesicales, ureterales, rectales, vasculares y nerviosas; Torsiones de fibromas pediculados sea extra-uterinos o intracavitarios seguidas de gangrena; Degeneración quística y sarcomatosa; calcificación; supuración en un solo caso, el relatado.

Yo me he asombrado de la escasez de fibromas que hay en nuestro país. Los autores señalan la cifra de uno en cinco mujeres de los 35 años en adelante o sea un 20 %. Aquí la proporción es infinitamente menor; no llega ni siquiera al 5 %. Diferente es la frecuencia del cáncer; por cada fibroma que se presenta a la consulta hospitalaria y privada encontramos 3 o 4 cánceres del cuello.

S. Paredes P.

HIGIENE DE LA FINCA RURAL

Por el Dr,
J. EPAMINONDAS QUINTANA.

Con amable dedicatoria del autor, antiguo compañero y amigo del Director de esta Revista, recibimos un magnífico infolio, cuyo título encabeza estas líneas, bien impreso e ilustrado, publicado por la Secretaría de Agricultura de Guatemala.

Placer enorme nos causó su lectura amena por lo sencillo del lenguaje, por la firmeza científica y una gracia aguda en las acotaciones del margen. Libro de ciencia, de patriotismo y conciencia, concreta la aspiración remota del autor que en prolongado viaje por Europa y permanencia de largo tiempo en las zonas agrícolas del país se empapó de las graves dolencias de la población rural y de la manera de prevenirlas y curarlas. Con criterio firme y seguro analisa los problemas y resuelve lo conveniente en relación con las diversas zonas, cultivos y habitantes del territorio de Guatemala.

Como toda labor valiosa y desinteresada que se desarrolla en estos pueblos del centro de América encuentra obstáculos a millares por doquiera, duro trabajo costó a Quintana realizar su sueño de mostrar el camino de la redención del indio, el capital humano como expresivamente designa a los trabajadores. Bien estudiado y comprendido el valor de los indígenas en el desenvolvimiento agrícola y económico de su Patria, se ocupa de la higiene Rural bajo el triple aspecto sanitario, económico y del cultivo más productivo y barato de la tierra.

Con sencillez pasmosa indica los medios adecuados, al menor costo, para desterrar y curar el sinnúmero de enfermedades que azotan la indiada por la escasez de cuidados e ignorancia de las elementales reglas de Higiene. No satisfecho con trazar los principios factibles de una empresa de aliento regenerador el compañero Epaminondas va más allá y propone la creación de escuelas jardines para los infantes tiernos y escuelas prácticas para los mayores, dotadas con profesores de rango humilde para que enseñe las primeras letras y números, instrucción cívica, moral, higiene. Cita artículos del Código Sanitario y expone su proyecto de inclusiones en el mismo para hacer más efectiva y rápida la Higienización rural.

Al hacer presente al Dr Quintana nuestras calurosas y sinceras felicitaciones por su bella obra nos tomamos la libertad de reproducir en este número uno de los capítulos para muestra de lo útil, justo y galano de las afirmaciones del viejo amigo y que se titula

ALIMENTOS Y ALIMENTACIÓN

"Los hábitos alimenticios de una nación son uno de los

factores que limitan su destino e historia." — John Ruel Manning. "Un ejército viaja y combate con su estómago."

Viejo Proverbio.

No solamente en la vida rural SINO aún en las ciudades, nuestros hábitos alimenticios son empíricos y muy posiblemente anti-higiénicos. Examinemos con espíritu científico los elementos de nuestra alimentación:

Alimentos

El maíz, en la forma de tortilla y tamales, constituye la base de la pirámide alimenticia en nuestro pueblo. El maíz como alimento, no tiene reproche; pero sí la excesiva cantidad en que se consume. La digestión es difícil y es empeorada aun por la forma blanda de tortilla fresca o de tamal. El maíz puede seguir siendo base de alimentación en menor cantidad *y en tortilla o tamal reglamentado,* o tostados.

Los frijoles o frijoles, ocupan el 29 lugar en la base de la pirámide alimenticia. Excelentes en forma de judías o ejotes, notables en la forma de caldo espeso. Muy completo y fuerte alimento el fréjol es, sin embargo, aún de difícil digestión por la película insoluble y resistente que posee. Esta agresividad de los frijoles es aumentada por la gran cantidad de manteca de cerdo con que se acostumbra presentarlos.

Así examinados, los frijoles, deben seguir en la base de la alimentación, pero una *sola vez por día* y preferentemente como caldo espeso.

El chile: sigue en importancia por el consumo a que llega entre la masa indígena. No podemos aceptar el papel alimenticio del chile sino como estimulante "eupéptico," como le llaman los fisiólogos, es decir, aperitivo. Pero los males que el ácido cápsico causa con su quemadura a lo largo del tubo digestivo, son muy superiores a los beneficios que pudiera proporcionar. Gran número de colitis, enteritis, hepatitis, rectitis, etc., son directamente unidas al consumo del chile. Indudablemente el estado de meteorismo fétido de nuestros indígenas (embotamiento productor de cámaras) es debido al exceso de chile en combinación con la gran cantidad de maíz.

El chile adquiere los caracteres de un vicio nacional, y como todo vicio, debe ser desarraigado.

La carne ocupará seguramente el tercer lugar. La importancia alimenticia de la carne es reconocida. Sobre de ella se han acumulado más difamaciones que excelencias. Los médicos la suprimen en cada dieta y el vulgo la hace responsable de. muchos trastornos digestivos. Y en efecto los provoca; pero es por la pésima condición de nuestro arte culinario, que se complace en presentar la carne en guisos sobrecargados de especias, recados, grasas, y toda clase de condimentos agresivos. Los adobos, estofados, poliques, rellenos mechados, pepianes, etc., etc., sólo multipli-

can las ocasiones de indigestión.

La carne debe consumirse asada, ligeramente asada o en guisos muy sencillos y solamente en el almuerzo.

Los huevos son irreprochables, pero debetenerse en cuenta que la mitad de individuos habitantes de la costa posee la tara de una insuficiencia hepática (casi constitucional y debida sin duda al uso de aguas insalubres, al abuso del alcohol, al abuso de la grasa y el chile, al paludismo, a los gusanos intestinales) y los huevos son un verdadero veneno del hígado, cuando éste no funciona bien.

La manteca de cerdo, con la cual se hace la mayor parte de los guisos, es un alimento del que no tenemos necesidad en los climas calientes. En efecto, las grasas se consumen para darle calor al organismo humano y nuestras pérdidas de calor por irradiación corporal son escasas, puesto que la temperatura media de la costa oscila al rededor de veinte grados centígrados. Se abusa de la manteca y la calidad de ella no siempre es irreprochable, dado que los métodos de extraerla están fuera de toda vigilancia sanitaria.

El abuso de manteca constituye, con el alcohol y el chile, el trípode de nuestra dispepsia tropical.

(Aquí cabe hablar de la mantequilla. Aunque su consumo , sea muy restringido, la tendencia de las mesas burguesas es la de presentar siempre entremeses de mantequilla. Nos parece esta práctica poco encomiable. La mantequilla es grasa y lesiona al hígado insuficiente) .

El arroz. Alimento débil, sin embargo, es excelente.

Las legumbres de hortaliza sólo merecen elogios y deben ser consumidas en gran escala.

Hierbas. Las silvestres son tan variadas y múltiples que es imposible emitir juicio sobre su valor alimenticio o. su digestibilidad. Siempre son susceptibles del reproche de su alto tenor en celulosa, substancia indigerible; pero en cambio- las hierbas combaten *e).* estreñimiento.

Los otros cereales: garbanzos, habas, lentejas, arvejas, gandul, sopa, etc., se consumen poco, pero son alimentos completos y muy recomendables. El gandul o arvejón está llamado a desempeñar un gran papel en la dietética nacional. El consumo de habas tostadas, tan habitual entre los indígenas, es más antihigiénico que beneficioso.

Las papas, yucas, camotes, ichíntales, ñames, quequexques, y demás tallos o raíces nutritivos, son alimentos ternarios (1). Con el arroz, las pastas y muchos cereales forman base de alimentación. Su exceso produce gases, pero son recomendables.

El plátano y los guineos poseen las mismas propiedades y defectos de los feculentos; pero tienen la enorme ventaja de poder ser consumidos crudos, lo que los levanta a la categoría excelsa de la fruta.

La fruta, comida entre nosotros como adorno, es para nuestros climas el alimento

ideal. La fruta bien madura, bien masticada, acompañada de una comida o bebida caliente, debe pasar a constituir el eje alimenticio de nuestras masas. El aguacate rutila en el campo de la alimentación como estrella de primera magnitud: posee las tres calidades de elementos clásicos, carbohidratos, azoados, grasas y además vitaminas en gran cantidad.

El pan, base de la alimentación de todos los pueblos, desgraciadamente se consume poco en Guatemala y hasta hay quienes atribuyan a esto una importancia sociológica trascendental. El pan es el alimento clásico por excelencia, y no lo encontramos, en la virtual pirámide alimenticia que hemos esbozado, sino hacia el vértice de ella.

En este sentido las tendencias recién pasadas, hacia un pan barato y universal, son muy plausibles.

Los postres gozan de fama de digestivos y son habituales en nuestros menús burgueses. En realidad, el exceso de azúcar es dispeptizante y el papel que los hidratos de carbono (azúcares y feculentos) han de llenar, está sobrepasado en la cantidad de arroz, cereales, etc., que forman la base de la comida. Por consiguiente, los postres no son indispensables y su indicación quedará reducida a compotas, jaleas y *antes.*

Los *peces y moluscos* (camarones, cangrejos) tienen un poder nutritivo y vitamínico sorprendente. Se consumen poco y deberían ocupar un ancho lugar en la alimentación general. Felizmente hay preocupación gubernativa y aún particular, por extender el cultivo de peces finos en lagos y rios. Solamente debemos agregar que el pescado seco o en conserva, nunca es higiénico y que todas las bondades de las carnes dimanan de su frescura o de la conservación en hielo.

El vértice de la pirámide lo constituye—para colmo de vergüenza de un país agrícola, —*la leche* y sus derivados. La leche no es ni siquiera el exclusivo alimento de los niños. Todo panegírico que quisiera hacerse de la leche—pero leche pura,—quedarla corto. El alimento ideal, es ella. Las maneras de evitar los trastornos, que a veces produce y los modos de conservarla y administrarla, nos llevarían al largo capítulo de higiene especial, cuyo lugar no es éste. La Dirección General de Agricultura se ha propuesto, y no dudamos que lo conseguirá, ensanchar la crianza deganado lechero.

De escasísimo consumo, hasta el punto que casi no figura en nuestra pirámide, *La miel de abejas,* es un excelente alimento. Seguramente que su empleo en la forma pura no puede ser extendido; pero ello debe entrar, todas las ocasiones que sea posible, ni la confección de pan*, repostería, entremeses, postres y refrescos.

Sistema de alimentación Si tratásemos de la población general de Guatemala, distribuiríamos los sistemas alimenticios que actualmente se usan, en cuatro, a saber: *Alimentación*

de clases acomodadas; alimentación del proletariado urbano; alimentación de campesinos indígenas; y alimentación infantil.

Pero como sólo estamos tratando de la parte agrícola, nos limitamos a:

1<?—Alimentación de propietarios o administradores. .

2o—Alimentación del peón de la finca; y

39—Alimentación infantil.

Alimentación burguesa

La matinal costumbre de beber una taza de café al levantarse, es provechosa.

El desayuno copioso: mantequilla, crema, plátanos, huevos, carne, frijoles, etc., excede con mucho, a las necesidades del organismo.

La clásica taza de leche, café o chocolate con dos o tres panecillos, un pedacito de queso, más una fruta, deben bastar.

El almuerzo se toma generalmente sin previo reposo. El orden de servicio—aquí como en todas partes del mundo—está en contradicción con las características fisiológicas de los jugos digestivos. Se va de los alimentos fuertes (huevos, carne), a los débiles (verdura, hiervas), trastornando así, los generosos impulsos de la secreción gástrica, que procuran adaptar las cualidades químicas de su jugo, el trabajo por desarrollar.

Higiénicamente debería comenzarse a servir el plato de hiervas, para concluir con el plato de huevos y carne. Esto tendría además la ventaja de impedir la glotonería, que consiste en sobrepasar la ración durante los primeros platos, que son los más nutritivos. La avidez, caería entonces sobre los platos vegetales que, a más de calmar el hambre, no introducen en el organismo los elementos peligrosos que, desgraciadamente, poseen la carne, los huevos, la grasa, los frijoles, etc.

Ya nos hemos pronunciado en contra de la condimentación excesiva de las viandas. Lo asado, lo cocido, lo simplemente condimentado es lo más higiénico. Todos los artificios culinarios no son sino otros tantos ataques al hígado y al riñón.

La cocinera debería tener en cuenta que hay que obligar a masticar al comensal y por consiguiente huiría de purés y demás platos demasiado fluidos.

Pero sentimos que estamos perdiendo tiempo y espacio con estas recomendaciones.

La costumbre de beber agua durante las comidas, es perjudicial.

La costumbre de beber café o tizanas olorosas, al final de la comida, es muy recomendable; pero mejor es si es largo rato después del postre.

Las salsas picantes, mostazas, chiles, polvo de pimienta, etc., etc., no tienen más que inconvenientes.

El exceso de sal o de azúcar es también nocivo.

Una medida higiénica absolutamente indispensable es la del reposo antes y después de las comidas. Diez minutos de extensión en una hamaca o silla de descanso, antes de sentarse a la mesa, y veinte minutos a media hora de diversión o sim-

plemente de reposo, después de ella, son necesarios.

La pésima costumbre de tomar *refacción,* adquiere en las fincas, la categoría de un vicio. ¡Nada justifica esta práctica! El tubo digestivo, hacia las cuatro o cinco de la tarde, no ha acabado de desentenderse de la sobrecarga que generalmente le impone el almuerzo abundoso en grasa y demás materias de difícil y lenta digestión y, ¡todavía se pretende introducirle nuevos alimentos! Se comprende la necesidad de reposo y quizá la refacción no sea más que un pretexto; pero si el descanso es saludable, no destruyamos su beneficio con el abuso.

Esta necesidad de reposo, puede muy bien adquirir su nombre verdadero: "recreo."

De este alimento, —lo repetimos enfáticamente— no tiene ninguna necesidad el organismo. Naturalmente que esto no es la condenación de un refrescante a la hora del calor.

De la comida o cena, habremos de decir lo mismo que del almuerzo. Generalmente, la comida es mucho más suculenta y nutrida que aquél. ¡Práctica deplorable! En efecto, el estómago ya cansado por el trabajo del día, cumple mal su función nocturna y lo lógico sería ayudarlo volviendo el menú de la comida *lo más frugal posible.*

Tanto en el almuerzo como en la comida, la fruta debe ocupar lugar importante.

Crítica a la alimentación burguesa

Lo que caracteriza esta alimentación es su exceso. Comemos demasiado, demasiado a menudo y arrevesadamente. El alimento tiene por objeto, en primer lugar, restituir las pérdidas que el hecho de vivir y del trabajo, ocasionan al organismo. Una de las mayores consiste en la pérdida de calor. Así se explica que en los países fríos, el consumo de alimentos aumente; pero en nuestras cálidas latitudes, el desgaste calórico es casi mínimo. De allí, que condenemos el exceso de grasa, de feculentos y azúcares, cuyo papel es el de dar calor.

Químicamente podrá demostrarse que la energía virtual de los alimentos que a diario consumimos, excede en mucho a las necesidades de la vida.

¿Cómo es posible que un chino o un japonés, con un puñado de arroz en climas rigurosos, pueda rendir un trabajo más grande y perfecto que el de un glotón tropical? ¿Cómo es posible que un Mahatma Ghandhi desarrolle una fuerza espiritual, inaudita (y fuerza espiritual es también energía química!!), con una taza de leche de cabra, uno y medio banano, dándose todavía el lujo de ayunar semanas enteras?

La mitad de la energía masticada se emplea —triste y estúpida paradoja-— en digerir los propios alimentos, de tal manera digerir constituye un trabajo extra.

El sistema español o francés de guisar, es el que menos nos conviene. La sobrecarga de grasas y el abuso de especias, arruinan totalmente nuestros órganos.

Urge encontrar la culinaria criolla científica.

Alimentación del peón

El Problema de la Nutrición. — El más grave de los problemas que gravitan sobre la población del país en general y de la agrícola en especial, es el problema relacionado con la nutrición. Graves trastornos raciales trae consigo la no solución del problema de la nutrición en Chile. Nada significan para la grandeza nacional los hermosos valles de nuestro territorio, las valiosas minas de nuestra cordillera, la riqueza pesquera de nuestro extenso litoral, el salitre y yodo que guardan nuestras provincias del Norte, ni la fuente inagotable de riquezas de nuestras caídas de aguas, ni las maderas de nuestros bosques milenarios, si no contamos con una población de hombres sanos y robustos al servicio de las fecundas actividades del trabajo. — *Selim Carasco T.,* "El Problema de la Nutrición," 1934.

"El campesino, de una manera general, prefiere la cantidad a la calidad. Si algunas veces se puede decir que su estómago está satisfecho, su organismo no lo está," dice el doctor Camille Lherisson al hablar del campesino haitiano. Es exactamente lo mismo que pasa entre nosotros. El indio necesita "llenarse"; sentir que está repleto y, con tal de tener esa satisfacción, se harta de tortillas, guineos, ayotes, hierbas o de lo que encuentre, qué tarea difícil si no imposible, enseñarle moderación alimenticia Expresión vulgar y por cierto tonta es la de que el indio posee muy buena digestión. ¿Buena digestión con la onda pestilente de que vive circundado? Buenas digestión con el enorme número de casos de indigestiones, enteritis, colitis, hepatitis y toda clase de diarreas que diezman al indio? Sobre que come mucho volumen, el pobre indio generalmente consume alimentos de pésima calidad. Gran parte del año, *el maíz que sale de los silos* es harina de palomilla o de gorgojo. Ellos, los peones, no reparan en que el frijol esté picado, ni en que la carne putrefacta proceda de animales sospechosos. Comen guineos por docenas *y* cometen un sin número de abusos incalificables. Además, consumen sus alimentos fríos o demasiado duros. La solución debe buscarse en agregar a la tortilla un elemento nuevo que, nutriendo, evite el exceso.

Para mientras llega la hora de la educación, que será la única que enmiende estos errores, el finquero debe abstenerse, en lo posible, de ofrecer a sus trabajadores granos de mala calidad; debe vigilar que el expendio de comestibles en el interior de la finca ofrezca alimentos puros y estimular el cultivo y uso de otros cereales diferentes del maíz.

Alimentación infantil

En lo que se refiere a la alimentación infantil, remitimos

al lector a la penúltima parte de este trabajo dedicada a la Higiene de la infancia.

VITAMINAS

Sería incompleto un estudio sobre alimentos, si no tratase de las vitaminas, hoy de moda y seguramente valiosos e indispensables elementos de nutrición y salud.

Vitamina A. — Su presencia en la alimentación evita la Xeroftalmía, enfermedad de los ojos que consiste en descamación y ulceración de las córneas; evita la Hemeralopia y la Keratomalacia, enfermedades del globo ocular; estimula el crecimiento en estatura de cuerpo. Se encuentra en el aceite de hígado de bacalao, la leche, yema de huevo, espinacas, zanahorias, lechugas, tomates, coliflor, berros y alfalfa.

Vitamina B. — Llamada antineurítica, porque se opone al desarrollo de la inflamación de los nervios o neuritis; se encuentra en 1 os gérmenes del arroz, trigo, avena; en la yema de huevo; levadura de cerveza, guisantes, lentejas, extracto de malta, salmón, leche, pejepalo y patatas.

La vitamina B. impide el desarrollo de la Pelagra, el Beri-Beri y el paro del crecimiento.

Vitamina C. — Lllamada antiensorbútica porque impide el desarrollo del Escorbuto infantil, enfermedad de muy antaño conocida y hoy completamente dominada, gracias a este concepto de carencias. Ella se encuentra en los jugos de frutas frescas: limón, naranja, frambuesas, tomates, uvas, etc.

Además del puro escorbuto, la ausencia de la vitamina C. en la alimentación, provocaría hemorragias de la piel, de las mucosas y dolores de las coyunturas.

Vitamina D. — O anti-raquítica, es la más estudiada y la más famosa. Su presencia en la ración diaria infantil impide el Raquitismo o sea la deformidad del esqueleto. Su ausencia trastorna el aporte y equilibrio del fósforo y el calcio.

Igualmente evita la Tetania y la Osteomalicia, enfermedades infantiles, convulsiva la una y paralizante la otra.

Puente de vitamina D. es el aceite ele hígado de bacalao y la yema de huevo; la hay también en el aceite de coco, las ostras, y, lo que es más asombroso, ella es susceptible de fabricarse —casi artificialmente— sometiendo los alimentos grasos (los ergosteroles) a la acción de los rayos ultra-violeta.

Vitamina E. — O de la reproducción, conserva la función de reproducirse, en los animales; la normal gestación de las hembras y el sostenimiento de la combatividad en el macho. En animales sometidos y alimentación sin vitamina E., las hembras acusan disminución de la fecundidad, y los machos, atrofia de los testículos. También sufrieron esos animales, esterilidad, abortos, deficiencias de la lactancia. Se extrae de embriones de gramíneas, hortalizas, grasas y carne.

De lo expuesto se infiere que las vitaminas son substancias que sólo se aprecian, hasta hoy,

Esquema de la Evolución de la Medicina

¿A dónde va esta ciencia?

Por el Dr, Juan Marín

¿Hacia dónde va la Medicina? es la pregunta que muchos se formulan en esta hora de inquietudes de toda índole mirando frente a ellos la alucinante perspectiva de una ciencia que se atomiza en especulaciones qué, ora lindan con la metafísica misma o amenaza precipitarse es el impetuoso torrente de una ciencia standardizada al uso de las masas humanas.

Quienes así se interrogan, olvidan que para darse una respuesta ajustada, habrá que comenzar por preguntarse previamente: de dónde viene la Medicina? y recorrer así el camino lógico que conduce a toda solución. El profesor W. Szumowski de la Universidad de Gracovia ha comentado recientemente en el Congreso de Historia de la Medicina de Madrid, el informe presentado por el Dr. Burnet al Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, como base para una reforma de los estudios médicos en los diversos países, y cuyo contenido podría resumirse en los siguientes conceptos: Es necesario conocer la dirección que trae y que toma la Medicina para comprender su sentido y no ir contra ella.

Hegel, cuya filosofía domina algunas corrientes de la sociología y el arte contemporáneo, ha demostrado que la evolución de la Humanidad se realiza de una manera dialéctica, según un orden, tesis, antitesis y síntesis. Veamos, pues,. modo de interpretar la Medicina sobre este esquema. La Medicina antigua, rica en experiencia, a la vez que cargada de profundo sentido místico, me-

---

por los trastornos que acarrea su ausencia de la alimentación animal.

En efecto, no se las conoce en materialidad; se sabe que son solubles o nó; que son destruidas por el calor, los ácidos o los álcalis; que se oxidan, y algo más; pero no se ha logrado materializarlas.

Pero esto que preocupará a los químicos, no decepciona mucho al higienista que sabe ahora cómo evitar un sinnúmero de enfermedades y deficiencias orgánicas, que en arlos recientes aún atacaban a les marinos de vela, a los niños de brazos, a los prisioneros, soldados, ciudades .sitiadas, etc.

Una alimentación perfecta debe poseer jugos de frutas, verduras frescas, leche, pescado, aceite de bacalao, etc. Felizmente el trópico ofrece con profusión estos elementos y nada tenemos que temer de esas enfermedades que se llaman de *carencia,* porque ni carecemos de frutas y verduras, ni son caras estas...

tafisico y mágico, la medicina sacerdotal de los egipcios y caldeos, la de los templos de Esculapio de Grecia, la medicina que se nutrió con alientos cósmicos y teológico, la de Platón, Hipócrates y Aristóteles, puede ser considerada como la TESIS de nuestra ciencia.

Adivino el Renacimiento que bajó los ojos del hombre a la tierra y engendró el "humanismo" y en pos de él, en los siglos XVIII y XIX, el racionalismo y las ciencias positivas. Período que aún pervive en nosotros, herederos de los filósofos de la Razón y del materialismo, químicamente puros. Fue la época en que el pensamiento se definió como una secreción análoga a la bilis o a la saliva, en que el alma fue localizada en la glándula pineal por Descartes o en otra parte por otros, en que el Arte o la Belleza, o la Bondad o el Crimen, se estimaban susceptibles de ser producidos a voluntad por actos de laboratorio, igual que los compuestos químicos, según el decir del sabio Du Bois Raymond, del Instituto de Francia. Este período, del que fueron frutos sobresalientes, Darwin y su evolucionismo, Wirchof y su patología celular, Lombroso y su psiquiatría experimental, Comte y su clasificación de las ciencias Pasteur y su bacteriología, etc,, puede estimarse como la ANTÍTESIS de la anterior.

Llegamos al punto en que la ecuación ha de lanzarse al vacío de lo que habrá de venir, es decir la etapa de SÍNTESIS de la Medicina. Hay ya signos anunciadores de esta fusión con que la fórmula hegeliana habrá de completarse; la experiencia y el sentimiento cósmico antiguos con el método, la experimentación y la utilería modernas. El elemento psíquico, los imponderables del espíritu entran a actuar en la escena que ahora sólo llenó la maquinaria; Valéry, Keiserling y tantos, ya lo han señalado. Sigmund Freud, el Mago moderno echa su sonda en los abismos de la conciencia y reemplaza la pedantesca psicología extática de los laboratorios por el mundo maravilloso de las fuerzas del Inconciente en agitado fluir y refluir hacia la conciencia.

El Arte mismo que tuvo su etapa antitésica en el naturalismo de los Zola, Flaubert, Goncourt y Maupasant, entra a la síntesis con Proust, Joyce, Huxley, Mann y toda la gran legión de los contemporáneos. Dostoiewski revive y reviven Shakespeare y el Dante y Hornero, todos *os que sintetizaron en sus creaciones la vida del microcosmos del espíritu con el macrocosmos universal.

La Medicina endocrina de Marañón, Crile, Cannon, etc.: la de los sistemas nerviosos autónomos, la de los reflejos condicionales de Pavlov, el psicoanálisis de Freud, la patología humoral, los tanteos con que avanza la bacteriología reconociendo la mutabilidad y el polimorfismo bacterianos, son prueba de lo que decimos.

Cuestiones son estas por supuesto en las que no caben afirmaciones rotundas, pero sí sugerencias que mueven a pensar sobre los hechos enunciados.

Lo que el Médico no debe Hacer

(Continua)

NO hagáis exploración de la herida.
NO hagáis operación si no hay síntomas graves; cubrid asépticamente la herida y examinad cuidadosamente sin alterar el reposo en caso de hemorragia.
NO os conforméis con puncionar, si hay signos de derrame infectado. Abrid el tórax.
NO mováis al enfermo para hacer el diagnóstico, cuando, comprobéis una hemorragia. Ponedlo en reposo absoluto.
NO confundáis la hemorragia o la infección de estas heridas con el choque traumático.
NO dejéis de buscar la hipotonía ocular, signo valioso de choque traumático.
NO dejéis de averiguar la tensión arterial que en el choque es baja y fija, aun sin haber hemorragia.
NO operéis si no estáis seguros de que es la hemorragia o la infección la que causa la gravedad del enfermo.
NO operéis si la tensión no oscila arriba de 3-4 a 6-7.
NO dejéis de operar a un enfermo cuya tensión va bajando progresivamente.
NO operéis sin haber hecho la radiografía, en los casos que lo permiten y lo indican.
NO atribuyáis siempre a fenómenos reflejos los síntomas abdominales de las heridas del tórax; frecuentemente ambas cavidades están interesadas.
NO hagáis sistemáticamente un pronóstico benigno de los proyectiles intra pulmonares.
NO hagáis la toracotomía si no cuando la hemorragia, el derrame, la dispnea o la infección lo indiquen.
NO puncionéis un hemotórax reciente; podéis desprender un coágulo.

Hernia.

NO operéis a los recién nacidos si no presentan trastornos; pueden curar sin necesidad de intervención.
NO pongáis vendajes muy apretados a-1 rededor del tronco, en los niños; provocan trastornos de la circulación.
NO olvidéis la maniobra de Lucas Championniere en los niños; suspensión por los pies durante algunos minutos.
NO dejéis de hacer una narcosis ligera que a veces permite obtener una reducción fácil de la hernia.
NO hagáis-la asepsia del escroto con éter ni yodo que descaman la piel.
NO esperéis, para operar, que el enfermo esté grave. Toda hernia irreductible y dolorosa debe ser operada inmediatamente.
NO os confies porque el enfer-

mo emita gases o materias fecales, cosa que se ve en el pellizcamiento lateral que puede terminar por el esfacelo.

NO hagáis maniobras de taxis si no estáis preparados para la operación, o sí el extrangulamiento no es reciente.

NO hagáis maniobras largas, repetidas ni bruscas.

NO intentéis reducir en masa la hernia, comprimiendo de abajo hacia arriba; vaciadla por compresiones suaves, hechas en la circunferencia de 3a hernia.

NO hagáis una pequeña incisión; abrid ampliamente desde la mitad de las bolsas hasta arriba de la arcada crural.

NO cortéis ciegamente el saco; recordad que a menudo el intestino adhiere a su cara interior.

NO incidáis el saco mucho más allá del cuello; cortad tan sólo lo necesario para que la masa herniaria entre y salga libremente del abdomen.

NO reintroduzcáis un intestino desprovisto de serosa; en todos los lugares en que ésta haya desaparecido, haced un punto de sutura seroseroso que cubra la parte desnuda.

NO toquéis con brusquedad el intestino y mucho menos en el curso de la operación de una hernia **estrangulada.**

NO seáis parcos al resecar el epiplón aunque no esté modificado.

NO hagáis una sola ligadura para grandes masas de epiplón.

NO hagáis ligadura simple, aun para una pequeña hernia epiplóica; hacedla en cadena.

NO olvidéis que el grueso pelotón grasoso que se ve, sobre todo en las hernias congénitas inguinales, en el pedículo del saco, puede esconder la vejiga; no cortéis ni liguéis sin convenceros de que la vejiga no está incluida.

NO dejéis que la hernia se reduzca, sola al abrir el cuello; ved primero el estado de la masa **herniaria.**

NO reduzcáis un intestino si no desaparece el color cianótico, y si sus paredes no se contraen o están muy delgadas.

NO creáis que toda cavidad llena de líquido es el saco herniario.

NO reduzcáis una hernia cuyo líquido sea fétido y turbio.

NO juzguéis de la integridad de una hernia por la limpidez del líquido.

Hídrocele.

NO olvidéis buscar el diagnóstico por la translucidez de la bolsa afectada.

NO uséis las inyecciones modificadoras; preferid la auto**aeroterapia** y el drenaje filiforme.

NO apliquéis ningún tratamiento en el hidrocele **de** los recién nacidos.

Hipertensión arterial. NO deis yoduros a los arterio-esclerosos hipoviscosos, ni a

los edematosos pulmonares crónicos, ni a los sujetos amenazados de edema de la glotis, hemorragia cerebral o uremia.

NO deis yoduros, baños calientes, ni morfina a los hiposistólicos.

NO inyectéis suero artificial.

NO prescribáis hierro, adrenalina ni estrofantus.

Histeria.

NO olvidéis que puede simular la mayor parte de las enfermedades.

NO olvidéis que -en la angina de pecho, apendicitis, cólico nefrítico, de origen histérico, hay una viva hiperestesia cutánea.

NO diagnostiquéis hemiplegia orgánica si el enfermo parpadea; se trata de histeria.

NO diagnostiquéis histeria si el enfermo se golpea al caer, se orina o tiene grito inicial.

NO diagnostiquéis histeria cuando haya rigidez en la pupila, pérdida del reflejo rotuliano signo de Babinski y linfocitosis y albúmina en el líquido céfalo-raquídeo.

NO consideréis como histéricos los dolores que sufre una persona nerviosa, sino cuando no haya síntomas objetivos de una enfermedad orgánica.

NO olvidéis que a veces es muy difícil el diagnóstico entre la histeria y la neurastenia. El estudio de la causa, que generalmente es violenta y única en la primera, al revés de lo que pasa en la segunda; y el de la evolución, que en la histeria permanece ligada al fenómeno psíquico que la produjo, permiten hacer el diagnóstico.

NO os apresuréis a diagnosticar histeria siempre que una persona nerviosa sufre una crisis de risa, lágrimas o convulsiones, con motivo de una fuerte impresión.

NO olvidéis que en la locura maniaco depresiva suelen aparecer fenómenos histéricos que descuidados pueden llevar al enfermo al suicidio.

NO hagáis más tratamiento que la psicoterapia y la higiene mental y física.

NO deis medicamentos; imponed el orden y el silencio en la casa y dejad que la enferma se debata y grite.

NO deis estricnina.

NO hagáis mecanoterapia en las parálisis histéricas.

Icteria.

NO olvidéis que la icteria que aparece sin dolor y repentinamente, casi siempre es catarral.

NO dejéis de examinar las materias fecales; si se han puesto blancas repentina-, mente, se trata de un cálculo.

NO olvidéis que la icteria calculosa es en general dolorosa, intermitente y repentina y la del tumor maligno es indolora, progresiva y definitiva.

NO deis a los antecedentes litiásicos un valor absoluto; casi todos los cánceres son

precedidos de calculosis.

NO olvidéis que las causas más frecuentes de la icteria son los cálculos, la colecistitis y el cáncer del hígado.

NO toméis siempre por calculosa la icteria que aparece bruscamente en los viejos. Con mucha frecuencia se trata de un cáncer.

NO olvidéis que la icteria complica casi todas las enfermedades del hígado.

NO olvidéis que en la icteria catarral simple, generalmente la vesícula no está crecida.

NO confundáis la obliteración de las vías biliares del recién nacido, que es seguramente mortal, con la icteria idiopática. En aquella hay acolia completa; en ésta no.

NO dejéis de buscar y tratar la sífilis de la nodriza.

NO dejéis de cuidar en los niños ictéricos la piel, que, como el ombligo, es una puerta segura de infección.

NO olvidéis investigar la emoción entre las causas de la icteria.

NO examinéis un ictérico con luz artificial o deficiente.

NO olvidéis que la icteria es benigna y casi constante en los niños débiles.

NO dejéis de aislar la icteria febril.

NO introduzcáis en el organismo substancias tóxicas.

NO uséis leche pura exclusivamente; emplead la descremada, el caldo de legumbres y la carne en pequeña cantidad.

NO dejéis de lavar la boca muchas veces al día.

NO olvidéis los beneficios del reposo absoluto durante la primera semana del tratamiento.

NO deis medicamentos a los niños en la icteria catarral.

NO olvidéis la antisepsia intestinal.

NO prolonguéis mucho el tratamiento médico de la icteria calculosa; operad oportunamente.

NO prescribáis el sulfato de sodio en los colémicos que tienen predisposición a la gota.

Imperforaciones rectales.

NÓ hagáis simples punciones; abrid ampliamente.

NO abráis una brecha miserable; resecad el coxis si es preciso.

NO os empeñéis en alcanzar por el periné una ampolla rectal muy alta. En caso de grandes dificultades, abrid el vientre.

Impétigo.

NO confundáis el impétigo ectima de estreptococos con el verdadero que depende del estafilococo.

NO prescribáis ningún medicamento sin haberos convencido de que no hay piojos.

Impotencia.

NO olvidéis que la causa más frecuente de esterilidad masculina es la azoospermia.

NO impongáis a la mujer un tratamiento contra la este-

rilidad sin haber establecido antes si el marido no es azoospérmico.

NO hagáis pronóstico fatal de la azoospermia que a veces es transitoria.

NO olvidéis que el alcoholismo disminuye la virilidad y que los rayos X y radio provocan azoospermia.

NO deduzcáis que la azoospermia es segura porque no existan espermatozoides en una preparación; haced varias.

NO dejéis nunca de hacer el cateterismo uretral y el examen microscópico de la orina, antes de hacer el diagnóstico de azoospermia.

NO confiéis ciegamente en los resultados del examen de la orina, ni de la esperma que no sea reciente o haya sido sometida a enfriamiento.

NO olvidéis que la necrospermia efectivamente comprobada en el microscopio es irremediable.

NO dejéis de investigar si hay diabetes, brightismo o tabes, en los casos de impotencia verdadera.

NO olvidéis que la mayor parte de los casos de impotencia, es de origen nervioso.

NO dejéis de investigar si ha habido blenorragia y excesos o perversión sexuales.

NO olvidéis nunca el origen prostático de la necrospermia y astenospermia, que pueden ser mejorados con buen tratamiento.

NO olvidéis la enorme trascendencia que tiene el pronóstico de la impotencia en los individuos nerviosos, que pueden llegar hasta el suicidio si se les declara incurables.

NO dejéis de hacer el tratamiento causal, cuando haya siquiera sospechas de infección sifilítica, diabetes, brightismo, tabes, etc.

NO confiéis mucho en el tratamiento de las lesiones cicatriciales del epidídimo.

NO sometáis al enfermo a un tratamiento local intempestivo, sin estar seguros de que no se trata de un padecimiento nervioso.

NO dejéis de emplear la psicoterapia en casos de impotencia psíquica.

NO dejéis de prohibir las relaciones sexuales, lo que destruirá en el enfermo el temor constante de no poder efectuarlas.

NO confiéis mucho en el tratamiento medicamentoso.

NO proscribáis sistemáticamente el alcohol.

NO empleéis aparatos mecánicos para combatir la impotencia en individuos irritables, con eyaculación precoz.

NO permitáis ni prohibáis a la ligera el matrimonio de los individuos impotentes; tan grave es permitir el matrimonio de un incurable como impedir el de un enfermo que puede curar.

Infiltración urinaria.

NO intentéis hacer el cateterismo. Vuestra intervención por el momento debe consistir exclusivamente en abrir el foco de pus y orina.

NO olvidéis buscar los focos de infiltración profunda por el recto y el hipogastrio, cuando los fenómenos de inflamación no ceden.

NO busquéis una fluctuación que no existe ni puede existir.

NO hagáis pequeñas incisiones superficiales; si no os apartáis de la línea media no hay peligro.

NO olvidéis que la infiltración puede llegar hasta el tórax; incidid toda región sospechosa.

Insomnio.

NO hagáis ninguna prescripción sin haber eliminado la idea de cafeísmo y teísmo.

NO olvidéis que los trastornos gástricos, la constipación y la anemia, provocan insomnio.

NO inyectéis morfina ciegamente en el insomnio doloroso; con una sola inyección podéis volver morfinómano al enfermo; sed en cambio generosos con los infelices condenados a morir en medio de dolores horribles.

Iritis.

NO olvidéis los signos característicos de la iritis aguda; pupila estrecha, poco móvil, franjeada, adherente, en un ojo doloroso, sobre todo en la noche.

NO esperéis que el enfermo os señale una iritis subaguda o crónica; debéis buscarla porque no hay dolor si enrojecimiento.

NO tardéis mucho en hacer el diagnóstico y aplicar el tratamiento, si queréis salvar íntegramente el ojo.

NO confundáis la iritis con el glaucoma, que tienen tratamientos opuestos; la primera necesita atropina y no soporta operación y para el segundo la atropina es desastrosa y es necesaria la operación.

NO olvidéis que la caries dentaria, los abscesos y las piezas desvitalizadas pueden ocasionar iritis; arrancad los dientes malos.

NO dejéis de investigar el estado de los senos y de la riño faringe.

NO paséis inadvertida la menopausa, que provoca iritis rebeldes de repetición.

NO dejéis de buscar la sífilis hereditaria.

NO olvidéis que en el período agudo de la iritis el iris se deja dilatar difícilmente por la atropina; haced varias instilaciones al día.

NO suspendáis bruscamente la atropina; desde que la pupila esté redonda y amplia, disminuidla progresivamente.

NO olvidéis que la atropina provoca una conjuntivitis química; examinad la conjuntiva diariamente y si la atropina no es bien tolerada, sustituidla por la escopolamina.

NO apliquéis ciegamente la atropina en la iritis serosa.

NO impongáis a todos los enfermos compresas frías o calientes, sin estudiar su re-

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Por el Dr.
CONRADO ZUKERMANN

Con sumo interés y detenimiento hemos leído el libro cuyo título encabeza estas líneas para apreciar en todo su valor la obra que significa un gran avance en la literatura médica americana.

El Dr. Zukermann, Profesor de la asignatura en la Universidad autónoma de México ha escrito un compendio bastante resumido de los asuntos concernientes a la materia, eludiendo muchos datos del orden histórico y documental, lo mismo que infinidad de teorías viejas y modernas para explicar diversos accidentes patológicos. Parece que la mente del autor fue desembrollar de entre las largas descripciones de los clásicos los puntos concretos, ya no discutidos, aceptados por la generalidad para no sobrecargar la inteligencia del estudiante con el cúmulo de conocimientos que si bien forman un sólido bagaje ilustrativo, no desempeña en la práctica sino un papel accesorio.

Ha querido también el autor hacer resaltar de manera principal las afecciones más comunes y mejor conocidas en su. país como lo demuestra en el capítulo de los Bocios.

Halaga por demás la Bibliografía de cada asunto y la general donde vemos que los documentos fundamentales para afirmar las conclusiones son tan recientes que los más viejos alcanzan apenas estadísticas de 1928 y los otros de 1930 para acá hasta 1934,

Da el autor por sabidas todas las afecciones correspondientes a los tejidos probablemente porque en curso aparte se estudian o porque el Profesor se .encarga de hacerlo saber en el transcurso del año escolar.

Nosotros estimamos como obra meritoria la escrita por el Dr. Zukermann, tan bien ilustrada con numerosas figuras, porque simplifica y compendia el estudio de la Patología Quirúrgica, haciéndolo más accesible al estudiante sobrecargado siempre de trabajos prácticos y de los menesteres propios de la mocedad.

Felicitamos sinceramente al autor y renovamos nuestro agradecimiento a la Revista Me-

---

sistencia personal.

NO uséis ácido bórico, sulfato de zinc, ni vendaje comprensivo.

NO uséis la adrenalina que alivia momentáneamente y empeora en seguida.

NO deis yoduro; es inútil y congestiona el ojo. olvidéis

NO prescribir el reposo, la obscuridad, la alimentación moderada y los laxantes frecuentes.

Dr. Ricardo D. Alduvín,
{Continuará).

xicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer por su exquisito regalo, deseando leer cuanto antes la continuación de la obra ya anunciada para 1936.

L, R.

FÍSTULAS LUMBARES DE ORIGEN URINARIO

Sea después de operaciones o infecciones renales o perirenales se observan fístulas por donde se escurre pus, orina o ambos. Es fácil averiguar por los antecedentes cuál es el origen de la fístula. Pero a veces no lo es cuando proceden de la pleura, del intestino o del raquis; la intestinal se manifiesta por salida de materias blandas o sólidas según sea del delgado o del grueso. Para las otras el examen clínico y radiológico del tórax y la columna dará los datos necesarios para el diagnóstico. Una radiografía del trayecto fistuloso previa inyección de lipiodol indicará su trayecto y origen.

Una vez establecido el origen urinario de la fístula queda por saber si existe el riñón o ha sido extirpado. Después de una nefrectomía la fístula sólo deja escapar pus; a veces abundante orina y también pus y orina.

Las fístulas purulentas se observan después de nefrectomía por tuberculosis y se deben a una infección bacilar de los tejidos perirenales o a supuración del moñón ureteral. En las nefrectomías por litiasis renal la supuración se debe bien a infección de la "grasa perirenal o a la presencia de un cuerpo extraño como cálculo caído en la casilla renal durante la operación o un tapón olvidado en la herida.

Las fístulas uro-purulentas consecutivas a nefrectomía dependen de una mala técnica que dejó porción del riñón o bien a reflujo vesi-ureteral, fácilmente reconocible por una cisto-radiografía con inyección vesical de un líquido opaco. Descartando esta causa sólo queda la otra, la presencia de un fragmento de riñón.

Las fístulas sin nefrectomía se presentan en dos condiciones: intervención sobre el riñón o tejidos perirenales o se estable-

ce espontáneamente en el curso de una infección, flemón perinefrético o pionefrosis raramente, tuberculosis renal con mayor frecuencia. Reabertura de la herida hecha para extraer cálculos renales por formación de nuevos, la radiografía lo demuestra con claridad. A consecuencia de nefrotomías o de abertura de flemones perinefréticos se observan con abundancia estas fístulas, cuya causa es el mal drenaje del flemón o la no incisión de abscesos del pa**rénquima** renal.

Cuando una herida de nefrotomía no tiende a cicatrizar es que la extirpación de los cálculos fue incompleta o que el uréter está obstruido por un cálculo o una concreción calcárea y entonces una radiografía y la introducción de una sonda ureteral resuelven la cuestión.

Después de una pielotomía puede persistir una fístula debida a impermiabilidad del uréter por concreciones o por estrechez.

La sección de una arteria en el curso de una pielotomía da fístulas por necrosis de la porción avascularizada.

Por último la nefropexia deja escurrir orina por los hilos o por necrosis del **parénquima** por compresión exagerada,

MICCIÓN IMPERIOSA Se llama micción imperiosa a la imposibilidad de conservar la orina cuando aparece el deseo de orinar.

Con frecuencia la micción imperiosa deja escapar una parte de orina y es susceptible de confundirse con la incontinencia de orina, pero se diferencia porque en la primera hay deseos de orinar y se siente el paso de la orina por la uretra mientras que en la otra no, una es conciente y la otra inconciente.

La necesidad imperiosa se observa en individuos nerviosos despertada por cualquier cosa, susto, alegría, oír un chorro de agua, etc. En los dispépticos y los diabéticos después de las comidas. Las afecciones del cuello vesical: cistitis, prostatitis, cálculos de la vejiga, accesos congestivos, adenoma periuretral.

La micción imperiosa es debida en general a una irritabilidad del cuello vesical.

Hacer el diagnóstico de la causa y tratarla es averiguar el porque y tratamiento requerido por la micción imperiosa.

POLAQVWRIA

Se dice que hay polaquiuria cuando los deseos de orinar son más frecuentes que normalmente. Durante la noche no ' tiene necesidad de evacuar su vejiga un individuo normal, salvo si posee el hábito, fuera de lo patológico.

El hombre normal orina en estado de salud cada 3 a 5 horas; en la mujer el intervalo es menor. Varían estos intervalos, según la temperatura, las comidas, absorción de líquidos y sustancias diuréticas.

Generalmente las necesidades de orinar no se acompañan de otro síntoma, pero a veces se agregan micciones imperiosas y dolores vesicales.

La poliaquiuria reconoce dos causas principales: poliuria e

irritación vesical.

Hay polaquiuria diurna y nocturna, hay sólo diurna y sólo nocturna y las hay en que sólo se presentan por crisis.

En la polaquiuria nocturna el deseo sobreviene al principio de la noche y después nada; es la de los poliúricos dispépticos. En otros al medio de la noche; son los prostaticos y cancerosos. En los prostaticos poliúricos es igual toda la noche.

La polaquiuria diurna se presenta en sujetos calculosos del riñón o la vejiga en ocasión de movimientos, paseos a pie o en carro o de un esfuerzo para levantarse. Esta última se observa en los hipertrofiados de la próstata, antiguas cistitis del cuello y prostatitis crónicas.

La polaquiuria después de las comidas se presenta en individuos artríticos, dispépticos y diabéticos.

En los cistóceles y tumores uterino existe una polaquiuria ortostática.

En los nerviosos es despertada por un ruido o un chorro de agua. Algunas mujeres se quejan de micciones frecuentes durante el día acompañadas de pequeños dolores vesicales con orinas límpidas; son debidas a neuralgias vesicales consecutivas a cistitis ya curadas.

La polaquiuria diurna y nocturna requiere el examen previo de orina, hay o no pus.

No hay pus: hipertrofia de la próstata. Indica evacuación imperfecta de la orina o irritación del cuello por congestión. Cáncer de la próstata. Estrechez uretral. Cáncer de la vejiga. Poliúricos nefréticos y diabéticos. Poliúricos del principio de la tuberculosis renal. Cálculo de la uretra situado en la porción intramural de la vejiga. Tumor uterino o anexial. Vejiga congenitalmente pequeña.

Hay pus: Cistitis. Inflamación del riñón y pelvis. Prostatitis y uretritis posterior.

La polaquiuria por crisis sopreviene: por poliuria por crisis y por irritación pasajera del árbol urinario.

En presencia de todo individuo quejándose de deseos frecuentes de orinar el médico investigará la hora del día de mayor frecuencia.

La polaquiuria nocturna es propia de la hipertrofia de la próstata al principio, sobretodo si aparece en la segunda mitad de la noche.

La diurna debe sugerirnos los cálculos y en la mujer el cistocele.

La polaquiuria diurna y nocturna con orina límpida en el adenoma periuretral, el cáncer de la próstata ambos despistados por el tacto rectal.

Las poliurias producen deseos frecuentes de orinar; investigar la causa de ellas; se sospecha tuberculosis renal, inocular un cuyo. Si cáncer de la vejiga, descubrirlo por cistoscopia. Los cálculos intramurales por el antecedente de cólicos nefríticos.

En las poliurias con orina turbia buscar la cistitis y su causa.

A las poliurias por crisis hay que investigar el cólico nefrítico y las poliurias transitorias que no son patológicas.

O. *M.*

La prevención de las infecciones postoperatorias

Por el Dr. EDWIN H. CARNES

Hospital Marítimo del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, Mobile, Alabama

Tratándose de intervenciones realizadas en casos asépticos no debería haber infecciones postoperatorias de las heridas, pero, por desgracia, se presentan bastantes veces. Leigh (1) envió cuestionarios a 75 cirujanos eminentes de sitios muy apartados de los Estados Unidos, y sólo nueve no mencionaron infección, mientras que uno comunicó hasta 10 a 15 por ciento. En la mayor parte de los casos no había causa conocida, pero en muchos era manifiesta la falta de la meticulosidad debida en la sala de operaciones. Ese es un punto vulnerable en muchos hospitales grandes. En el Hospital Marítimo de Mobile, Alabama, dotado de un pequeño y limitado claustro médico y personal enfermeril, donde reina una organización semimilitar, probablemente se puede hacer cumplir mejor las medidas preventivas que en la mayor parte de los hospitales civiles.

Conformándonos estrictamente al sistema establecido, hemos logrado impedir toda infección postoperatoria de las heridas desde que comenzamos a utilizar la nueva sala de operaciones del hospital en diciembre en 1932. En la profilaxia hay que tomar en cuenta estos puntos: (1) debida esterilización de instrumentos, guantes, material de sutura, ropa, compresas, etc.; (2) preparación del enfermo, incluso la cobertura; (3) preparación del personal; (4) técnica operatoria; y (5) cuidado en la sala de operaciones.

Preparación de instrumentos, etc. — Los instrumentos se esterilizan hirviéndolos por 20 minutos; bisturís, tijeras y agujas en un autoclave de aceite por 30 minutos a 149?C; los guantes por 15 a 20 minutos, y si se ha manipulado con ellos material infeccioso, no se utilizan de nuevo en casos asépticos. Los paquetes de compresas y los recipientes que contienen sábanas, anguarinas y objetos semejantes, se esterilizan en el autoclave a 20 libras por 45 minutos, y los más pequeños de compresas, toallas, etc., por 30 a 35 minutos. Para comprobación se emplean siempre dispositivos de Diack colocados en el centro de los paquetes. De cuando en cuando, se entierra bien adentro gasa contaminada, que se hace pasar por el autoclave, buscando luego en el laboratorio los microbios contenidos. El agua se esteriliza al vapor a 1279 C por 30 minutos. Los grifos de los tanques de agua esterilizada están protegidos contra la contaminación con

(1) Leigh, S.: Bull. Am. College Surg., 1927, N° 3, pp. 29-31; Surg. Gynec. & Obs., 1930, p. 369.

gasa esterna cuando no se emplean. El catgut utilizado es del esterilizado al calor y hervible, hirviéndose de nuevo los tubos con los instrumentos. Clock(2) ya demostró la inutilidad de la esterilización química del catgut, poniendo de manifiesto que "la esterilización al calor, debidamente comprobada, es el único método seguro y positivo." Meleney y Chatfield (3) han estudiado a fondo el catgut como factor infeccioso, así como la técnica para comprobar su esterilidad cuando resulta sospechoso. Debidamente manejado, el catgut no **hervible** esterilizado al calor es tan seguro como el hervible, pero probablemente puede contarse más con la esterilidad del último.

Preparación de los enfermos. —Algunas horas antes de la intervención, se prepara el sitio operatorio .rasurando y limpiando meticulosamente con jabón y agua, incluso una zona bastante amplia adyacente. No se aplica aposito alguno salvo cuando van a suturarse tendones, en cuyo caso se aplica un aposito esterilizado al campo operatorio y se deja hasta que el enfermo llegue a la mesa, según recomienda Koch. (4)

Se concede minuciosa atención a la preparación de la piel inmediatamente antes de operar. La zona cutánea es limpiada cuidadosamente con bencina; si la incisión va a ser abdominal, se limpia siempre el ombligo con el mayor esmero. Después se aplica éter, que elimina la bencina restante y se seca rápidamente. Luego se aplica tintura de yodo, y por fin alcohol al 95 por ciento, menos en la zona precisa de la incisión, en que se deja la tintura de yodo sin diluir. El alcohol es utilizado principalmente para diluir y eliminar en parte la tintura concentrada y aplicada a la piel, impidiendo así quemaduras molestas.

Los métodos de recubrimiento varían, por supuesto, según el sitio y género de la operación. En las intervenciones en el abdomen, que constituyen la **mayor** parte de la cirugía mayor, se rodea primero el campo **con** cuatro toallas esterilizadas; luego se coloca una sábana esterilizada desde más arriba del campo hasta y por encima del ? cubrecabeza, y sobre éste y las toallas va una sábana, cuya hendidura queda precisamente • sobre el campo. Por fin se cubre con una sábana esterilizada la porción inferior del cuerpo, dejando que cuelgue hasta los pies de la mesa.

Realizada la incisión, se sujetan grandes compresas o toallas a los bordes de la herida con los clamps de Lañe, y las toallas entre si en los extremos de la incisión con ganchos *ad hoc* Clamps y ganchos son colocados de modo que queden del todo debajo de las toallas o compresas, a fin ele que no estorben durante la operación.

---

(2) Clock, R. O.: Surg. Gynec. & Obs., 1933, pp. 149-161.

(3) Meleney, F. L., y Chat field, Mable: *Ibid.* 1930, pp. 430-441.

(4) Koch, S. L., y Masón, M. L.: Surg. Gynec. & Obs., 1933, pp. 1-39.

Preparación del -personal.— A A nuestro entender, la preparación del personal de la sala de operaciones no recibe la atención que merece en muchos hospitales, y probablemente convendría estudiar esta parte de la técnica operatoria antes de inculpar a las suturas o a la piel del enfermo de los abscesos de incisión y otras infecciones de heridas.

Antes de la operación no se permite que entren en la sala ropa ni zapatos de calle. Al cirujano y a sus ayudantes se les facilitan anguarinas recién lavadas, que se ponen después de quitada la otra ropa. En vez de zapatos de calle, se gasta calzado blanco, de preferencia de suelas de goma, que mantiene absolutamente limpio el asistente de la sala, impidiendo así que penetren en ésta el polvo y bacterias de la calle. Para 'comprender toda la suciedad que puede introducirse, no hay más que fijarse en el piso de blancas baldosas donde el cirujano se friega por algunos minutos, mientras tiene puestos los zapatos de la calle. Antes de fregarse, juntó con la máscara, se ponen capas bien ajustadas del diseño acostumbrado. Un importante factor en la profilaxia, es la eficacia de la máscara quirúrgica. Walker (5) investigó tres muertes consecutivas debi das a infección por estreptococos hemolíticos, demostrando que se habían introducido con el aliento de portadores estreptocócicos, quienes no tan sólo no se cubrieron la nariz, sino que se taparon la boca con máscaras que distaban mucho de hallarse a prueba de gérmenes. Describe también una máscara provista de una tira de goma que cubre tanto la boca como la nariz, y cuya eficacia comprobara el examen bacteriológico. El inconveniente de esta máscara es la molestia y calor que produce la capa de goma. La máscara que nos ha resultado a nosotros más práctica y cómoda, es la habitual, que cubre holgadamente nariz y boca, pero plegada en ambos extremos, para que ajuste bien sobre la nariz y debajo del mentón, sin subirse o bajarse, y siendo muy útil cuando el que la lleva gasta lentes, pues el aire expirado no los enturbia. Puede afirmarse todavía más la parte de la nariz, agregando una tira de metal flexible en el borde superior y doblándola sobre la nariz al nivel deseado.

Hablad de la friega parecería una perogrullada, pero causa sorpresa ver con cuanta frecuencia se descuida esta importante parte de la toaleta preoperatoria. Acostumbramos lavarnos las manos perfectamence después de limpiar y recortar, si es necesario, las uñas, y antes de abrir un recipiente esterilizado para tomar un cepillo de manos. Después de limpiadas así, hablando socialmente, las manos, se toma un cepillo del recipiente esterilizado, y se procede a limpiarlas quirúrgicamente, con jabón líquido *y* varios" enjabonados, evitando siempre la formación de un enjabonado abundante y 'su reten-^

(5) Walker, I. J. Surg. Gynec. & Obs.. 1930, pp. 266-270.

ción por 10 minutos.

En lo tocante a eliminación de bacterias, una friega de 10 minutos resulta más eficaz que un período más largo. Frotes de las manos en placas de agar de 10 cm., incubadas por *72 h*oras, revelaron al cabo de 10 minutos de friega una sola colonia bacteriana, al cabo de 15 minutos, un promedio de seis colonias y levaduras; y al cabo de 20 minutos, 24 colonias. .Las colonias de 10 minutos revelaron *Staphylococcus aureus;* las de 15 minutos, *S. aureus,* levaauras y *B. coli;* y las de 20 minutos, *S. aureus, S. albus,* y levaduras. Sólo cabe explicar estos hallazgos suponiendo que la friega prolongada lleva las bacterias de la profundidad de las grietas y poros cutáneos a. la superficie. Después de fregar perfectamente manos, dedos, uñas y brazos, se enjagua en alcohol etílico al 95 por ciento, y seca con una toalla esterilizada. La enfermera encargada de los instrumentos abre la anguarina y la sujeta por el lado externo en frente del cirujano, que mete los brazos bien adentro de las mangas. Elevando los brazos y sacudiendo con suavidad, las manos saldrán de las mangas. Otra enfermera detrás del cirujano aprieta la anguarina y ata los cordones, que el cirujano desvía del frente y sostiene para que la enfermera los cola por atrás.

Pulverizadas las manos con talco esterilizado, se ponen guantes secos con la ayuda de la enfermera de los instrumentos, que los coge por la cara externa por medio del puño ecnado hacia atrás, abriéndolos ligeramente para que el cirujanopueda introducir la mano con. mayor facilidad. Este mete la mano con suficiente firmeza para dilatar el puño del guante hasta que sube varias pulgadas más arriba de la muñeca. Luego se aplican bandas de elástico en la muñeca, a fin de que los extremos de la manga no puedan salirse de debajo de los guantes durante la operación. Las mangas con puños tejidos poseen la ventaja de que aprietan bien la muñeca. Si se agujerea un guante durante la operación, se cambia en el acto, o se pone otro encima.

Técnica operatoria.— En cuanto a técnica operatoria, se cubre el campo en la forma previamente descrita, a fin de evitar toda exposición de la piel durante el acto. El bisturí para la incisión cutánea es echado a un lado, empleándose otro para el trabajo subsecuente. Se merma en todo lo posible el traumatismo de los tejidos. Al pinchar y atar vasos sangrantes, se agarra el menos posible tejido adyacente. Si es necesario ligar un vaso en la capa muscular, traumatizará menos una ligadura pasada con una aguja, que pinchando y atando el tejido. Al manipular o extirpar tejidos infectados de abdomen, se protege 'la pared abdominal contra el contacto por medio de compresas y retracción.

Al cerrar la pared abdominal, se tiene cuidado de aproximar con exactitud y debidamente las

varias capas, a fin de que no queden puntos rezumantes que formen un hematoma e inviten la infección. Se utilizan suturas absorbibles lo más pequeñas que sea compatible con lo que precisa para el fin a que se destinan, evitando los nudos grandes y molestos. Al cerrar la piel, utilízase material inabsorbible, ya de seda o dérmicos, de preferencia los últimos. La sutura continua superficial y profunda de Sarnoff (6) parece ser la preferible para la piel, pues obtiene hemostasia completa e impide la posible formación postoperatoria de rezumamiento subcutáneo y hematoma. El empleo de pinzas romas de tejidos para el cierre cutáneo, merma las probabilidades de transportar infección de la superficie al tejido subcutáneo.

Cuidado de la sala de operaciones. — La sala de operaciones se mantiene escrupulosamente limpia constantemente, sin emplearse para más nada. Hay dos salas reservadas para cirugía general, teniendo las suyas propias la oftalmootorrinologia, la cistoscopía, y los enyesados. De las dos salas generales, una está limitada-a la asistencia de casos asépticos y la otra es empleada para casos reconocidamente infectados antes de operar." En la tarde anterior a un día de operaciones, friégase el piso de la sala con agua caliente y jabón en polvo, y con jabón y agua caliente tote) Sarnoff, J.: Surg. Gynec. & Obs., 1931, pp. 539-544.

das las mesas, taburetes, lámparas y demás depositivos. A veces se agrega amoníaco al agua caliente, y a veces lejía a la utilizada para el piso. El piso y el tercio inferior de las paredes son de baldosas, lo cual ayuda mucho en el aseo. De nuevo, al terminar la sesión operatoria, se limpia el cuarto. A fin de demostrar la ventaja del aseo escrupuloso y de prohibir la entrada a todos los que no estén debidamente vestidos y calzados, hemos expuesto placas de agar de 10 cm. en la sala de operaciones mientras trabajaba y se movía allí un grupo de seis personas, comparándolas al cabo de 72 horas de incubación con las expuestas en los pasillos y salas de enfermos. Todas las placas estuvieron expuestas por 15 minutos. De la sala de operaciones sólo se obtuvo un promedio de ocho colonias, únicamente de estafilococos y levaduras, mientras que las de las otras partes del hospital revelaron 39, comprendiendo *S. albus* y *aureus,* estreptococos, anhemolíticos y varias levaduras. Quizás parezca que los varios tiempos de la preparación han sido descritos de una manera demasiado prolija, pero, a nuestro entender, es indispensable la mayor meticulosidad en todos los puntos, si vamos a emplear todos los medios disponibles para impedir las infecciones.

—Del Boletín Sanitario Panamericano.—

Al margen de nuestros conocimientos Médico-Quirúrgicos

Como todas las ciencias, las ciencias médicas se encuentran en pleno desarrollo, es decir, evolucionan. Antes de pasar adelante, séame permitido echar un vistazo a sus dos principales ramos: La Medicina y la Cirugía, en relación a las condiciones, gracias a las cuales la Medicina y la Cirugía del mañana, serán superiores a la Medicina y a la Cirugía del presente.

La primera condición que todo Médico debe reunir para estar capacitado a dirigir su visión sobre horizontes más amplios y luminosos, será una comprensión más rápida de los fenómenos naturales y una cultura más amplia y general. Desgraciado de aquel que se encerrara en el círculo estrecho de los hechos tomados en sí, sin recurrir al estudio de las leyes que han precedido a su evolución, a sus relaciones íntimas y las reglas generales que de allí se deducen. A este le. pasaría lo que dijo Duclaux: "Miraría la ciencia por las ventanas de la Medicina." Un ejemplo deberá aclarar mi razonamiento. Mientras que la anafilaxia fue explicada como un fenómeno químico ' aislado, su importancia fue casi nula, pero desde el momento en que fue interpretada como un hecho general biológico, útilísimas fueron las deducciones y grandes los adelantos. El choc-anafiláctico se redujo a una falta de equilibrio de los coloides protoplasmáticos y como bien sabéis que el protoplasma es la base de todo ser viviente Huxley), resultó de esto una aplicación más vasta, y más general. Las bacterias mis-más son susceptibles de experimentar el choc-anafiláctico. Y luego en la especie humana los descubrimientos sobrepujaron a los deseos. El velo de una de las enfermedades llamadas hasta ahora esenciales, quedó completamente descorrido, el asma fue interpretada y explicada como un simple fenómeno de[1] anafilaxia.

i una palabra, el médico debe ser biólogo. Debe interesar- '

le el estudio de todo lo "que vive y muere."

Vano resultaría nuestro esfuerzo, dirigido solamente al estudio de nuestros semejantes, sin atender al de los otros seres vivientes; sin contar que necesitaríamos vivir los años de Matusalén y caminar sobre un terreno a veces imposible de explorar o de someterlo, a nuestra observación y experimentación. Es, pues, a las formas simples a las que debemos recurrir para llegar a la comprensión y fácil estudio de las más complejas. La Anatomía y la Fisiología comparada y la Patología General, nos ayudarán eficazmente en este sentido. Inútil me parece recordar que la observación y la experimentación son la base de todos estos estudios, y que el orden y el método quintuplica el esfuerzo de nuestra inteligencia.

En cuanto a la Cirugía debo hacer constar que los adelantos realizados-en estos últimos años, sobrepasan a todos los de los años anteriores; sin embargo un error muy grande, un prejuicio de antaño perdura aun en esta Ciencia-Arte. Me refiero al predominio de la Anatomía y la Técnica, sobre él conocimiento biológico y funcional del organismo. Aquí también la Biología y la Fisiología, desempeñan un papel de primer orden. Cuando el advenimiento" de la asepcia hubo dado la impunidad relativa a todos aquellos que osaron penetrar a las diversas regiones del cuerpo humano, hasta entonces consideradas como vírgenes, una legión de cirujanos se dedicaron a encontrar las vías más fáciles del acceso para llegar no importa a qué órgano.

Así fue como la Anatomía y la Técnica, obnubiló por completo a los cirujanos. Lo que importaba era la vía de acceso y la técnica más o menos artística con que debía suprimirse un órgano, no importando o haciendo poco caso del avance de la enfermedad, de la resistencia individual y del valor de los medios de defensa del organismo.

¡Cuántas vidas se salvarían, si antes de dar un Evipan, tratáramos de investigar el estado de suficiencia funcional de la célula hepática por medio de la prueba de la hemoclasia digestiva de Fernand Widal y Pierre Abrami!

Y este estado de cosas no es muy antiguo, ni nos corresponde sólo a nosotros, bastará citaros que hace poco leí una comunicación de los ginecólogos y parteros franceses, quienes abrieron un concurso, proponiendo como tema de discusión: "El valor de las diferentes incisiones en la laparotomía." El cronista francés nos cuenta que se pasaron varios días discutiendo sobre el valor de las incisiones longitudinales, transversales, en S. en Z., en bayoneta y la mar. Unos decían preferid la Rapin Kustner, otros la Pfaunestiel, y otros aún agregaban, es preferible la modificación Bardenheuer. Y así continuaron las discusiones, toman - do en cuenta hasta milímetros de diferencia, sin recordar que el éxito de una operación no depende en absoluto de que una incisión tenga 4 o 6 centímetros

o de que un órgano sea más o menos artísticamente extraído, no, el éxito depende del estado funcional del individuo, de sus fuerzas y del curso de la enfermedad.

Si a la hora de la operación tuviésemos en cuenta los factores anteriormente anotados, justo seria exclamar con Reclus:

"Retourner sept fois le couteau dedans la main, avant de plonger dans la peau du prochain."

Yo no sostengo que las operaciones deban ejecutarse sin el conocimiento necesario y minucioso de la Anatomía y la Técnica, no, lo que yo sostengo es que con todos estos conocimientos, llevemos a la práctica los medios, de que disponemos para cerciorarnos con anticipación, sobre el estado funcional, las fuerzas y el curso de las enfermedades de nuestros pacientes, recordando que no vamos a operar cadáveres sino seres vivos.

Tampoco es mi objeto criticar a nadie en particular, hablo en general, porque muy bien sé que existen buenos cirujanos que toman en cuenta las razones anteriormente expuestas; pero se critica porque es necesario para el bien de la humanidad y para que todos nos **perfeccionemos** al máximo en relación a nuestras inteligencias. Inmensa sería la tarea de reseñar siquiera los adelantos científicos realizados por las ciencias médicas en estos últimos años. Casi todas las enfermedades han sufrido modificaciones, ya en su etiología y patogenia, ya en su sintomatologia y tratamiento. Nuevos medicamentos han ingresado al arsenal terapéutico, mientras que otros ya conocidos han sido ensayados con más o menos éxito en diversas enfermedades. Basta citaros el humilde cloruro de calcio que nosotros empleamos casi únicamente en el tratamiento de no importa qué clase de hemorragias, y que ha sido uno de los cuerpos últimamente ensayados con muy buen éxito, en el tratamiento de la hemoptisis, las diarreas tuberculosas, las endocarditis valvulares, los edemas cardíacos y renales, los derrames pleurales, la pneumonía, las enfermedades

de la piel, las convulsiones infantiles y últimamente por el médico griego Petzetakis, en inyecciones intravenosas en el tratamiento del asma.

También el humilde carbón animal bajo la forma de inyecciones intravenosas de solución al 2 % en suero fisiológico en las expertas manos de los profesores Saínt-Jacques, Coghlin y Sussi, ha producido maravillosos resultados en el tratamiento de las enfermedades infecciosas más diversas, tales como metro-aslpingitis agudas, infecciones puerperales, flebitis, neumonías, furunculosis, reumatismo articular agudo, infecciones diversas, etc.

Las teorías antiguas, etiológicas y patogénicas, del asma, han sido totalmente transformadas, siendo hoy un axioma, que el asma esencial no existe "se trata de una lesión orgánica de un simple fenómeno de anafilaxia, provocado por el polen, polvos, medicamentos, olores, etc. Eliminando el asma cardíaca y renal que necesitan un tratamiento especial, el verdadero tratamiento del asma consiste en la administración de la adrenalina ya sea por vía hipodérmica, en inyecciones de medio miligramo, ya sea por la vía gástrica, empleando la solución al 1%. El alivio es rápido, observándose únicamente un poco de palidez y taquicardia. Si un nuevo acceso se produce está indicado repetir la dosis de adrenalina. La adrenalina congestiona el pulmón, motivo por el cual los autores recomiendan asociar la hipófisis.

Fuera de la crisis hay que tomar en cuenta que el asma es un síntoma que puede ser debido a causas muy diversas. Hay que pensar desde luego en la irritación del neumogástrico, estando entonces indicado el empleo de la belladona. En otros casos la causa es .una lesión orgánica, bronquitis, enfisema, adenopatía traquoe-brónquica, afecciones rhinofaríngeas, disfagia, aerofagia, apendicitis, diabetes y obesidad.

En ausencia de la causa visceral, debemos pensar en la anafilaxia, que puede ser combatida por la vacunación antí-anafiláctica. La sustancia anafilactizante puede ser un medicamento (antipirina, suero, etc.) y se obtiene la desensibilización empleando dosis mínimas repetidas de cada una de estas sustancias según el caso.

Cuando la causa queda aun desconocida, hay que pensar en los polvos de cereales, en el polen, etc., debiéndose entonces proceder por tanteos o ya según el modo americano por medio de la cutí y de la intradermoreacción con el objeto de revelar la sustancia que permitirá la fabricación de vacunas apropiadas.

Finalmente, cuando la causa es completamente desconocida, recurriremos a la administración de peptonas, a la autoseroterapia, autohemoterapia, y a la administración del calcio por la vía endovenosa según lo preconiza Petzetakis.

En el tratamiento del cáncer del cuello de la matriz, por la curieterapia y la radioterapia penetrante, enormes progresos

ha realizado la constancia de las diversas escuelas que a la hora presente se disputan la supremacía en cuanto al mejor método que deba adoptarse. En ambos tratamientos los resultados casi se equiparan. Bastará citar las estadísticas para convenceros.

Louffert de Munich sobre 200 casos tratados por la curieterapia, ha constatado 40 curaciones durables, o sea el 19.5 %.

Warnkros de Berlín, 39 casos sobre 170 o sea el 22.5 %. En resumen, se puede decir el 20 por ciento de curaciones durables más allá de 4 años. Esta estadística nos enseña resultados casi idénticos a los obtenidos con la antigua histerectomía limitada.

En cuanto a la radioterapia penetrante, hay que hacer constar que las estadísticas nos dan el 30 % de curaciones, es decir una cifra más elevada.

En cuanto a las escuelas predominantes actualmente, citaremos la escuela alemana, partidaria de la radioterapia penetrante a grandes sesiones. La Roengten-Verthein, es una técnica muy empleada allí, y que consiste en la aplicación radiante por 6 puertas de entrada, utilizando cada una de ellas 40 minutos o sea un total de 4 horas.

Los franceses impugnan esta técnica, asegurando que fuera de los buenos casos, la puesta en libertad de toxinas y la destrucción parcial de glóbulos, produce serios peligros y por otro lado la radiodermitis consecutiva y la reabsorción de toxinas, necesita por lo menos 6 semanas, lo que retarda el tratamiento en los casos urgentes. En cuanto a la escuela francesa, fragmentado esta sesión única, en otras varias cotidianas, no pasando de una semana.

La escuela americana, a cuya cabeza se halla Clarck Kelly y Smith, es una modificación de la escuela alemana, con el perfeccionamiento de los aparatos indispensables. Los americanos emplean el filtro inventado por Dominici, que permite utilizar únicamente los rayos ultrapenetrantes en haz homogéneo, cuya aplicación puede ser prolongada sin causar graves trastornos de la economía.

Me parece importante recordar que la histerectomía ampliamente practicada, en aquellos casos en los cuales el neo-

plasma se encuentra absoluta y totalmente móvil, dan un 40 % de curaciones durables más allá de 4 años, según las estadísticas del profesor Bumm. Por consiguiente podemos asegurar a la hora presente, que a pesar de los esfuerzos realizados por la Curie y la radioterapia penetrante, es a la histerectomía amplia, a la que debemos recurrir en todos aquellos casos en los cuales el diagnóstico ha sido precoz, encontrándose la enfermedad al principio de su evolución.

Fuera del alcance de estas breves notas, estaría el tratar aunque fuera a la ligera, otros importantísimos asuntos que han sido objeto de profundos y numerosos estudios, tales como la anafilaxia; la sacralización de la 5 vértebra lumbar; la prueb de la hemoclasia digestiva en la investigación del poder proteopéxico del hígado; las anatoxinas de Ramón; la inmunidad local; el bacteriófago d'Herell, la insulinoterapia, etc.

Al final de mi trabajo, una vaga tristeza se ha apoderado de mi espíritu, y es que hubiera deseado hablaros solamente de leyes y fenómenos biológicos generales, y no de tratamiento como lo he hecho, sin embargo, me consuela el pensar que nuestro papel principal se reduce casi siempre a curary. . . eso cuando podemos.

Antonio VIDAL.

Tegucigalpa, 16 de diciembre de 1935.

El Antiveneno botrófico en las diátesis hemorrágicas

Por Eduardo Selva M. D., exdirector del Hospital General Ciudad de Zacapa *y Ricardo Aguilar M. D.* D. D. S. — F. A, C. P. — F. A. C. S. — Cirujano en jefe del Hospital de Quirigua
GUATEMALA

El veneno de la culebra Barba Amarilla (Botrops Atróx) obra sobre los glóbulos rojos destruyéndolos al actuar sobre sus proteínas y produciendo una hemolisis. Como también, tiene su acción patógena sobre las células endoteliales y sobre los capilares permitiendo infiltraciones subepidérmicas y hemorragias de las membranas mucosas. Toda esta acción patógena del veneno es debido a la hemorragina y a la hemocitolicina que contiene. Desde el primer caso tratado por Taylor en este hospital en 1927 en un paciente de púrpura, hemorrágica, hemos empleado como último recurso el suero de Barba Amarilla (Antiveneno Botrófico) en los casos de hemorragias en pacientes diatésicos o en pacientes con anemias secundarias producidas por el paludismo y la ankilostomiasis.

Taylor K. P. A. reportó su caso en el Anual Report de la United Fruit Cº en 1928 Púrpura Hemorrágica en un marino del buque escuela Argentino "Presidente Sarmiento." Des-

pues de agotar todos los medios de tratamiento, el Dr. H. C. Gorgas de Panamá, quien estaba en ese entonces en este hospital: aconsejó usar como último recurso de salvación: una inyección de antíveneno botrófico obteniéndose un resultado maravillosamente sorprendente. El último caso tratado en estos días es el siguiente: el primero de los que suscriben fue llamado a una aldea a ver a una mujer que sangraba.

En efecto encontré a la paciente que era de 35 años, con varios partos felices, y sin más antecedentes patológicos, que fiebres palúdicas, no muy frecuentes, en un estado demasiado grave, debido a epistaxis, enterorragias, nofrorragias y a hemorragia abundante de la región total de las encías. La lengua tenía punteado hemorrágico, la piel sobre los puntos en que reposaba tenía manchas moradas. La paciente tenía bazo palpable y piorrea. La sangre tenía un tiempo de coagulación altamente retardado, Instituí un tratamiento de atebrina por vía oral y un trabamiento hípodérmico de suero normal de caballo 20 c. c, suero fisiológico 500 c. c. con adrenalina, cacodilato de soda y plasmoquina. Lavados antisépticos de la boca. Este tratamiento se hizo durante cinco días con mejoría en el estado general y disminución de algunas hemorragias, pero con aparición de una menorragia abundante y recrudecimiento en la hemorragia de las encías. Fue entonces cuando suspendí el tratamiento antes dicho, para inyectar una ampolla de suero antivenenoso botrófico, obtenida en el Hospital de Quirigua. Tres horas después de la inyección, todas las hemorragias se suspendieron, el sitio donde se inyectó no sangró como sucedía con todas las otras ampollas, inclusive el suero normal de caballo. La enferma entró en franca y rápida convalecencia, al extremo que a los tres meses, se extrajo toda la dentadura sin que hubiera sufrido hemorragia notoria a causa de las extracciones.

Clínicamente es un caso de diátesis hemorrágica, cuyo origen puede considerarse desconocido, aunque la piorrea y el paludismo manifiesto en el bazo palpable y por la región donde mora la paciente salte, a la vista, ya que la piorrea y el paludismo es corriente y el caso relatado, puede considerarse como único en la región donde vive la enferma. Pero lo que si no es discutible, es que el suero antivenenoso botrófico, obró como neutralizante de substancias tóxicas, parecidas a las que se hallan en las ponzoñas de ciertas víboras, como la de la Barba Amarilla y la Cobra, es decir la neurotroxina, hemolísina y hemorragina.

Otro caso bastante interesante de un individuo: que fue admitido a este Hospital con anemia perniciosa. Su examen clínico mostraba una gran hipertrofia del bazo, infartamiento hepático, ascitis, hemoglobinuria. Al practicarle la paracentesis del abdomen se reveló que la ascitis era hemorrágica.

Se le instituyó un tratamien-

Nociones Generales sobre el Paludismo

Por el Dr. Carlos Floriani.

Frente a un proceso infeccioso, acompañado de *escalofríos, fiebre, sudores,* en forma de accesos *intermitentes,* debemos pasar en revista las causas etiopatogénicas capaces de determinarlo:

I) paludismo;
II) Supuraciones .internas; absceso de hígado, paranefritis purulenta;
III) Séptico-piohemia
IV) Séptico-piohemia puerperal
V) Endocarditis lenta ulcerosa
VI) Colelitiasis
VII) Neumonía con tempera tura intermitente
VIII) Tuberculosis
IX) Gripe
X) Fiebre tifoidea, en el período de defervescencia
XI) Fiebre ureteral y renal
XII) Meningitis cerebro-espinal epidémica.

Clínicamente nos inclinamos a considerar como paludismo el proceso y a estudiar si éste presenta los caracteres *inconfundibles* del acceso malárico, el cual se caracteriza fundamentalmente por lo siguiente:

a) Es precedido durante 2, 4, 6 horas por malestar general, cansancio, cefalalgia, etc.;

b) Su desarrollo clásico consiste en la sucesión de los períodos de escalofríos, calor, sudor, —En el paludismo los escalofríos y los sudores son exageradamente acentuados. — El primero es solemne e impresionante, y en cuanto al segundo es tan intenso, que llega a empapar las sábanas, colchones, llegando hasta mojar el suelo;

c) La forma de aparecer es rítmica, a una misma hora, cada 3 o 4 días (según sea una terciana o una cuartana). Pueden sucederse accesos más repetidos en casos de paludismo donde evolucionan dos o más generaciones. La intermitencia puede faltar si varias genera-

---

to adecuado a su caso *secundum artem:* sueros hemostáticos, etc. La condición del paciente no permitía practicarle la espíenectomía que era lo indicado y entonces se recurrió al suero botrófico cohibiendo como con la mano la hemoglobinuria'; habiendo también desaparecido la ascitis en pocos días, mejorándose la condición sanguínea, Las inyecciones de extracto de hígado y la Ventriculina oral así como la dieta y otros tratamientos a base de hierro, arsénico y estricnina hicieron de este paciente, un cambio maravilloso.

BIBLIOGRAFÍA

APPARENT CURE OF PURPURA HAEMORRAGICA WITH BOTHROPIC ANTIVENIN. K. P. A. Taylor M. D. United Fruit C9 Hospital, Quirigua, Guatemala. Página 1942 of Seventeenth Annual Report, Medical Department.

ciones cabalgan la una sobre la otra;

d) La duración total del acceso febril oscila entre 9 y 18 horas, alcanzando más horas en la subintrante;

e) Los accesos se repiten en la misma forma y son de igual duración. Por lo tanto los períodos febriles se repiten de igual forma;

f) En los intervalos entre acceso y acceso, hay *apirexia* completa u ocupados por una ligera febrícula;

g) Durante estos intervalos, *todos* los fenómenos concomitantes que constituyen el acceso palúdico (taquicardia, adinamia, mal estar general, etc.) *desaparecen completamente,* volviendo a un estado de salud *normal.*

El ritmo es señalado por el inicio de la fiebre.

De cada tipo febril derivan otros tipos secundarios, siempre que se desarrollen contemporáneamente varias generaciones de la misma especie parasitaria. Si evolucionaran especies *diferentes* estaríamos frente a un paludismo *mixto.*

Ahora bien, *ninguno* de los procesos señalados anteriormente presentan los caracteres del. acceso palúdico. En efecto, el tipo febril de todos ellos, *no* se sucede en forma tan matemática y rítmica como en el paludismo. Las elevaciones térmicas se repiten en forma *irregular.* Los accesos siempre iguales en el paludismo, son *desiguales* en los restantes procesos. Las elevaciones térmicas en éstos, pueden oscilar de un día para otro.

Durante los intervalos de los accesos, la temperatura puede llegar a la normal y también por debajo de ella, pero tal apirexia es completamente *irregular,* pues si bien un día es completa, otro, puede permanecer la temperatura alrededor de 38<?, no habiendo *nunca* ningún *retroceso* de los fenómenos concomitantes, no volviendo por lo tanto al estado de salud transitoria.

Tanto en los *abscesos* del hígado como en las paranefritis

purulentas, existen fenómenos locales característicos, predominando en los mismos el *dolor.* En la *endocarditis ulcerosa lenta,* hay alteraciones cardíacas (debilitamiento de los tonos, soplos, palpitaciones, etc.) con posibles *embolias cutáneas o* ***retinianos.***

En la *colelitiasis,* la temperatura intermitente se instala casi siempre después de los ataques.

En la *neumonía:* fenómenos locales característicos;

En la *tuberculosis pulmonar:* ídem;

En la *F. Tifoidea:* los antecedentes semanales inmediatos del proceso;

En *la F. ureteral* y *renal:* además de la irregularidad térmica, las alteraciones urinarias concomitantes;

En la *meningitis cerebro espinal epidémica:* en determinados casos prolongados la curva térmica adopta el tipo seudopalustre, pero los antecedentes del proceso, el examen clínico y humoral (en especial del L. C. R.) son suficientes para sentar el verdadero diagnóstico.

Una vez diagnosticada clínicamente una fiebre palúdica nos queda por determinar a qué tipo fundamental pertenece, es decir, si se trata de una *terciana benigna, cuartana, terciana maligna,* o bien una *perniciosa.*

a) *Terciana benigna.* — Producida por el Plasmodium vivax.

Caracteres de los accesos:

1) Se produce cada 48 horas;

2) El escalofrío es *intenso* y *rápido,* pero *no* tanto como en la cuartana;

3) El ascenso térmico es *menos* prolongado que en la cuartana, y *menos* alto;

4) Duración total del acceso: de 8 a 15 horas;

5) La fiebre aparece por lo común en las horas del medio día (de 10 a 15 horas). El día intermedio *no* es completamente apirético, estando ocupado por pequeñas elevaciones térmicas (37,29 a 37,5°.

6) La periodicidad es menos perfecta;

7) La intensidad febril se mantiene menos constante, pudiendo la fiebre declinar de paroxismo o bien de golpe.

Puede tratarse de una terciana simple o doble (accesos cotidianos).

b) *Cuartana.* — Producida por el Plasmodium Malariae.

Caracteres de los accesos:

1) Se producen cada 72 horas:

2) El escalofrío es *violento y fuerte;*

3) Temperatura *más* elevada que en la terciana;

4) Duración total del acceso: de 6 a 12 horas;

5) Durante los intervalos la *apirexia* es *completa;*

6) Los epifenómenos son escasos y más atenuados que en la terciana.

La cuartana es factible de ser simple, doble o triple,

c) *Terciana maligna.* — Producido por el Plasmodium precox.

Caracteres de los accesos:

1) Se suceden cada 48 horas;

2) Precedidos por prolegómenos más acentuados: cefalalgia, dolores óseos, malestar general;

3) Escalofrió *no* acentuado;
4) Temperatura entre 39? y 40?;
5) Generalmente el tipo de terciana maligna responde al subtipo de *subintrante,* caracterizado por la siguiente curva térmica: Una vez alcanzada la máxima, la temperatura decae 1° 5 a 2 grados, para luego ascender aproximándose a la graduación de antes, siendo seguido por un descenso paulatino hasta por debajo de la normal, poniendo fin al acceso. De ahí que exista una seudo-crisis que corresponde al descenso pre-crítico, y una verdadera crisis. Esta forma *subintrante* es debida al cabalgamiento de dos accesos, diferenciándose de la *terciana maligna simple,* en que los accesos en ésta son mucho menos prolongados y los intervalos más espaciados, siendo producida por una sola generación.

6) Como al hablar de *tercia na maligna,* se involucra casi siempre el tipo *subintrante,* la duración de accesos se refiere a este último, siendo de 36 h. a 40 horas. Después de pocas horas (8 a 12) nuevamente se inicia el ascenso térmico.

7) Los epifenómenos que acompañan a esta forma de *terciana maligna,* son siempre *más graves,* con manifestaciones de pronunciada infección general.

8) Cuando los dos accesos que forman la *subintrante* son debidos a dos generaciones muy activas, o bien cuando se trata de más generaciones, los accesos llegan a fundirse uno con el otro, determinando la constitución de una nueva forma clínica: la *subcontinua,* caracterizada por la sucesión de pequeñas oscilaciones del carácter subcontinuo.

En resumen, la terciana maligna puede adoptar las siguientes formas clínicas: *terciana maligna simple, terciana maligna doble* (los accesos se suceden todos los días, determinando una forma cotidiana), *terciana maligna, subintrante, terciana maligna subcontinua.*

Diagnóstico diferencial de la terciana maligna *subcontinua:*

A) Con la f. tifoidea: puede suceder que tratándose de una f. tifoidea, se piense en un paludismo, o viceversa. Los siguientes datos nos ayudarán a diferenciar tales procesos:

a3) Esplenomegalia: Tanto el bazo *palúdico* como el *tifoideo,.* no se diferencia por la sensibilidad sino por la *consistencia: — Duro* en el paludismo, *blando* y *depresible* en la *tifoidea.* Además, en el paludismo, el aumento se hace en dirección al pubis,

mientras que en la f. tifoidea, hacia el ombligo.

b) Pulso dícroto con bradicardia relativa en la f. tifoidea;

c) Palidez "malárica";

d) Borde gingival de las encías, poco tumefacto y más bien pálido en la terciana.

B) Con la f. ondulante: esplenomegalia *no* tan acentuada: Reacción de Wright o de Huddleson.

d) *Perniciosas.* — Generalmente producidas por el Plasmodium Precox, aunque los otros hematozoaríos son capaces de producirlas.

Hay que sentar el concepto de *acceso pernicioso* y el de *Paludismo pernicioso.* El primero involucra las manifestaciones de perniciosidad que *solamente* acompañan al acceso, mientras que el segundo, se refiere a *toda la enfermedad en sí.*

La perniciosidad está regida por la gravedad marcada de los síntomas generales y la inmensa perturbación de determinados sistemas de la economía.

Siguiendo la ya centenaria clasificación de Torti, las perniciosas se dividen en dos grandes grupos. Las *solitarias* y las acompañadas (o Comitatae). En las primeras son los fenómenos de orden general los que dan las fisonomía a la enfermedad, mientras que en las segundas se caracterizan por los trastornos funcionales de un determinado órgano importante. El tipo febril de las solitarias es el *subcontinuo;* el de las acompañadas el *intermitente.*

Las solitarias comprenden las siguientes formas clínicas: *Tifoidea, neumónica, biliosa.*

Las acompañadas: *colérica, hemorrágica, cardiálgica, diaforética, sincopal, álgida, letárgica, disentérica.*

Caracteres de la subcontinua tifoidea. — Iniciación rápida, con escalofrío y fiebre alta (40?).

Poca acentuación del estupor de la cara, lo mismo de la sequedad de la lengua y las fuliginosidades de los dientes.

Borde digital pálido y con epitelio en necrosis.

Comportamiento variable del pulso.

Exantemas diversos.

Mirada apagada, con ligero tinte subictérico desde el principio.

Diarrea no constante.

Esplenomegalia, alcanzando a veces grandes dimensiones.

Puede haber delirio desde los primeros días de la. enfermedad.

Hepatomegalia, con subictericia.

Leucopenia con *monocitosis.*

Widal negativa.

Caracteres de la subcontinua neumónica. —En realidad se trata de una congestión pulmonar.

De un día para ;otro puede cambiar de sede y de extensión y hasta desaparecer de improviso.

A la congestión le sigue a menudo el edema pulmonar.

Es una forma rara.

Caracteres de la subcontinua biliosa. — Parecida a la tifoidea, agregándose la presencia de *dolores* al hipocondrio, y en el epigastrio, *vómitos, diarrea, ictericia.*

Se debe diferenciarlas de: la ictericia febril o morbus de

Weil; tifoidea o paratífoidea graves; septicemias; fiebre amarilla.

En todas las formas clínicas del paludismo -—salvo en algunas perniciosas— hay una leucopenia con monocitosis, además de la presencia del plasmodio originario del tipo febril. En algunas perniciosas existe una leucocitosis.

Paludismo crónico. — El concepto de paludismo agudo y crónico *no* se refiere al tiempo de evolución sino a las manifestaciones clínicas de uno y de otro. (Destéfano).

La malaria adquiere caracteres de cronicidad a consecuencia por lo menos de un número más o menos numeroso de *recidivas.*

La misma se encuentra ligada ordinariamente a la *terciana maligna* o a manifestaciones de malaria mixta.

La causa más importante es la *cuta insuficiente.*

Los síntomas más importantes son:

a) Anemia;
b) Accesos febriles;
d) Esplenomegalia y hépatomegalia;
d) Alteraciones funcionales a cargo de determinados aparatos de la economía.

a) *Anemia.* — Disminución de glóbulos rojos y de la Hemoglobina 4 a 1.000.000 de glóbulos rojos.

Leucopenia con mononucleosis.

Pigmento en los glóbulos blancos.

b) *Esplenomegalia.* — Gran aumento Avanza del hipocondrio izquierdo hacia el ombligo y pubis. A veces para la línea media en dirección a la derecha. Movilidad de este "Tumor de bazo." Dureza franca. Poco dolor.

índice esplénico. — Es la relación entre el número de sujetos *esplenomegálicos* y la to-

talidad de los habitantes de una región.

c) *Accesos febriles.* — Irregulares. Accesos aislados o agrupados.

d) *Alteraciones funcionales de determinados aparatos.* — Circulatorio: Presión baja. Palpitaciones. Soplos sistólicos.

Respiratorio: Disnea. Dolores más o menos fuertes en el costado izquierdo. Catarro bronquial o pulmonar.

Digestivo: Anorexia, Dispepsia. Constipación, Diarrea, Meteorismo.

Renal: Urobilinuria. Albuminuria.

Caquexia palúdica. — A los síntomas descriptos anteriormente se le agregan el aumento de todos ellos, más la presencia de *edemas, emaciación total, gran anemia, desaparición de la monucleosis,* persistiendo la *leucopenia, ausencia de hematozoarios en la circulación.*

Paludismo latente. — Ascolilo define de la siguiente manera: "Debe entenderse aquel estado en que un sujeto alberga seguramente el hematozoario malárico, mostrando a intervalos en la sangre pocas formas en sus varias fases de desarrollo, o no muestra ninguna, ocasionando daños que pueden pasar inadvertidos o bien representados por disturbios pasajeros o enmascarados por otras enfermedades, pudiendo en cualquier caso ir a la determinación de inconfundibles accesos específicos a consecuencia de la intervención de alguna causa provocadora."

Perniciosas	Solitarias	Tifoidea Neumónica Biliosa
	Acompañadas (Comitate)	Colérica Disentérica Hemorrágica Cardiálgica Diaforética Sincopal Álgida Letárgica Meningítica Tetánica
Paludismo crónico Caquexia palúdica Paludismo latente		

-Del Día Médico.

REVISTA QUIRÚRGICA

Tratamiento de los accidentes de la narcosis

M. Doss de Furth en Zentralblatt fur Chirurgie recomienda la inyección endovenosa de Coramina, 5 a 8 cg. en la parálisis respiratoria sin detenimiento del corazón, en una por Evipán. El efecto fue inmediato y definitivo. En otro caso se trataba de asfixia por edema de la glotis; repitió la inyección cuatro veces en doce horas y el enfermo curó. Este era un síncope cardíaco en el curso de una operación por cáncer del recto con raquianestesia. Inyección intracardíaca. Éxito. Koning de Leipsig en el mismo periódico refiere el caso de una señora de 50 años a quien 13 días antes le habían hecho una colecistectomia con éter; se le administra Evipán, 8 c. m. para abrirle un absceso parietal; pocos momentos después parálisis de la respiración y del corazón; la respiración artificial, la inyección endovenosa de lobelina y la inyección intramuscular de cardiazol y de coramina no dan resultado. Una intracardíaca de adrenalina consigue algunas contracciones. El paciente está en estado de muerte por 15 minutos cuando el autor inyecta por punción suboccipital un decigramo de cafeína en la cisterna cerebromedular; después de algunos segundos la respiración vuelve y los tegumentos se colorean; a la hora y cuarto el conocimiento retorna. Muere 4 semanas más tarde de insuficiencia hepática.

En este caso grave el Evipán estaba claramente contraindicado por el profundo ataque del hígado. La vía de la cisterna magna da magníficos resultados.

Tratamiento operatorio de las cavidades residuales del empiema

Krampf de Bad Reichenhall en el mismo número del Zentralblatt reconoce como el método más seguro y eficaz para tratar las fístulas es la operación de Schede o sea la extirpación completa de la pared ósea y de la pleura parietal espesa en toda la extensión de la

cavidad y aconseja más aun, quitar una o dos costilla arriba de la cavidad. Como la operación es muy chocante y se hace en enfermos débiles es necesario practicarla en dos tiempos: en el primero resección costal con anestesia local en una o varias sesiones. El segundo tiempo 2 a 3 semanas después consiste en la resección de la pleura parietal espesa seguida de drenaje de la cavidad por un Mikulicz. En 14 operados de esta manera en la clínica de Sauerbruch sólo hubo un muerto.

Tratamiento operatorio del píloro-espasmo de los tiernos

Kehl y Thomann de Siengenen en el mencionado periódico refieren haber operado desde 1926 más de 50 niños por hipertrofia congenital del piloro, 38 niños y 13 niñas, precozmente, antes de los 10 días. Pilorotomía extramucosa, separando la musculosa de la submucosa.

Algunos han tenido vómitos después de la operación a pesar de lo cual aumentaron de peso. Sobre 50 enfermos perdieron 2: uno operado muy tarde en plena caquexia (pesaba a los 4 meses 2.300 gr.); el otro prematuro con malformación del corazón, murió a los diez días por accidentes cardíacos. Los demás curaron.

El estado de salud de 360 personas 10 a 17 años después de la operación' radical por enfermedad ulcerosa del estómago

En el mismo Zentralblatt Friedemann de Bochum Langerdreer publica la estadística, entendiendo por operación radical la resección gástrica que opone a la gastro-enterostomía y otras paliativas. Clasifica el autor los resultados de la manera siguiente: I.—Muy buenos: individuos que no padecen de nada y no están sometidos a ninguna restricción alimenticia. II.—Bueno: individuos sin ningún padecer pero que se abstienen de ciertos alimentos. III.—Aceptables: individuos que sufren pero mucho menos que antes de la operación.

IV.—Mediocres: sujetos poco o nada mejorados o que conservan gastritis, enteritis, defectos de evacuación gástrica, lesiones biliares o pancreáticas.

V.—Recidivas: nueva úlcera o úlcera péptica del yeyuno.

Los tres primeros constituyen éxitos, los otros dos fracasos.

Los resultados después de por lo menos 10 años son: Muy buenos 123; Buenos 148; aceptables 65; total 336 o sea 93.4 *%.*

Mediocres 16; Recidivas 8; total 24; 6.6 %.

La técnica no ha jugado gran papel: 207 operados por Pean-Billroth I dieron fracazos en 7.2 % de los que 3 recidivas. En 153 operados por Billroth II hubo un 5.7 % de fracasos de los que 1.3 % por recidiva.

Estenosis del canal hepática por anomalía de la arteria hepática

Heller de Buda-Pest en el mismo publica la siguiente observación: mujer de 36 años, presenta desde hace 10 crisis de

cólicos hepáticos; la última se acompañó de icteria y fiebre de 39.5; el hígado doloroso pasa un través de dedo el borde costal.

A la operación se encuentra que la arteria hepática describe una curba acentuada delante del cístico y del vértice de la curba nace la cística fuertemente tendida, tirando la hepática casi hasta contacto con la vesícula; colédoco de calibre normal; la arteria hepática comprime el canal hepático muy dilatado. En el hepático y su rama derecha se encuentra masa calculosa. Drenaje del hepático. Extirpación de la vesícula llena de cálculos de colesterina. Curación a pesar de una neumonía.

Esplenectomía en la Leucemia

Becker de Hannover en el Zentralblatt opina que aunque la esplenectomía está condenada por la mayor parte de cirujanos en la leucemia, Kuttner cree que en algunos casos en que el baso determina por su volumen trastornos mecánicos serios la operación se legitima a título paliativo.

El autor refiere su caso: mujer de 74 años que ha enflaquecido después de 2 en 10 kilos pero cuyo estado general es satisfactorio. Desde 9 meses tumor abdominal creciendo progresivamente al punto de llenar la mitad inferior del vientre; leucocitosis 4.400. A solicitud de la enferma se practica la operación, fácil, en 25 minutos. El baso pesa 2.500 gr. Curación entres semanas. 3 meses después la enferma ha ganado 10 libras y se siente muy bien.

Coxa-Vara juxta-capital con epifisiolisis

Andrew Mac Ausland en The Journal of Bone and Joint Surgery ha observado 38 enfermos de coxavara de evolución variada. 28 fueron tratados por el método de Whitman: reducción ortopédica, inmovilización en abducción extrema, extensión y rotación internas.] Los resultados muy satisfactorios, 80 % buenos con cadera absolutamente normal o muy ligera limitación de movimientos.

En los casos avanzados se discutirán las intervenciones sangrientas: osteotomía transtrocanteriana, operaciones reconstructivas de la cadera, artrodesis, artroplastías'.

S. Paredes P.

Acciones patológicas que los climas en relación a su humedad, ejercen sobre la salud del hombre

Por el Prof. M. Bañuelos.

Señores:

El aire sobre la tierra no es absolutamente seco. En todas las partes de la superficie terrestre se obtiene una mayor o menor cantidad de agua, al estado de vapor, en forma visible o invisible para el ojo humano. .En los días claros y despejados este vapor de agua es invisible, y en otras ocasiones llega a hacerse visible. Cumple en la atmósfera este vapor de agua una serie de funciones, de las cuales sólo nos interesa considerar algunas, que hacen relación a nuestro objeto. Así, pues, diremos que el peso específico del aire seco en absoluto es igual a 1, pero si tenemos en cuenta que el peso del vapor de agua es igual a 0,625, resulta que el aire húmedo pesa menos que el aire seco. Hecho de cierta importancia, puesto que explica las variaciones de la presión atmosférica en los cambios de tiempo hacia la lluvia o el aumento cuando disminuye el vapor de agua en la atmósfera, y con ello nos explicamos el influjo que pueda ejercer ello sobre el cuerpo humano.

Una determinada cantidad de aire, para una cierta temperatura, puede tener únicamente cantidad fija de agua, como cifra máxima, y cuando se quiera aumentar esa cifra, se produce la precipitación del vapor de agua sobre las paredes del recipiente, constituyendo una especíe de rocío, pero la cantidad de agua que puede tener un volumen determinado del aire varía con la temperatura, y así resulta que a 10? contiene doble cantidad de vapor de agua que a cero grados, y a 100? aumenta la cantidad de agua en un 3,6 por 100 por cada grado que se aumente.

* * *

El influjo de la humedad atmosférica sobre la salud del hombre está fuera de toda duda; pero las razones y los mecanismos por los cuales se ejerce este influjo están muy lejos de haber sido esclarecidos. Por ello, solamente se puede afirmar que cuando en la atmósfera se han producido cambios atmosféricos que amenazan lluvia, una serie de personas, más sensibles que otras, acusan el influjo de la humedad atmósfera aquejando diversas molestias.

No obstante, algunas cosas parecen haberse esclarecido, y así se afirma que el influjo de la humedad atmosférica no depende de tanto de la cantidad de agua, que existe en la unidad de volumen de aire, como de la cantidad de humedad que contenga el aire en proporción a la temperatura ambiente; de donde resulta que lo más importante para la salud del hombre no es la humedad absoluta del aire, sino la relativa. Es mucho más

importante, se ha dicho el estado del termómetro húmedo que el estado del termómetro seco; con lo que se quiere indicar la dependencia entre humedad y temperatura.

Efectivamente, todo el mundo sabe, por experiencia propia, la sensación especial de desagrado y disgusto, y a veces de malestar, que se siente cuando el termómetro acusa mucha temperatura, y al mismo tiempo existe gran humedad en la atmósfera por amenazar tormenta en esos días bochornosos del verano, aunque quizá todavía no haya nubes en la atmósfera, y entonces se demuestra, con la realidad, lo mal que el hombre soporta temperaturas no muy elevadas, conteniendo gran cantidad de humedad la atmósfera. Con esta misma temperatura y aire seco muchos hombres se sentirían completamente bien. Seguramente que, en tales condiciones, las causas de malestar del hombre se deben, principalmente, a lo difícil que le resulta regular su temperatura de 36,5º a 37º, siendo la sintomatología del golpe de calor, en sus más leves grados, las molestias más frecuentemente causadas en las personas sensibles o que van vestidas convenientemente para soportar el calor húmedo.

Son muchos también los sujetos que en tales circunstancias, acusan astenia, cansancio y desgana para todo trabajo corporal y psíquico.

El sistema nervioso parece ser menos activo en tales condiciones, y por eso. cuando se dan esas circunstancias atmosféricas, el hombre acusa, juntamente con el cansancio, somnolencia y pereza, que cuando se sostiene mucho tiempo la humedad y la elevación de la temperatura, se transforman en insomnio y una gran indiferencia, ante el medio circundante

En oposición a esto, el aire seco ejerce sobre el hombre una acción refrigerante y un estí-

mulo para su actividad, siendo acaso todo ello explicable, porque el aire seco disminuye la temperatura del cuerpo humano, y éste, para mantener la normal, necesita realizar ejercicio corporal.

También se han querido explicar estos procesos que venimos comentando, porque se producirían modificaciones en el equilibrio electrolítico de humores y tejidos, y además modificaciones en el estado de los coloides orgánicos; pero una demostración de tales suposiciones falta todavía.

Habiendo considerado hasta ahora la atmósfera húmeda y caliente, debemos examinar a continuación, siquiera sea brevemente, cómo influye sobre el cuerpo humano la atmósfera húmeda y fría. Es hecho bien sabido que el frío húmedo es una de las sensaciones más desagradables que el hombre experimenta en el invierno, y todo el mundo sabe bien que los días fríos del invierno, pero claros y despejados, y luciendo el sol, siempre que el viento no sea muy fuerte, aunque la temperatura sea baja, se soportan admirablemente y no parecen influir de manera perniciosa sobre la salud. Por otra parte. la humedad absoluta de la atmósfera en el invierno es muy pequeña, aunque la relativa sea grande; pero el aire expulsado en la espiración, como sale a mayor temperatura que el aire exterior, puede lanzar grandes cantidades de agua desde el interior al medio ambiente; por eso se soporta bastante bien por el hombre el invierno, cuando éste no es excesivamente frío, y por eso son saludables también los deportes en la nieve y en el hielo, cuando el sol luce.

Pero cuando el tiempo es demasiado húmedo y frío, y el sol no luce en el horizonte, el hombre soporta mal esos días, sobre todo cuando se prolongan, empezando por sentir una gran nostalgia por la luz y por el calor, debido a que el aire húmedo conduce mejor el calor, y el sujeto se enfría más - y más pronto.

Por otra parte, los. enfriamientos son más difíciles de evitar y se originan gran número de enfermedades, que con tiempo claro, aunque frío, no aparecerían. Sobre todo, la persistencia de las nieblas hace que aparezcan con facilidad numerosos estados catarrales de las vías respiratorias, y sin que sepamos por qué, en estas condiciones muchos microbios patógenos, que se localizan frecuentemente en el aparato respiratorio, exaltan su virulencia y aparecen epidemias de tipo gripal, e igualmente, si la humedad va acompañada de enfriamiento de todo el cuerpo, las pleuresías y las nefritis aparecen también, en gran escala, llegando a tomar las nefritis aspecto epidémico. También el reumatismo poliarticular agudo y los reumatismos crónicos se multiplican en estas condiciones, de donde se desprende que el frío húmedo facilita el desarrollo de diversos estados patológico.

En cuanto a la presencia de nubes se refiere, es necesario tener presente que en este mundo todo es relativo, y que si el cielo despejado y sin una nube, con temperatura agradable, obra favorablemente sobre la salud del hombre produciendo alegría y sensación de bienestar, sobre todo en primavera, en cambio en los días de verano suele alegrar a veces, en los climas muy secos y muy cálidos, la presencia de nubes que anuncian la lluvia, que para disminuir la cantidad del polvo atmosférico, que por ser excesivo irrita las mucosas del árbol respiratorio, y aun la conjuntiva ocular, produciendo entonces la lluvia una sensación de bienestar y de mejoría de salud en los sujetos, tal como se observa, a menudo, en el mes de septiembre, después de un verano caluroso, en Castilla.

La lluvia por sí sola no resulta, ni puede resultar, perjudicial para la salud; y sin embargo, a veces sucede que la lluvia origina perjuicios a la salud del hombre, cuando el sujeto se moja y esta ropa la sostiene sobre su cuerpo, al mismo tiempo que un viento más o menos fuerte, evaporándola, origina enfriamientos, dando lugar a las enfermedades por enfriamiento húmedo que hemos mencionado anteriormente; pero con la diferencia que aquí constituyen casos aislados y allí tomaban aspecto epidémico.

Otros factores intervienen también, conjuntamente con los estudiados, sobre la salud del. hombre, y que están en relación con la humedad del ambiente, debiendo mencionar, sobre todo, la tensión eléctrica, la carga eléctrica del aire, factor, que sin saber bien cómo y de qué manera, es indudable que influye, y acaso poderosamente, en la sensación de bienestar del hombre en un clima o lugar determinado.

* * *

A continuación nos vamos a ocupar de los trastornos que en

la salud del hombre se originan por déficit de humedad en el medio ambiente, lo que quiere decir que cuando el aire que respiramos es demasiado seco, nuestra salud puede correr ciertos peligros; y como resumen de lo que pudiéramos decir acerca de las leyes fisiológicas y de Patología general, que a esta cuestión se refieren, vamos a exponer las leyes más interesantes para el médico.

Primera Ley. — El aire húmedo hace perder al cuerpo menos calor que el aire seco; por consiguiente, calor húmedo y frío seco, en relaciones inversas, pueden ser perjudiciales para la salud del hombre, porque el primero conduce al golpe de calor y el segundo facilita las enfermedades por enfriamiento.

En consonancia con esta ley, el hombre de la meseta castellana teme a los enfriamientos más que los de las regiones húmedas, porque la experiencia le ha enseñado la efectividad y realidad de la acción perniciosa de los enfriamientos, por causarle repetidas veces muchas de las enfermedades que atribuimos a excesos de humedad en el medio ambiente, y corrientes del aire que faciliten el enfriamiento, sobre todo si el sujeto que se enfría estaba sudado.

Segunda Ley. — Como se pierde vapor de agua por la respiración, la aceleración de los movimientos respiratorios no intervienen casi en nada para refrescar el cuerpo en los climas húmedos; en cambio, actúan como poderoso refrigerante en los climas cálidos y secos, a semejanza de lo que sucede, por ejemplo, en la respiración disneica del perro, cuando tiene exceso de calor. Por consiguiente, en los climas cálidos y de aire seco, como suele ser Castilla en el verano, la disnea cumple una acción refrigerante.

Tercera Ley.—Con altas temperaturas y con gran humedad en el medio ambiente, al mismo tiempo que con calma atmosférica, sin vientos de ninguna clase, resulta difícil la refrigeración del cuerpo.

También aquí sigue siendo un hecho curioso el que siendo la humedad atmosférica uno de los factores más principales para la determinación de los climas, cuyas acciones fisiológicas y patológicas son evidentes, se haya estudiado esta cuestión tan poco, desde el punto de vista científico, que, como regla general, podría decirse que la ciencia sabe poco más o menos lo que el hombre del vulgo acerca de las lesiones del exceso y déficit de humedad en el medio ambiente, sobre la salud del hombre. Así, por ejemplo, los conocidos dolores de las cicatrices en los cambios de tiempo, como igualmente los dolores de los reumáticos, se han intentado explicarlos por variaciones en el volumen del tejido de la cicatriz, durante los cambios cíe humedad, es decir, que las articulaciones enfermas y las cicatrices actuarían como verdaderos hígrómetros, a semejanza de lo que sucede en ciertas especies animales, como son los insectos, en los cuales existen verdaderos aparatos de carácter higrométrico, y aun en el hom-

bre los pelos se conducen como verdaderos higrómetros, y, como se sabe, se han utilizado en la práctica para fabricar estos aparatos. Y, en cuanto a las articulaciones, se podrían comparar en sus partes cartilaginosas y fibrosas a las placas de gelatina, que, como también es conocido, son de una gran sensibilidad higrométrica.

El aire seco con déficit de humedad ejerce sus acciones perniciosas, principalmente, sobre las heridas, secándolas rápidamente, e igualmente es pernicioso el aire seco en exceso, sobre la mucosa nasal, y en especial sobre los labios y las conjuntivas; pero aun sobre las mucosas de la tráquea y bronquios puede llegar a ser perjudicial, cuando la sequedad del mismo es muy grande y la nariz y faringe se hallan secas en exceso.

También el aire seco en alto grado ejerce acciones perjudiciales sobre la piel, como se observa en los climas secos del desierto, en los cuales se llega a perder el agua del cuerpo, sin llegar a constituirse gotas de sudor, porque se evapora rápidamente.

Como consecuencia de la necesidad de perder agua por la respiración y por la piel para regular la temperatura, el hombre de los climas secos necesita tener siempre un gran depósito de agua en su organismo, para poder subvenir a estas necesidades, sin que por ello se produzca un espesamiento de la sangre, y esto, que sucede en el hombre, sucede también en los animales que sudan; pero los pequeños animales que no sudan, y que no tienen una regulación física del calor orgánico, no tienen esa cantidad de agua en exceso dentro de su organismo, que, prestada a la sudoración, y a los pulmones, regula la temperatura, sin espesamiento de la sangre.

En ellos, en los animales que no sudan, la pérdida de agua va inmediatamente seguida del calentamiento de la sangre y de graves trastornos fisiológicos y patológicos.

Hemos considerado los casos extremos en los cuales la humedad excesiva o la sequedad excesiva conducen a trastornos patológicos, incluso a los que ahora vamos a estudiar, que son los que como consecuencia de la sudoración extraordinaria para regular la temperatura y la pérdida de vapor de agua extraordinaria también por la respiración, agotan el agua en depósito o reservas que tiene el organismo para estas necesidades, conduce a un espesamiento de la sangre y de los humores orgánicos, que se exteriorizan primero por una sed más o menos violenta, con ligero malestar y después con graves trastornos en la fisiología normal, que se hacen ostensibles en muchos aparatos, desde la sensación de fauces, mucosas y piel, a toda la sintomatologia del golpe de calor, sí no se repone rápidamente el agua que el organismo necesita para su funcionamiento normal.

Pero, cuando la sequedad no es excesiva, ni la humedad tampoco, ambas ejercen efectos favorables y estimulantes sobre el organismo, cuando éste llega de

un clima contrario, es decir, en el verano, por ejemplo, el hombre de la meseta de Castilla encuentra alivio cuando se acerca a un clima más húmedo, y en el invierno el hombre de la costa se siente mejor cuando viene a la meseta castellana.

Estas acciones de la humedad, tanto en el caso de exceso, como de defecto, se ven aumentadas o disminuidas, según las circunstancias, por la acción del sol y del viento. Así, el sol, por su acción calorífica, contribuye a aumentar la sequedad del aire y a mitigar en cambio el exceso de humedad. El viento, por su acción desecadora, aumenta la acción refrigerante del clima seco y, en cambio, casi no modifica la acción del clima húmedo, o por lo menos lo hace en pequeña proporción.

Todas estas acciones de la humedad son modificadas e influidas además por muy distintos factores, de los que mencionaremos algunos, que colocaremos en el grupo de los conocidos, habiendo sin duda algunos otros Que todavía son desconocidos.

Desde los trabajos célebres de Arrhenius sobre las acciones que la electricidad del aire ejerce en los procesos fisiológicos, se han estudiado reiteradamente la electricidad del aire, la ionización del aire, la conductibilidad eléctrica del aire, y ello se ha hecho en el aire del mar, en el de las montañas, en el del desierto y en los cambios atmosféricos, para tratar de buscar una relación entre estos factores y la salud del hombre, pudiendo decir, desde ahora, que las conclusiones a que se ha llegado no permiten afirmar nada cierto sobre el particular.

Por otra parte, los rayos del sol, originando modificaciones muy importantes en la materia muerta y en la materia viva, ejercían cierta influencia en la humedad atmosférica, puesto que, corrientemente, en los climas húmedos, el cielo suele estar cubierto y la cantidad de rayos ultraviolados que llegan a la tierra es pequeña, mientras que en los climas secos, el sol puede lucir durante muchas horas y el cielo está despejado, llegando gran cantidad de rayos ultraviolados a la tierra y ejerciendo conjuntamente con la sequedad del aire las acciones respectivas sobre el organismo.

Los factores no estudiados son aquellos que se hacen notar como propios de un país, sin que sea posible explicar el motivo, y así mencionan los autores alemanes, tales como Kenstner, el desarrollo extraordinario en longitud y anchura de los niños, que se llevan a veranear en las costas del mar del Norte, y además las reacciones cutáneas que experimentan, incluso las modificaciones que se observan aun en las reacciones a la tuberculina.

Estos mismos factores desconocidos son los que actúan también para que ciertos lugares de la tierra se recomienden como favorables para tratar determinadas enfermedades, lo que ha motivado que se hable de climas excitantes de las funciones orgánicas.

—De Revista de Medicina Española.—

ARC DE TITUS

La Prueba del Tiempo

MUY pocas de las preparaciones ofrecidas a la profesión médica durante los últimos cuarenta años han recibido tanta aceptación cada vez mayor, como la Antiphlogistine.

Huelga decir que esta preeminencia se ha conseguido a base de méritos. Año tras año se ha ido acumulando la evidencia clínica de especialistas connotados y del médico práctico, en todos los países civilizados del mundo, acerca del valor específico de esta preparación, hoy día considerada como la aplicación tópica de preferencia en dondequiera que haya inflamación y congestión.

La estimación de que goza la Antiphlogistine entre los médicos ha inducido a muchos a lanzar al mercado imitaciones inferiores que, sometidas al análisis, no han logrado igualar las propiedades terapéuticas del prototipo. Para evitar decepciones, sugerimos respetuosamente a los médicos que al prescribirla insistan en la Antiphlogistine en su envase original, herméticamente cerrado.

La Antiphlogistine mantiene su supremacia porque llena la necesidad para la cual fué creada. Ha resistido la dura prueba del tiempo.

ANTIPHLOGISTINE

Para muestra y literatura, diríjase a

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 Varick Street, Nueva York, E.U.A.

Comentarios sobre la organización de los estudios de medicina en París

Por PEDRO IGLESIAS BETANCOURT
Interno de los Hospitales de París.

Hace días tuve el honor de recibir la visita de nuestro ilustre compatriota el Profesor Francisco Domínguez. Vino al servicio del Hospital Cochin donde me encuentro a ofrecerme el contribuir con una publicación al número extraordinario de la *Revista de Medicina y Cirugía, de la Habana* con motivo de sus cuarenta años de existencia bajo la autorizada y eficaz dirección de mi antiguo maestro el Profesor J. A. Presno.

El Dr. F. Domínguez me sugirió la idea del relato de mis estudios en París. Ello permitiría una vulgarización de la organización de la enseñanza de la Medicina en este país, no del todo conocida en Cuba. No es mi intención abordar dicha organización en toda su extensión. Dejaré a un lado los cursos de especialización para médicos franceses o extranjeros que son precisamente los más conocidos en Cuba y solo me ocuparé de la organización de la Escuela Francesa para el estudiante que desea obtener el diploma de la Facultad. Consideraré solamente el aspecto científico que es igual para todos los estudiantes, nacionales y extranjeros.

Una noción fundamental domina la enseñanza de la Facultad de Medicina de París: "la Medicina se aprende al lado del enfermo." Los estudios pueden ser divididos en dos partes: "la scolarité" y la carrera de los hospitales o concursos. Esta última no es obligatoria.

La "scolarité" representa los estudios oficialmente exigidos para la obtención del diploma de la Facultad. Consiste en cinco años de estudios además de un curso de pre-médica (P. C. N.) Cada curso comprende cuatro inscripciones o plazos de matrícula, diferentes asignaturas, trabajos prácticos varios y sobre todo un "stage" obligatorio por las mañanas, en el hospital. . Los "stagiaires" divididos en grupos reciben en los diferentes servicios donde se encuentran durante varios meses una educación hospitalaria del personal científico de dichos servicios: "patrón" o jefe de servicio, asistentes, jefes de clínica, internos y externos- Así pues, desde *el primer día de su ingreso* en la Facultad, el estudiante de primer año de Medicina *ve un enfermo, lo palpa, lo ausculta,* después de haber recibido en pocas palabras las nociones fundamentales de la semiología. Los tres primeros años de estudio, los "stages" se cumplen en servicio de Medicina y Cirugía general. Los dos últimos años en servicios de especialidad: Partos, Piel y Sífilis, Garganta, Nariz y Oídos, etc.

Terminados estos cinco cursos el estudiante debe pasar tres exámenes más: las clínicas, médica, quirúrgica y obstétrica.

Solo después de sostener su tesis y con ella obtener el diploma de médico de la Facultad de Medicina de París.

Esta es, rápidamente bosquejada, la labor exigida a un estudiante que se limita a realizar los estudios "oficiales." Su bagaje científico teórico y práctico es proporcional a su aplicación. Sin embargo muchas veces, el mismo bien intencionado, no puede trabajar todo lo que desearía durante sus "stages." Ello es debido a su condición de "alumno de la Facultad," sin otras prerrogativas. Estas son las que concede la carrera de los hospitales, *los concursos.*

Los concursos son organizados por la Asistencia Pública independientemente de la Facultad. Ellos tienen por fin proporcionar a los hospitales de París el personal científico: externos e internos entre los alumnos, médicos y cirujanos (patrones) entre los profesionales. Yo no me ocuparé más que de los primeros.

Concurso del externado. — tiene lugar todos los años a mediados de diciembre. Generalmente hay 300 plazas vacantes por año. El número de candidatos es de 1000 como promedio. Pueden concurrir todos los alumnos de la Facultad, franceses y extranjeros, que hayan por lo menos terminado el primer año de medicina. La preparación de los candidatos es generalmente realizada por los internos en ejercicio, "conférenciers." El programa del externado es limitado, comprende tres partes: Anatomía, Patología médica y Patología Quirúrgica.

En Anatomía se prepara: Osteología, Artrología, Miología, Angiología, Sistema nervioso periférico de los miembros y la mayor parte de la Esplacnología (nociones morfológicas y principales relaciones). Debo señalar que esta preparación de la Anatomía se hace inspirada en la medida de lo posible en sus aplicaciones clínicas. Asi p. ej. cuando el "conférencier" explica la clavicula insiste sobre su situación superficial, arbotante entre dos sistemas óseos, sobre la doble curvatura de este hue-

so en verdadera forma de S que va a fracturarse bajo la influencia de un traumatismo (calda sobre el hombro) en su parte media por exageración de esas curvaturas. Y asi desde las primeras conferencias aprende el estudiante por qué las fracturas de la clavícula son frecuentes y por qué ellas se realizan con predilección en la parte media del huezo.

El programa de Patología Médica comprende: la exploración semiológica somera de los diferentes aparatos y órganos y el estudio de las entidades nosológicas más frecuentes consideradas antes que nada bajo el aspecto semiológico. Enfermedades infecciosas, vías respiratorias, aparato cardio-vascular, tubo digestivo y anexos, sistema nervioso, secreciones internas (Basedow y Diabetes). Así, poco tiempo después de haber comenzado sus estudios el estudiante de la Facultad que prepara al mismo tiempo el concurso del externado, conoce los caracteres de la erupción de la Varicela, del Sarampión, de la Escarlatina. Sabe que las bronconeumonías son las que agravan el pronóstico del Sarampión en medio hospitalario. Sabe que la nefritis es la complicación frecuente a temer en la Escarlatina. Conoce los caracteres de la falsa-membrana diftérica, sabe que todo niño que se presenta con ella debe recibir inmediatamente suero antidiftérico al mismo tiempo que se practica la siembra en el medio correspondiente para confirmación del diagnóstico. Conoce los caracteres semiológicos de la crisis dolorosa de las úlceras gastroduodenales, sabe de cuánto valor es la intermitencia de esas crisis en favor del diagnóstico. Sabe cuáles son los elementos principales del síndrome que caracteriza la cirrosis de Laennec, los caracteres del dolor del cólico hepático y su diferenciación del cólico nefrítico. Sabe cuáles son las principales enfermedades que deben discutirse frente a un íctero por retención. Conoce la semiología de la neumonía, de la pleuresía, que ha verificado durante sus "stages" en el hospital. Ha auscultado en varias ocasiones insuficiencias aórticas, insuficiencias mitrales, estrecheces mitrales. Ha visto asistólicos, conoce los caracteres de sus edemas, cuan baja es la diuresis y ha asistido a la desaparición de los primeros, al aumento de la última después de la administración de la digital. Conoce la frecuencia de las hemoptisis y de su causa principal: la tuberculosis. Sabe que un enfermo que acaba de escupir sangre debe dejársele .en completo reposo hasta que toda expectoración sangrienta haya desaparecido. Ha visto y estudiado los principales comas: urémico, diabético, alcohólico, barbitúrico, apopléctico. Ha visto explorar una paraplegia, una hemiplegia: conoce el signo de Babinski y su significación en favor de lesión piramidal. Sabe la semiología de las meningitis, la frecuencia de las meningitis tuberculosas en el niño, su pronóstico fatal, los caracteres del líquido céfalo raquídeo después de punción lumbar.

En Patología Quirúrgica el mismo espíritu de educación

semiológica de las enfermedades y procesos más frecuentes. Nociones generales sobre abscesos calientes y fríos, quemaduras, adenitis. Caracteres semiológicos diferenciales entre los aneurismas arteriales y arterio-venosos. Abscesos y cánceres del seno. Signos del mal de Pott dorsolumbar. Signos de las principales fracturas y de los principales tumores blancos: coxalgia, rodilla. Inflamaciones de los dedos y manos, etc. Igual pues que en Patología Interna el joven estudiante de la Facultad de Medicina de 'París que prepara el concurso del externado sabe que frente a un panadizo del pulgar, si es de la segunda falange, es la osteítis o la artritis que debe temer como complicaciones, si es de la primer falange es la toma de la vaina sinovial la que puede gravar el pronstico; que en los dos casos una noción domina, la necesidad de operar a tiempo y bien, para evitar dichas complicaciones graves por las secuelas funcionales. Conoce la benignidad habitual de las fracturas de costillas en el adulto vigoroso y por el contrario su gravedad en el sujeto de edad avanzada, y así aprende cómo una misma lesión puede evolucionar distintamente según el terreno. Conoce la sintomatologia de las perforaciones gastrointestinales, de la oclusión intestinal. Sabe cuáles son los caracteres semiológicos del cáncer de la lengua y su distinción de las otras ulceraciones linguales posibles. Conoce la frecuencia y el carácter fruste del cáncer del recto y el valor considerable del tacto rectal. Sabe cómo situar una hematuria según que ella es total, inicial o terminal. Conoce en sus aspectos esquemáticos cuáles son los caracteres diferenciales de las tres grandes causas principales de la hematuria renal: litiasis, tuberculosis, cáncer. En fin, aprende las nociones fundamentales de la semiología genital en la mujer: diferentes metrorragias, signos encontrados al tacto vaginal frente a una anexitis, un cáncer del cuello uterino, un quiste del ovario, un fibroma, una ruptura de embarazo extrauterino.

En conclusión: el alumno recibido externo de los hospitales de París, comienza sus funciones armado de conocimientos semiológicos suficientes para examinar cualquier enfermo y redactar una historia clínica. Esta preparación la ha obtenido de su asistencia al hospital por las mañanas como "stagiaire" y de sus conferencias especiales en vista de dicho concurso.

El concurso en sí consiste en quince preguntas iguales para todos los candidatos, repartidas en la manera siguiente: Cinco de Anatomía; 4 de Patología Externa y 6 de Patología Interna. Los candidatos tienen una hora y media para redactar las respuestas en cuadernos espe-, cíales. La corrección es anónima. El resultado del concurso se conoce tres meses después. Los externos son nombrados por seis años. A partir del nombramiento están eximidos de los "stages" oficiales exigidos por la Facultad, pues ésta sabe

se encuentran afectados a distintos servicios por seis meses o un año. Desde entonces el estudiante forma parte del personal científico del servicio. Tiene sus atribuciones, sus enfermos de los cuales tiene que ocuparse diariamente: historia clínica, inyecciones, punciones, anestesias, ayudante de operaciones en Cirugía. Independientemente de estas funciones que realiza en el hospital por las mañanas, el externo, continúa su "scolarité" en la Facultad: cursos, trabajos prácticos, demostraciones que tienen lugar siempre por las tardes.

Ciertos estudiantes una vez externos no continúan la carrera de los hospitales y se limitan a aprovechar práctica y teóricamente lo más posible sus funciones de externo que realizan durante varios años, cambiando cada seis meses o un año, de servicio para completar su preparación. Para la mayor parte de los externos, al menos franceses, el externado no es más que el primer escalón en la carrera de los hospitales e inmediatamente después del triunfo en dicho concurso abordan la preparación del interno.

Concurso del internado. — Constituye sin discusión el concurso más difícil de todos los que comprende la carrera médica en París. Tiene lugar todos los años, actualmente en la primera quincena de Octubre. Pueden presentarse todos los externos, franceses y extranjeros, que hayan cumplido por lo menos un año sus funciones de externo. Cada candidato puede presentarse cinco veces. El número de candidatos oscila entre 700 y 800. El número de plazas vacantes es de 80 por año. La finalidad del concurso es preparar médicos generales. No existe programa oficial. El concurso consta de dos partes: pruebas escritas y pruebas orales.

Pruebas escritas. — Son tres y tienen lugar en tres sesiones diferentes, tres días seguidos: Anatomía, Patología Médica y Patología Quirúrgica. Todos los candidatos son reunidos en una gran sala. Cada uno tiene marcado con anticipación su lugar, silla y mesa, independiente de los demás. El jurado se compone de quince miembros escogidos por suerte entre los médicos, cirujanos y especialistas de los hospitales de París: 7 médicos, 6 cirujanos, 1 partero, 1 especialista de O. R. L. o de Oftalmología. Poco antes de la sesión el jurado delibera en secreto y fija los temas, en número de nueve, que se colocarán en la urna. En Anatomía, tres de los temas por lo menos, deben acompañarse de la Fisiología o de la Histología correspondiente. El tema es escogido por un candidato seleccionado por suerte entre todos los presentes. Una vez conocido el tema, los candidatos tienen media hora para hacer un plano. Después, una hora para redactar la respuesta en cuadernos especiales. Terminadas las pruebas escritas y en presencia del jurado y una delegación de los candidatos se procede a "l'anonimat de questions." Esto es posible gracias a una disposición especial de los cua-

demos empleados en la redacción, El grupo de cuadernos de cada candidato después de hecho anónimo es numerado.

El jurado es dividido por suerte en tres secciones para la corrección de las copias. Esta dura dos meses, aproximadamente, y se hace por sesiones te, de lectura de 10 a 15 copias. En ningún momento los cuadernos pasan por las manos del jurado. Estos escuchan las copias anónimas leídas por internos en ejercicio. Al final de cada sesión de lectura el tribunal discute la nota de cada copia leída. Ella puede oscilar de 0 a 20 puntos. Cuando cada sección del jurado ha terminado la corrección se suman los puntos obtenidos en las tres pruebas y se separan los 240 primeros, este es 3 veces el número de plazas disponibles. Son éstos los candidatos declarados admisibles a las pruebas orales. "L' anonimat" del resto de las copias de los candidatos fracasados es "dévoilé." Por eliminación pues de estos últimos, se conoce los nombres de los candidatos admisibles, pero sus pruebas escritas persisten anónimas y por lo tanto las notas correspondientes.

Antes de pasar a la descripción de las pruebas orales *expliquemos* en breves palabras el espíritu y el valor científico de estas pruebas escritas. En Anatomía además del conocimiento anatómico del tema que se trata, al igual que en el externado, pero en mayor grado, de deducir las aplicaciones patológicas, quirúrgicas y terapéuticas. Por ejemplo si es el nervio cubital el tema escogido, cuando se llega al estudio de sus relaciones en : la región del codo, se llama la atención sobre su situación superficial detrás de la epitróclea por tanto accesible a la exploración médica: la anestesia cubital a este nivel es un signo posible en el curso de las tabes. Igualmente se señala la posibilidad de su lesión, a veces de aparición tardía, en caso de fracturas de la epitrolea, en caso de fractura del cóndilo externo del húmero acompañada de trastornos de la osteogenesis consecutivos a la lesión del cartílago de conjugación: "cubitus valgus." Al estudiar el cayado de la Aorta se observa la falta de correspondencia entre la topografía anatómica del orificio aórtico y la topografía clínica de su foco de auscultación; por qué los aneurismas de la porción ascendente son en general silenciosos mientras que los de la porción horizontal pueden acompañarse de una sintomatología medias-tina más o menos rica: edema en esclavina, síndrome bronco-recurrencial, disfagia, síndrome de Claude Bernard-Horner; por qué estos aneurismas pueden terminar por hemoptisis, hematemesis fulminantes, etc.

En Patología interna y externa al igual que en Anatomía no hay programa oficial. En realidad existe uno por candidato y éste depende de sus años de preparación y de su aplicación, Por esto es que frecuentemente, al conocerse el tema de las sesisiones escritas algunos candidatos renuncian inmediatamente a concurrir, "ils filent." En

general se trata de candidatos que concurren por primera vez. El tiempo no les ha alcanzado para preparar un programa suficientemente vasto. La preparación pues de las Patologías es - extensa. En conjunto se comprende el estudio detallado de la mayor parte de las entidades nosológicas. Sólo son excluidos en principio los asuntos de especialidad manifiesta. Cada entidad nosológica, es estudiada primeramente bajo su aspecto más típico, su comienzo, sus síntomas en el período de estado, su evolución espontánea o bajo la influencia del tratamiento, su terminación, su pronóstico. Luego son consideradas las variantes clínicas. Se termina con el estudio de las complicaciones, del diagnóstico y del tratamiento .o mejor de las indicaciones terapéuticas.

Pruebas orales. — Son públicas y tienen lugar entre los candidatos declarados admisibles. Un nuevo tribunal los juzga. Dichas pruebas consisten en dos temas: uno de cirugía y otro de medicina. No hay programa oficial. Generalmente se trata de asuntos de urgencia hospitalaria o de práctica general, médica, quirúrgica u obstétrica: p. ej. Signos, diagnóstico y tratamiento del edema agudo del pulmón. Derrames traumáticos intracraneanos. Formas clínicas de la apendicitis aguda- Signos, diagnóstico y tratamiento del coma diabético. Conducta a seguir en presencia de una contusión abdominal. Bronconeumonía del niño. Diagnóstico de una metrorragia. Signos, diagnóstico y tratamiento de la angina diftérica. Hemorragias del alumbramiento. Signos y evolución de la estrechez mitral pura. Signos de la ruptura del embarazo ectópico. Signos y diagnóstico de Mixedema, etc. Estas pruebas duran aproximadamente dos meses y tienen lugar por sesiones de 10 candidatos escogidos por suerte en cada sesión. Los temas son los mismos para los 10 candidatos de cada sesión pero difieren de una a otro. El candidato, después de 20 minutos de reflexión durante los cuales redacta un plano, debe disertar 10 minutos, cinco minutos por cada tema. Las notas de estas pruebas orales varían de 0 a 30 y se conocen inmediatamente después de terminada la sesión.

Terminadas las pruebas orales y en presencia de la delegación de candidatos se procede "au dévoilement de ranonimat" de las pruebas escritas. Es entonces que se sabe la nota obtenida por cada candidato en dichas pruebas escritas y ésta se suma a su nota de las pruebas orales. Los 80 primeros son nombrados internos titulares, los 80 segundos "externes en premier," antiguamente internos provisiorios. Estos dos desempeñan las funciones de interno durante un año pero tienen que concurrir de nuevo si desean obtener el título de internos de los hospitales de París.

(Continuará).

N O T A S

Con una magnifica presentación tipográfica, nutrida de excelentes trabajo», ha llegado a nuestra redacción la Revista de Medicina y Cirugía de La Habana, en conmemoración del 40 aniversario de su fundación. La historia de la Revista se confunde dicen los redactores con la del notable Maestro y Cirujano doctor J. Antonio Presno, gloria auténtica de la medicina cubana consagrada en diversos países de Europa y América. Nosotros nos unimos al regocijo de la Revista de Medicina de La Habana.

Para sustituir al doctor Gabriel Izaguirre, que partió recientemente al mineral de San Juancito, fue nombrado Jefe del Segundo Servicio de Cirugía del Hospital General el doctor Manuel Castillo Barahona.

Con el fin de tomar participación en las jornadas legislativas del presente año han llegado a esta capital nuestros consocios, los Diputados por Santa Bárbara y Colón respectivamente, doctores Emidgio Mena y Juan V. Moneada.

Una semana estuvieron con nosotros los doctores J. Antonio Peraza y J. Leonardo Godoy, de ¡ San Pedro Sula quienes como altos dignatarios de la masonería de aquella ciudad vinieron a tomar participación en la re-**unión** anual. Ambos son miembros de la Sociedad Médica Sampedrana.

Procedente de Danlí ha llegado nuestro consocio el doctor José María Sandoval.

De Nueva York, donde desempeñó por mucho tiempo el cargo de Cónsul General ingreso a San Pedro Sula nuestro compañero el doctor Román Bogran.

En viaje de paseo salió para su pueblo natal, Ocotepeque, el Redactor de esta Revista doctor Antonio Vidal.